

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thiện Hải*, Phạm Nhật An*

TÓM TẮT

Lao màng não là thể lao nặng, có thể gây biến chứng nặng, tử vong, đặc biệt là ở trẻ em.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh lao màng não trẻ em. **Đối tượng:** 30 bệnh nhi được chẩn đoán lao màng não điều trị tại khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm (1/7/2011 đến 30/6/2013). **Kết quả** cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi (77%). Tỷ lệ bệnh nhi có tiếp xúc nguồn bệnh là 43%. Triệu chứng thường gặp nhất là: sốt kéo dài (96,67%), hội chứng màng não (90,0%), Tăng trương lực cơ (76,67%), ran phổi (73,33%). Xét nghiệm BC máu tăng cao ở 66,7%; CRP tăng chiếm 83,3%; Natri máu giảm (dưới 130) chiếm tỷ lệ cao (80,0%). Tỷ lệ PCR lao dương tính trong DNT là 60%, Protein trong DNT tăng cao và kéo dài chiếm 86,7%. **Kết luận:** lao màng não thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi và không có triệu chứng đặc hiệu ở giai đoạn sớm. Triệu chứng nổi bật là sốt kéo dài và hội chứng màng não. Hạ Natri máu cũng là đặc điểm có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán.

Từ khóa: lao màng não, lao trẻ em.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL FEATURES OF TUBERCULO MENINGITIS IN CHILDREN IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

The study Aim to describe clinical feature, laboraories of Tuberculosis Meningitis in children. Objects: 30 patients suffered from Tuberculous

Meningitis at NHP from 1 July, 2011 to 31 June, 2013 were investigated. **Main results are :** The most common age of the patients is under 3 year of age (77%). History of close contacted with people who was diagnosised of TB is 43%. *Clinical feature:* prolong fever (96,67%), meningis syndroom (90,0%), hypertonic (76,67%), moist rale (73,33%). *Laboratories:* leucocytosis: 66,7%; CRP elevated in the blood is: 83,3%, hyponatremia: 80%. PCR for TB in CSF positive was 60%. Hight protein concentration in CSF was 86,7%. Conclusion: Under 3 years is the most common age of M.Tuberculous meningitis. The disease have no specific signs. Prolong fever, meningis syndroom is highest. HypoNatremia is significan.

Key word: M.Tuberculous meningitis. Children M.Tuberculous meningitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Lao là bệnh nhiễm trùng thần kinh trung ương do trực khuẩn M.Tuberculosis gây nên, có thể gây các tình trạng di chứng nặng nề, tử vong [5]. Ở Việt nam, chương trình quốc gia phòng chống lao hoạt động từ nhiều năm qua và đã có những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Báo cáo của Tổ chức y tế thế giới cho thấy năm 2011 vẫn còn 8,7 triệu người mắc lao và khoảng 1,4 triệu người chết. Thế giới cũng có các báo cáo về tình trạng mắc lao trẻ em, tại Nhật Bản thì tỷ lệ này là 0,5/100.000 dân vào năm 2011 [4], tại Đan Mạch là 4,1 – 1,9/100.000 dân [3].

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: **Tìm hiểu đặc điểm**

* Bệnh viện Nhi Trung ương

Phản biện khoa học: TS.Trần Minh Điền

dịch tế học lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Lao màng não trẻ em tại khoa Truyền nhiễm BV Nhi TƯ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhi được chẩn đoán mắc Lao màng não theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh lao”, Bộ y tế [1].

2.2. Thời gian: từ tháng 1/7/2011 đến 30/6/2013.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh.

- Các triệu chứng lâm sàng được các bác sĩ Truyền nhiễm Nhi và Lao Nhi đánh giá.
- Xét nghiệm: thực hiện tại bệnh viện Nhi trung ương.
- Xét nghiệm xác định vi khuẩn Lao: Kỹ thuật PCR, AFB, MODS
- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS16.0

2.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán Lao Màng não:

- Dịch tế: tiếp xúc nguồn lao hồ.
- Lâm sàng: nhiễm trùng TKTW kéo dài.
- Xét nghiệm:
 - + Dịch não tủy (DNT): vàng, tỷ lệ tế bào Lympho tăng, không cải thiện sau điều trị KS.
 - + PCR Lao (+) trong DNT.
- Loại trừ các nguyên nhân khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 2 năm (từ tháng 7/2011 đến hết tháng 6/2013) có 30 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu..

3.1. Các đặc điểm dịch tế

Một số đặc điểm về tuổi, giới, tiền sử tiếp xúc nguồn lây như sau:

- Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,1.
- Tuổi: bệnh thường gặp ở trẻ dưới 3 tuổi, chiếm tỷ lệ 77%.
- Bệnh nhi có tiền sử tiếp xúc nguồn bệnh chiếm 43%.

3.2. Lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Sốt kéo dài >14 ngày	29	96.67
Ho	25	83.33
Gầy sút cân	18	63.30
Hội chứng màng não	27	90.00
Liệt khu trú	14	46.67
Thần kinh sọ	12	40.00
Liệt vận động	7	23.33
Tăng trương lực cơ	23	76.67
Suy hô hấp	17	56.67
Ran phổi	22	73.33
Gan to	9	30.00
Lách to	3	10.00

Nhận xét: Sốt kéo dài và hội chứng màng não là triệu chứng thường gặp nhất.

3.3. Các xét nghiệm

Bảng 2: Các hình thái tổn thương trên phim x quang phổi.

Loại tổn thương, n=26	Số lượng	Tỷ lệ %
Lao kê	8	30.77
Viêm Phổi	12	46.15
Viêm rãnh liên thùy	1	3.85
Dịch MP	1	3.85
Tổn thương không đặc hiệu tại phổi	4	15.38
Không tổn thương	6	23.08

Nhận xét: Lao kê và viêm phổi là tổn thương hay gặp

Bảng 3: Hình ảnh phim chụp cắt lớp sọ não.

CT, MRI sọ não, n=21	Trước 14 ngày	Sau 14 ngày
Phù não	7	0
Dãn Não thất	1	17
Không thấy tổn thương	22	4

Nhận xét: Trên phim chụp cắt lớp sọ não ở giai đoạn sớm thường không có tổn thương đặc hiệu.

Bảng 4: Các xét nghiệm sinh học.

Tên XN	Tỷ lệ dương tính	
AFB dịch dạ dày	4/19	21,1
PCR Lao dịch hô hấp	2/3	
PCR lao dịch não tủy	15/25	60,0

Nhận xét: Xét nghiệm PCR có tỷ lệ dương tính cao nhất.

Bảng 5: Các xét nghiệm máu

Chỉ số	n=30	Tỷ lệ %
Bạch cầu tăng	20	66.67
Tỷ lệ Lympho tăng	7	23.33
CRP tăng	25	83.33
Natri máu giảm <130	24	80.00

Nhận xét: Tăng bạch cầu lympho chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 6: Các xét nghiệm dịch não tủy

Đặc điểm, n=30	Số lượng	Tỷ lệ %
Màu vàng	7	23.33
Protein tăng kéo dài	26	86.67
Bạch cầu tăng kéo dài	13	43.33

IV. BÀN LUẬN

Phân tích dữ liệu từ 30 bệnh nhi mắc lao màng não chúng tôi nhận thấy:

4.2. Dịch tễ: Lứa tuổi thường gặp là dưới 6 tuổi, đặc biệt là dưới 1 tuổi chiếm 57 %. Đây cũng là lứa tuổi dễ mắc các bệnh nhiễm trùng nói chung. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu tại Nhật Bản (76% trẻ mắc lao là dưới 9 tuổi) [7], còn tại Đan Mạch thì số liệu mắc lao trẻ em cũng cho thấy hầu hết là trẻ dưới 5 tuổi. Nghiên cứu cho thấy 57% số ca bệnh không có tiền sử tiếp xúc với nguồn bệnh. Thống kê tại Đan Mạch trong 9 năm cũng cho thấy hầu hết bệnh nhi không rõ tiền sử phơi nhiễm nguồn bệnh [6], tại Nhật Bản tỷ lệ này là 53,6% [7]. Trên thực tế, nhiều bậc cha mẹ cũng không rõ là trẻ có tiếp xúc hay không và việc khai thác tiền sử qua lời kể của cha mẹ cũng chỉ có ý nghĩa khi họ khẳng định hoặc kiểm tra những người sống quanh trẻ. Tiền sử tiêm phòng lao cũng được ghi nhận ở 76,7% số trường hợp. Nghiên cứu 30 trẻ mắc lao tại Hôpital d'Enfants, Tunis cũng cho thấy 100% trẻ đều đã được tiêm phòng lao [8].

4.2. Lâm sàng: Sốt kéo dài >14 ngày (96,7%), Ho (83,3%), gầy sút cân (63,3%), hội chứng màng não kéo dài (90,0%), liệt thần kinh sọ (40,0%), tăng trương lực cơ (76,7%). Trong các nghiên cứu khác cũng cho thấy lao màng não thường không có triệu chứng đặc hiệu sớm, thường chỉ là mệt mỏi, ăn kém, sốt không rõ ràng. Các triệu chứng sẽ trở lên rõ hơn sau thời gian dài. Đó là một khó khăn cho chẩn đoán [3],[8]. Nghiên cứu 10 năm tại Western Cape of South Africa thì các triệu chứng không đặc hiệu kéo dài chiếm 58%, rối loạn ý thức 96%, hội chứng màng não là 98%. Điều này cho thấy lao

màng não hay lao nói chung là bệnh khó có thể khẳng định chẩn đoán sớm [5].

4.3. Xét nghiệm: đánh giá DNT cho thấy màu sắc vàng chỉ có 23%, định lượng protein thấy tăng kéo dài trên 2 tuần chiếm tỷ lệ 86,7%, bạch cầu trong dịch não tủy tăng kéo dài chỉ có 43,3 %. Xét nghiệm máu thì thấy bạch cầu tăng trong máu chiếm 66,7%; CRP tăng chiếm 83,3%; Natri máu giảm (dưới 130) cũng chiếm tỷ lệ cao (80,0%). Các xét nghiệm sinh học tìm sự hiện diện của vi khuẩn lao thì kỹ thuật PCR cho tỷ lệ dương tính cao nhất (60,0%). Nghiên cứu 30 bệnh nhi mắc lao tại Hôpital d'Enfants, Tunis cũng cho thấy rằng tỷ lệ khẳng định chẩn đoán cũng chỉ 40% [8]. Hồ Minh Lý nghiên cứu 254 bệnh nhân thì kỹ thuật PCR phát hiện trực khuẩn lao trong DNT cũng chỉ dương tính ở 70% số trường hợp [2]. Trên thực tế chúng ta thấy rằng lao là trực khuẩn khó phát hiện được kể cả áp dụng những kỹ thuật tiên tiến thì tỷ lệ dương tính cũng không cao. Trên phim chụp MRI và CT sọ não thì tổn thương dẫn não thất sau ít nhất 2 tuần (kể từ khi bệnh khởi phát) chiếm tỷ lệ cao 17/23 (73,9%).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 30 bệnh nhi mắc Lao màng não chúng tôi có một số kết luận như sau: Lứa tuổi thường gặp là dưới 3 tuổi (77 %). 76,7% số trường hợp đã được tiêm phòng lao. Tiền sử tiếp xúc với nguồn bệnh khai thác được là 43%. **Lâm sàng:** thường không có triệu chứng đặc hiệu. Sốt kéo dài >14 ngày, hội chứng màng, ho, tăng trương lực cơ, gầy sút cân là những triệu chứng thường gặp. **Xét nghiệm:** DNT màu vàng chiếm tỷ lệ ít (23%), định lượng protein thấy tăng kéo

dài trên 2 tuần chiếm tỷ lệ 86,7%, bạch cầu trong dịch não tủy tăng kéo dài chỉ gặp 43,3%. Natri máu giảm (dưới 130), CRP tăng, Bạch cầu máu tăng là triệu chứng thường gặp. Trên phim chụp MRI và CT sọ não thì tổn thương dẫn não thất sau ít nhất 2 tuần (kể từ khi bệnh khởi phát) chiếm tỷ lệ cao 17/23 (73,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế.** "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh lao". Quyết định Số: 979/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2009.
2. **Hồ Minh Lý, Nguyễn Văn Anh. (2012).** *Hiệu quả của PCR trong phát hiện M. tuberculosis trực tiếp trong bệnh phẩm soi kính âm tính của bệnh nhân lao.*
3. **Nguyễn văn Mùi. (2002).** *Bệnh học truyền nhiễm*, NXB y học 2002, tr 179-183
4. **Glaziou P, Falzon D, Floyd K(2013).** *Global epidemiology of tuberculosis.* Semin Respir Crit Care Med. 2013 Feb;34(1):3-16. doi: 10.1055/s-0032-1333467. Epub 2013 Mar 4.
5. **Gijs T. J. Berbe F (2009).** *Twenty Years of Pediatric Tuberculous Meningitis: A Retrospective Cohort Study in the Western Cape of South Africa.* PEDIATRICS Volume 123, Number 1, January 2009.
6. **Hatleberg C, Prahl JB, (2013).** *A review of paediatric tuberculosis in Denmark: ten year trend, 2000 - 2009.* Eur Respir J. 2013 Aug 29.
7. **Kekkaku. (2011).** *Tuberculosis Annual Report 2011-(2) Childhood tuberculosis].* Tuberculosis Surveillance Center; RIT; JATA. 2013 Jul;88(7):611-6.
8. **Khemiri M, Labessi A. (2009).** *Tuberculosis in childhood: clinical features and problems in diagnosis. Report of 39 cases.* Service Médecine Infantile A, Hôpital d'Enfants, Tunis.Tunis Med. 2009 Jan;87(1):61-7. [Article in French].
9. **Thwaites G, Chau TTH, Mai NTH (2007).** *Tuberculosis meningitis review.* J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68:289-299. <http://jnnp.bmjournals.com/cgi/content/full/68/3/289> (accessed 5 July 2007) .
10. **Waecker N.J. (2002).** *Tuberculous Meningitis in Children.* Curr Treat Options Neurol. 2002 May;4(3):249-257. Clinical Investigation Department, Naval Medical Center San Diego, 34800 Bob Wilson Drive, San Diego, CA 92134, USA.