

BÀI TRUYỀN THÔNG 8

HO, SỐT, MỆT MỎI, SỤT CÂN - KHÁM LAO NGAY - ĐỪNG PHÂN VÂN

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2023 (WHO Global Tuberculosis Report 2023), hoạt động chẩn đoán và điều trị bệnh lao đã có sự phục hồi mạnh mẽ trên toàn cầu trong năm 2022, sau 2 năm gián đoạn liên quan đến COVID. Điều này đã giúp cải thiện những tác động tiêu cực của đại dịch đối với số người chết và mắc lao trên toàn cầu. Tuy nhiên, bệnh lao vẫn là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trên thế giới trong số các bệnh truyền nhiễm vào năm 2022, chỉ sau COVID, và các mục tiêu toàn cầu trong công tác chống lao hiện nay vẫn đang hoàn toàn bị chậm tiến độ.

Nhằm sớm phát hiện và điều trị bệnh lao phổi, sau đây là một số khái niệm giúp nhận biết bệnh lao phổi

– **Bệnh lao:** là một bệnh lây nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis* - MTB) gây nên. Bệnh lao có thể gây tổn thương ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến (chiếm 80-85%), nguồn lây chính cho người xung quanh. Bệnh lao lây qua đường không khí do hít phải các hạt bụi nhỏ có chứa vi khuẩn lao được sinh ra khi người mắc lao phổi trong giai đoạn tiến triển ho, khạc, hắt hơi. Bệnh lao có thể gây tử vong, nhưng có thể điều trị khỏi và dự phòng.

– **Lao tiềm ẩn:** là tình trạng cơ thể người có đáp ứng miễn dịch với kháng nguyên của vi khuẩn gây bệnh lao ở người nhưng chưa có dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng nào cho thấy bệnh lao hoạt động.

– **Người nghi mắc bệnh lao:** là người có triệu chứng lâm sàng nghi lao hoặc có hình ảnh bất thường nghi lao trên phim chụp Xquang hoặc các phương pháp chẩn đoán hình khác.

– **Người mắc bệnh lao:** là người bệnh có tình trạng bệnh lý do vi khuẩn lao gây ra, biểu hiện các triệu chứng của bệnh lao, chẩn đoán dựa trên tìm thấy vi

khuẩn lao bằng các kỹ thuật vi sinh hoặc có bằng chứng mô bệnh học của tổn thương do lao hoặc chẩn đoán dựa vào bằng chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng khác (không hoặc chưa tìm thấy bằng chứng vi khuẩn và mô bệnh học).

– **Người tiếp xúc** với người bệnh lao phổi:

- Là thành viên sống cùng nhà hoặc người làm việc, học tập cùng phòng ở cơ quan, trường học, v.v... với người mắc bệnh lao phổi;

- Hoặc những người đáp ứng điều kiện sau:

+ Ngủ cùng nhà hoặc cùng phòng với bệnh nhân lao phổi ít nhất 01 đêm/tuần trong 03 tháng trước khi bệnh nhân lao phổi được chẩn đoán, hoặc;

+ Ở cùng nhà hoặc cùng phòng với bệnh nhân lao phổi ít nhất 01 giờ/ngày và liên tục 05 ngày/tuần, trong 03 tháng trước khi bệnh nhân lao phổi được chẩn đoán.

– **Người mắc bệnh nhiễm trùng do NTM**: là người bệnh có tình trạng bệnh lý do vi khuẩn ngoài lao Nontuberculous Mycobacteria (NTM), thuộc họ Mycobacteria gây ra. Vi khuẩn này, thường hay tồn tại trong tự nhiên, ít gây bệnh ở người, nhưng có thể gây bệnh ở phổi hoặc cơ quan ngoài phổi với các triệu chứng tương tự như bệnh lao do vi khuẩn lao gây ra. Bệnh nhiễm trùng do NTM có thể chẩn đoán bằng kỹ thuật sinh học phân tử LPA và giải trình tự gen.

1. Người nghi mắc bệnh lao

Người nghi mắc bệnh lao là người có ít nhất một trong các biểu hiện sau: (1) triệu chứng lâm sàng nghi mắc bệnh lao, (2) tình trạng bệnh lý hoặc yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh lao, (3) hình ảnh bất thường nghi lao trên Xquang ngực hoặc phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

1.1. Triệu chứng lâm sàng nghi mắc bệnh lao

a) Triệu chứng lâm sàng nghi mắc bệnh lao phổi:

Ho kéo dài trên 02 tuần (ho khan, ho có đờm, ho ra máu) là triệu chứng nghi lao quan trọng nhất. Ngoài ra có thể có các biểu hiện:

- Gầy sút, kém ăn, mệt mỏi;

- Sốt nhẹ về chiều, sốt kéo dài không rõ nguyên nhân trên 02 tuần;

- Ra mồ hôi đêm;

- Đau ngực, đôi khi khó thở.

1.2. Hình ảnh bất thường nghi lao trên Xquang ngực

Tổn thương hay gặp ở phân thùy 1, 2 của thùy trên và phân thùy 6 của thùy dưới. Trong thực hành vị trí 1/3 trên của phổi là những vị trí hay gặp tổn thương lao. Các hình thái tổn thương thường gặp là:

- Đông đặc nhu mô phổi: thường là đông đặc một vài phân thùy tại các vị trí khác nhau, vùng phổi đông đặc thường không đồng nhất, hay đi kèm các đường mờ (xơ), hiếm gặp hơn là đông đặc cả thùy phổi (viêm phổi do lao). Đông đặc có thể hình thành bởi các nốt lớn có bờ viền không rõ, các nốt này tập trung hay kết dính thành đám.
- Hang: là tổn thương hay gặp, số lượng có thể nhiều hay duy nhất một hang, kích thước hang có thể to, nhỏ, thành dày, mỏng khác nhau nhưng thành bên trong của hang luôn nhẵn đều, hang rộng (khác biệt với hang do ung thư hoặc do nấm, đặc biệt là nấm *Aspergillus* phổi mạn tính). Hang thường xuất hiện bên trong vùng phổi đông đặc hay bên trong nốt, hình ảnh mức dịch trong hang không phổ biến.
- Tràn dịch màng phổi: số lượng dịch có thể nhiều, ít. Dịch hay gặp một bên nhưng có thể hai bên. Dịch tự do hay khư trú. Tràn dịch màng phổi có thể đơn thuần hoặc kèm theo tổn thương trong nhu mô phổi. Tràn dịch màng phổi có thể đồng hành với dày hay vôi màng phổi.
- Các tổn thương hiếm gặp hơn gồm:
 - + Nốt: hình thái tổn thương này có thể gặp nốt nhỏ, dạng kê lan tỏa hai phổi, u lao dưới dạng 1 nốt. Hình thái phổ biến hơn cả của nốt là các nốt có bờ viền mờ to hơn nốt kê (nốt phế nang), các nốt này thường kết dính thành từng đám, hình thành các ổ đông đặc. Khi nốt xuất hiện cùng hang hay đông đặc nhưng ở khác thùy, hình ảnh này phản ánh tổn thương phát triển theo hướng phế quản.
 - + Xẹp phổi: xẹp phổi do tổn thương đường thở (lao đường thở) hay xẹp do xơ sẹo (co kéo). Xẹp thường ở thùy trên, cá biệt có thể gây xẹp một phổi. Hình thái xẹp do xơ sẹo thường gặp hơn là do tổn thương đường thở

1.3. Tình trạng bệnh lý hoặc yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh lao

- Người tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây, đặc biệt trẻ em.
- Người có tiền sử chẩn đoán, điều trị bệnh lao.

- Người có rối loạn, suy giảm miễn dịch, như: bệnh tự miễn, nhiễm HIV, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch kéo dài (Corticosteroid), hoá chất điều trị ung thư, hoặc mắc các bệnh suy giảm miễn dịch khác.
- Người mắc các bệnh mạn tính: đái tháo đường, suy thận mạn, v.v...
- Trẻ em suy dinh dưỡng, đặc biệt là suy dinh dưỡng nặng và trẻ em chưa được tiêm phòng vaccine BCG.
- Người sống trong môi trường khép kín, thông gió kém, như: quán giáo, tù nhân, người bệnh tâm thần,...
- Người nghiện ma túy, rượu, thuốc lá, thuốc lã.
- Nhân viên y tế, đặc biệt nhân viên y tế chuyên khoa lao và bệnh phổi.

2. Các kỹ thuật sử dụng trong chẩn đoán bệnh lao

2.1. Các kỹ thuật vi sinh

a) Xét nghiệm ban đầu phát hiện lao và lao kháng thuốc:

- Nhuộm soi trực tiếp tìm AFB: kỹ thuật nhuộm Ziehl-Neelsen; kỹ thuật nhuộm huỳnh quang sử dụng kính hiển vi đèn LED.
- Kỹ thuật sinh học phân tử (SHPT) phát hiện lao nhanh, gồm:
 - + Xét nghiệm phát hiện lao đồng thời phát hiện tính kháng thuốc: Xpert MTB/RIF; Xpert MTB/RIF Ultra; Truenat (bao gồm MTB plus và MTB-RIF Dx); các kỹ thuật khuếch đại acid nucleic (NAAT) có độ phức tạp vừa.
 - + Xét nghiệm phát hiện lao (không phát hiện tính kháng thuốc): TB LAMP, TRC Ready.
- MTB kháng nguyên test nhanh LF-LAM: hỗ trợ phát hiện lao trên người nhiễm HIV/AIDS (*chỉ định cụ thể xem tại phần 3.4.2 - Các lưu ý trong chẩn đoán lao trên người nhiễm HIV/AIDS tài liệu này*).
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao: ưu tiên nuôi cấy trên môi trường lỏng (BACTEC MGIT) cho thời gian trả lời kết quả nhanh hơn là môi trường đặc (LJ). Nuôi cấy có vi khuẩn lao là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lao và sau đó thực hiện xét nghiệm xác định tính kháng thuốc của vi khuẩn lao. Nuôi cấy có thể được thực hiện với tất cả các loại bệnh phẩm (trừ máu) ở các cơ sở xét nghiệm nuôi cấy đảm bảo chất lượng.

Lưu ý: ưu tiên sử dụng xét nghiệm SHPT phát hiện lao và lao kháng thuốc nhanh thay thế cho xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp AFB theo định hướng của Tổ chức Y tế thế giới và Chương trình Chống lao quốc gia.

b) Các xét nghiệm tiếp theo phát hiện lao kháng thuốc:

- Kỹ thuật sinh học phân tử, gồm:

- + GeneXpert MTB/RIF, GeneXpert MTB/RIF Ultra: phát hiện kháng Rifampicin (R).
- + Truenat MTB-RIF DxMTB: phát hiện kháng Rifampicin.
- + LPA kháng thuốc lao hàng 1: phát hiện kháng Rifampicin (R) và Isoniazid (H) (inhA hay KatG).
- + LPA kháng thuốc lao hàng 2: phát hiện kháng Fluoroquinolones (FQ) và thuốc tiêm hàng 2 (Amikacin, Kanamycin, Capreomycin).
- + Xpert MTB/XDR: phát hiện kháng FQ, thuốc tiêm hàng 2 (Amikacin, Kanamycin, Capreomycin), Ethionamid và Isoniazid.
- + Các kỹ thuật khuếch đại acid nucleic (NAAT) có độ phức tạp vừa: phát hiện đồng thời lao kháng R và H.
- + NAAT độ phức tạp cao LPA kháng thuốc Pyrazinamide (PZA): phát hiện kháng PZA trên chủng cấy dương tính.

2.2. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh

- Chụp Xquang ngực thẳng, nghiêng;
- Chụp Xquang thẳng, nghiêng cơ quan, bộ phận nghi ngờ lao;
- Chụp cắt lớp vi tính ngực, bộ phận nghi ngờ lao (CLVT);
- Chụp CLVT mạch máu ;
- Chụp cộng hưởng từ (CHT);
- Chụp mạch và nút mạch số hóa xóa nền;
- Siêu âm;
- Chọc dò để dẫn lưu, hoặc để chẩn đoán và để sinh thiết dưới sự hướng dẫn của siêu âm, CLVT hoặc CHT.

2.3. Nội soi, chọc dò, sinh thiết

- Nội soi khí, phế quản;

- Nội soi dạ dày;
- Nội soi bộ phận nghi tổn thương lao;
- Sinh thiết bộ phận nghi tổn thương lao.

2.4. Chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học

- Chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ: Thực hiện cho tất cả các khối sưng, đám, nốt, hạch...
- Chẩn đoán mô bệnh học trên các bệnh phẩm sinh thiết.
- Nhuộm Ziehl-Neelsen trên mô đúc nền.
- Chẩn đoán hóa mô miễn dịch (sử dụng kháng thể MPT64 cho mô đúc nền).

2.5. Một số các xét nghiệm khác theo chỉ định của bác sỹ lâm sàng dựa theo tình trạng người bệnh

- Xét nghiệm đo nồng độ protein phản ứng C (CRP).
- Xét nghiệm huyết học, sinh hóa.
- Đo chức năng hô hấp, test giãn phế quản.
- Điện tim.
- Xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn:
 - + Phản ứng Mantoux (TST);
 - + Các test da khác sử dụng kháng nguyên từ vi khuẩn lao người (TBST): Diaskintest, Cy-Tb, C-TST);
 - + IGRA: QuantiFERON, T-SPOT.
- Xét nghiệm chẩn đoán bệnh phổi NTM: NTM nuôi cấy môi trường lỏng, đặc, NTM định danh LPA, NTM định danh real time PCR, NTM định danh PCR, Vi khuẩn định danh giải trình tự gen.
- Các dịch vụ kỹ thuật và xét nghiệm khác.

Như vậy, "nếu có biểu hiện ho-sốt- sụt cân. Đừng phân vân" nên đến các cơ sở y tế để được khám, xét nghiệm và chẩn đoán sớm