

CLINICAL, PARACLINICAL SYMPTOMS, AND TREATMENT IN 12 PATIENTS WITH TUBERCOLOUS CONSTRICTIVE PERICARDITIS IN THE DEPARTMENT OF GENERAL INTERNAL MEDICINE AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Pham Van An^{*}, Nguyen Huu Tri

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh district, Hanoi, Vietnam

Received: 21/06/2024

Revised: 05/07/2024; Accepted: 15/07/2024

ABSTRACT

Objective: Review the clinical and paraclinical characteristics, diagnosis and treatment results of patients with tubercular constrictive pericarditis.

Subjects and methods: Study on a cluster of cases, a retrospective descriptive study at the General Internal Medicine Department of the National Lung Hospital, from January 2023 to December 2023, we admitted and treated 12 patients.

Results: Tuberculous constrictive pericarditis was found in 13.8% of patients with tuberculous pericarditis. The average age of patients was 53.0 ± 18.0 . Symptoms included dyspnea 100%, edema 75%, cough 100%, and fever 41.7%. All patients (100%) showed symptoms of right heart failure, with NYHA classification: NYHA II 33.3%, NYHA III 41.7%, NYHA IV 25%. Chest X-ray detected tuberculosis in 75%, and chest CT scan in 83.3%. Bilateral pleural effusion was found in 91.7%, and ascites in 66.7%. The pleural effusion was mainly exudative with ADA 41.8 ± 11.4 u/l. Evidence-based diagnosis of tuberculosis was confirmed in 33.3%. Surgery was performed in 25% of patients. The rate of patients with treatment failure is 25%.

Conclusion: Tuberculous Constrictive Pericarditis often progresses insidiously and is a characteristic of tuberculous pericarditis. Diagnosis remains challenging. However, initial diagnosis can be made through imaging and other characteristic signs such as clinical examination, risk factors, and identifying tuberculosis lesions in other organs. Early pericardiectomy should be performed, followed by continued anti-tuberculosis regimen and corticosteroids. The mortality rate remains high.

Keywords: Tuberculosis, tuberculous pericarditis, constrictive pericarditis.

* Corresponding author

Email address: anpham6868@gmail.com

Phone number: (+84) 973609748

<http://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1338>

NHẬN XÉT TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN 12 BỆNH NHÂN VIÊM MÀNG NGOÀI TIM CO THẮT DO LAO TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn An*, Nguyễn Hữu Trí

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, quận Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/06/2024

Ngày chỉnh sửa: 05/07/2024; Ngày duyệt đăng: 15/07/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm màng ngoài tim co thắt do lao.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu chòm ca bệnh, nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023 chúng tôi thu nhận và điều trị cho 12 bệnh nhân.

Kết quả: Có 13,8% bệnh nhân viêm màng ngoài tim co thắt do lao trong các bệnh nhân lao màng ngoài tim. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,0 \pm 18,0$. Triệu chứng khó thở (100%), phù (75%), ho (100%), sốt (41,7%), 100% bệnh nhân có triệu chứng của suy tim phải, NYHA II (33,3%), NYHA III (41,7%), NYHA IV (25%). X quang ngực phát hiện tổn thương nghi lao là 75% và cắt lớp vi tính ngực là 83,3%. Tràn dịch màng phổi hai bên 91,7% và tràn dịch ổ bụng 66,7%. Dịch màng phổi chủ yếu là dịch tiết ADA $41,8 \pm 11,4$ u/l. Chẩn đoán lao có bằng chứng 33,3%. Có 25% bệnh nhân được phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị thất bại 25%.

Kết luận: Viêm màng ngoài tim co thắt do lao thường tiến triển âm thầm và là một đặc trưng của lao màng ngoài tim. Việc chẩn đoán còn rất khó khăn. Tuy nhiên, chẩn đoán ban đầu có thể được thực hiện bằng hình ảnh, các dấu hiệu đặc trưng khác như khám lâm sàng, yếu tố nguy cơ và tìm các tổn thương lao ở các cơ quan khác. Phẫu thuật cắt màng ngoài tim nên được tiến hành sớm, tiếp theo là tiếp tục dùng phác đồ chống lao và Corticoid. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong còn cao.

Từ khóa: Bệnh lao, lao màng tim, viêm màng tim co thắt.

* Tác giả liên hệ

Email: anpham6868@gmail.com

Điện thoại: (+84) 973609748

<http://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1338>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis* gây nên. Bệnh lao vẫn còn là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trong các bệnh nhiễm trùng, với khoảng 10 triệu bệnh nhân (BN) lao mới hàng năm và khoảng 1,4 triệu người tử vong do lao trên toàn cầu, trong đó có khoảng 208.000 người chết do lao trong số những người nhiễm HIV [1].

Lao màng ngoài tim là một thể lao ngoài phổi gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng và tử vong (chèn ép tim cấp và viêm màng ngoài tim co thắt) trong quá trình điều trị lao, thường được phát hiện muộn và đã có di chứng [2].

Bệnh lao được cho là nguyên nhân thường gặp nhất của tràn dịch màng ngoài tim ở các nước châu Phi và châu Á [3]. Trong khi chèn ép tim cấp tính tương đối hiếm gặp, thì viêm màng ngoài tim co thắt xảy ra ở khoảng 18% BN bị tràn dịch màng ngoài tim do lao dù đã được điều trị với thuốc chống lao và Corticosteroid tích cực [4]. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng lao màng ngoài tim liên quan đến tử vong 26% trong 6 tháng [5].

Nghiên cứu về lao màng ngoài tim ở Việt Nam và trên thế giới còn chưa có nhiều. Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị BN viêm màng ngoài tim co thắt do lao từ tháng 1/2023 đến 12/2023 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

12 BN viêm màng ngoài tim co thắt do lao được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Phổi Trung ương, từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích mô tả chùm ca bệnh, nghiên cứu hồi cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Các thông tin nghiên cứu của người bệnh được lấy từ hồ sơ lưu trữ của các BN tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Thông tin được lấy theo một bảng câu hỏi thống nhất.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc lao màng tim ở các khu vực khác nhau thay đổi tùy thuộc vào dịch tễ lưu hành bệnh lao. Ví dụ, trong một loạt nghiên cứu tại Tây Ban Nha, nhận thấy chỉ 4% trong số 294 trường hợp nhập viện vì tràn dịch màng ngoài tim là do lao [6]. Ở châu Phi, tràn dịch màng ngoài tim do lao là chủ yếu, dao động từ 64,9-70% trong các báo cáo khác nhau [7], [8]. Đại dịch HIV góp phần làm tăng gánh nặng của lao màng ngoài tim, đặc biệt là ở các nước châu Phi và châu Á. Một nghiên cứu ở Nam Phi bao gồm 84 người nhiễm HIV bị tràn

dịch màng ngoài tim, chỉ 3 người trong số này được chẩn đoán do các nguyên nhân khác ngoài lao [8].

Một nghiên cứu quan sát tiến cứu gần đây từ Papua New Guinea báo cáo tỷ lệ tử vong là 25% (4 trong số 16 trẻ em) mắc bệnh lao màng ngoài tim [9]. Nghiên cứu quan sát hồi cứu được công bố gần đây nhất về lao màng ngoài tim ở trẻ em cho biết chỉ có 1 trường hợp tử vong trong số 30 trẻ em, với nguyên nhân tử vong là bệnh lao toàn thể. Các tác giả thừa nhận rằng tỷ lệ tử vong có thể cao hơn nhưng do không theo dõi được [10]. Nghiên cứu báo cáo rằng 10% trẻ em lao màng ngoài tim dẫn đến biến chứng viêm màng ngoài tim co thắt. Điều này trái ngược với một nghiên cứu hồi cứu trước đó về 44 trường hợp lao màng ngoài tim ở trẻ em, không có trường hợp tử vong và 5 trường hợp (20%) viêm màng ngoài tim co thắt tại thời điểm theo dõi [11]. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về lao màng ngoài tim ở trẻ em.

Trong nghiên cứu của chúng tôi năm 2023 tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Phổi Trung ương, có 87 BN lao màng ngoài tim và có 12/87 BN (13,8%) viêm màng ngoài tim co thắt do lao.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng (n = 12)

Biến số		Số BN	Tỷ lệ
Tuổi (năm)		53,0 ± 18,0	
Giới (nam/nữ)		1/1	
Biểu hiện lâm sàng khi chẩn đoán	Mệt mỏi	12	100%
	Khó thở	12	100%
	Phù	9	75%
	Ho	12	100%
	Sốt	5	41,7%
Phân độ suy tim theo NYHA (Hiệp hội Tim mạch New York, Mỹ)	Độ II	4	33,3%
	Độ III	5	41,7%
	Độ IV	3	25%
Khám lâm sàng	Tiếng tim T1, T2 mờ	9	75%
	Rales ẩm	10	83,3%

Có 4 giai đoạn bệnh lý của lao màng ngoài tim tương ứng với các biểu hiện lâm sàng khác nhau [2]:

- Giai đoạn 1: giai đoạn tơ huyết, giai đoạn màng ngoài tim khô.
- Giai đoạn 2: giai đoạn tiết dịch (hay gặp nhất).
- Giai đoạn 3: giai đoạn màng ngoài tim dày lên, xơ hóa.
- Giai đoạn 4: giai đoạn ảnh hưởng toàn bộ tim.

Hai cơ chế chính dẫn đến biểu hiện lâm sàng của viêm màng ngoài tim: tích tụ dịch trong màng ngoài tim gây

chèn ép các buồng tim trong suốt chu trình của tim làm cản trở cả quá trình làm đầy tim và co bóp của tim (chèn ép); hoặc dày lên của màng ngoài tim (có ít hoặc không có tràn dịch màng ngoài tim) dẫn đến suy giảm sự đổ đầy của tim trong thì tâm trương (co thắt). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của lao màng ngoài tim là hội chứng suy tim.

Các nghiên cứu cho thấy biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của lao màng ngoài tim là ở giai đoạn viêm màng ngoài tim tiết dịch (chiếm 79,5%) [12], tương ứng với giai đoạn 2. Viêm màng ngoài tim co thắt, tương ứng với giai đoạn 3 và 4, là một trong những di chứng nặng nề nhất của lao màng ngoài tim. Trước khi sử dụng rộng rãi thuốc chống lao và chọc dò màng ngoài tim thường quy, viêm màng ngoài tim co thắt đã được tìm thấy ở 30-60% BN, trong khi tỷ lệ này ở các nghiên cứu tiến cứu gần đây là 5-25% [13].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, khó thở gấp ở 12 BN (100%), phù 9 BN (75%), ho 12 BN (100%), sốt 5 BN (41,7%), 100% BN có triệu chứng của suy tim phải, NYHA II 4 BN (33,3%), NYHA III 5 BN (41,7%), NYHA IV 3 BN (25%).

Các biểu hiện của viêm màng ngoài tim co thắt chủ yếu là do suy tim phải và ứ dịch ngoại vi, đặc trưng là dấu hiệu Kussmaul. Gõ ngực và nghe phổi có thể phát hiện tràn dịch màng phổi. Dòng máu chảy bị chậm đột ngột vào tâm thất đầu thì tâm trương tạo ra tiếng động, xảy ra do tâm thất không giãn được vì bị màng ngoài tim co thắt chặn lại. Khám bụng có thể thấy gan to theo mạch đập kèm cổ trướng. Phù ngoại biên thường xuất hiện. Khó thở khi gắng sức hoặc thường xuyên. Một số BN có thể xuất hiện tình trạng suy kiệt.

Bảng 2: Xét nghiệm cận lâm sàng (n = 12)

Biến số		Số BN	Tỷ lệ
Chụp X quang ngực	Hình ảnh nghi lao phổi	9	75%
	Bóng tim to	11	91,7%
Chụp cắt lớp vi tính ngực	Hình ảnh nghi lao phổi	10	83,3%
	Tổn thương màng tim	12	100 %
Siêu âm tim	EF (%)	63,6 ± 5,8	
	Dày màng tim không có dịch	2	16,7%
	Dày màng tim có dịch	10	83,3%
	Dịch màng tim ít	11	91,7%
	Dịch màng tim trung bình	1	8,3%

Biến số		Số BN	Tỷ lệ
Dịch màng phổi	Hai bên	11	91,7%
	Ít	3	25%
	Trung bình	5	41,7%
	Nhiều	4	33,3%
Dịch màng bụng	Có dịch màng bụng	8	66,7%
	Không có dịch màng bụng	4	33,3%
Xét nghiệm máu	BNP (pg/nL)	1328,7 ± 886,3	
	GOT (UI/L)	70,3 ± 73,3	
	GPT (UI/L)	62,5 ± 68,4	
	Creatinin (mmol/l)	80,7 ± 20,7	
Xét nghiệm đờm	Genexpert đờm dương tính	4	33,3%
	Bactec đờm dương tính	3	25%
Dịch màng phổi	Số tế bào/ml	1772,3 ± 1828,9	
	Lympho (%)	66,6 ± 13,7	
	Neutrophil (%)	14,8 ± 12,0	
	Tế bào màng (%)	18,7 ± 6,8	
	Protetin (g/l)	35,5 ± 13,5	
	ADA (u/l)	41,8 ± 11,4	
	Bactec dịch màng phổi	1	8,3%
Chọc được dịch màng tim		1	8,3%

Sinh lý bệnh lao màng tim: vi khuẩn lao đi vào phổi của ký chủ bởi những giọt nhỏ hít vào và xâm lấn vào đại thực bào phế nang phổi. Nhiễm trùng tại chỗ lan tỏa trong phổi và xâm lấn vào hạch ngoại vi vùng tạo ra “phức hợp nguyên thủy” đặc trưng trên X quang ngực hình ảnh lớn hạch rốn phổi và bằng chứng của nhiễm trùng phổi ngoại vi. Sau đó vi khuẩn lao đến các cơ quan khác trong cơ thể. Khoảng 1-2% BN lao phổi có lao màng tim và bệnh này có tỷ lệ tử vong cao (17-40% trong 6 tháng). Một số nghiên cứu chỉ ra rằng chụp X quang ngực cho thấy lao phổi hoạt động chiếm khoảng 30% các trường hợp và tràn dịch màng phổi xuất hiện ở 40-60% các trường hợp lao màng tim. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi lại thấy rằng chụp X quang ngực phát hiện lao ở 9 BN (75%) và chụp cắt lớp vi tính ngực phát hiện lao ở 10 BN (83,3%), nguyên nhân có thể là do nghiên cứu ở giai đoạn viêm màng ngoài tim co thắt muộn nên tỷ lệ xuất hiện tổn thương lao phổi cũng cao hơn.

Viêm màng ngoài tim co thắt là hậu quả của quá trình xơ hóa làm dày lên và dính của màng ngoài tim, là hậu

quả thứ phát của quá trình viêm mạn tính do nhiều nguyên nhân gây ra. Lúc này quả tim được một màng ngoài tim cố định cứng nhắc bao bọc, làm hạn chế tim giãn ra trong thì tâm trương, tăng các áp lực trong buồng tim, làm mất tương đồng giữa áp lực trong các buồng tim và áp lực của lồng ngực. Sự tăng áp lực trong buồng tim và giảm sự giãn thì tâm trương của tim làm hạn chế sự đổ về của máu tĩnh mạch chủ và phổi, gây ra dấu hiệu suy tim ứ huyết của cả tim bên phải và bên trái. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tràn dịch màng phổi 2 bên có ở 11 BN (91,7%) và tràn dịch ổ bụng gặp ở 8 BN (66,7%). Đa số các trường hợp tràn dịch màng phổi mức độ trung bình và nhiều. Ngoài ra với biểu hiện của suy tim, tất các các trường hợp đều tăng hocmon BNP và giá trị là $1328,7 \pm 886,3$ pg/nL.

Chọc dò màng ngoài tim, khi có thể thực hiện được (độ dày tràn dịch lớn hơn 1 cm), vẫn là một phần thiết yếu của tiếp cận chẩn đoán BN nghi ngờ lao màng tim. Kỹ thuật này không chỉ mang lại lợi ích điều trị mà còn mang lại lợi ích chẩn đoán. Xét nghiệm dịch màng ngoài tim là dịch tiết, tế bào lympho giàu protein, soi tìm trực khuẩn lao, nuôi cấy vi khuẩn lao trong môi trường lỏng. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 BN (8,3%) có dịch màng ngoài tim mức độ trung bình và chọc được dịch màng tim. BN được chọc dịch màng ngoài tim ở cơ sở khác nên không có kết quả. 12 BN (100%) có biểu hiện dày màng tim, điều này cũng phù hợp vì viêm màng ngoài tim cơ thắt, tương ứng với giai đoạn 3 và 4.

Trong các trường hợp không lấy được dịch màng tim, các xét nghiệm dịch ở các cơ quan khác rất có giá trị như: đờm, dịch màng phổi, dịch phế quản. Trong nghiên cứu này, genexpert đờm dương tính ở 4 BN (33,3%), bactec đờm dương tính ở 3 BN (25%). Đa số các trường hợp trong nghiên cứu đều có tổn thương nghi lao trên X quang ngực và trên cắt lớp vi tính ngực không nhiều nên xét nghiệm tìm vi khuẩn lao trong đờm còn chưa cao.

Số lượng tế bào trong dịch màng phổi $1772,3 \pm 1828,9$ tế bào/ml, trong đó tế bào lympho vẫn chiếm ưu thế với $66,6 \pm 13,7\%$. Bình thường các tế bào màng chiếm 1-2%, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy số lượng tế bào màng tăng cao tới $18,7 \pm 6,8\%$. Nguyên nhân do suy tim tràn dịch màng phổi thường xuất hiện mạn tính, nên số lượng tế bào màng bong ra lắng đọng ở dịch màng phổi nhiều.

Đa số các trường hợp tràn dịch màng phổi đều là dịch tiết (83,3%) và protein $35,5 \pm 13,5$ g/l vì phần lớn các trường hợp ngoài tràn dịch do viêm màng ngoài tim cơ thắt còn liên quan đến lao màng phổi. Xét nghiệm nồng độ adenosine deaminase (ADA) trong dịch màng phổi là xét nghiệm dễ dàng và không tốn kém để xác định chẩn đoán lao màng phổi. Men ADA được sản xuất từ nhiều loại tế bào nhưng chủ yếu từ tế bào lympho T

hoạt hóa. Men này phân hủy chuyển adenosine thành inosine. Adenosine deaminase có hai dạng phân tử là ADA1 và ADA2 [14]. ADA > 70 u/l và tỷ lệ bạch cầu lympho trên 75% có thể gợi ý chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao. Nếu ADA từ 40-70 u/l và tỷ lệ bạch cầu lympho và bạch cầu trung tính trên 75% cũng có thể chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao nếu các biểu hiện lâm sàng, X quang phù hợp. Trong nghiên cứu này ADA $41,8 \pm 11,4$ u/l vì phần lớn lao màng tim có lao màng phổi đi kèm.

Bảng 3: Chẩn đoán khi điều trị lao (n = 12)

Biến số	Số BN	Tỷ lệ
Có bằng chứng vi khuẩn lao	4	33,3%
Không có bằng chứng vi khuẩn lao	8	66,7%

Lấy bệnh phẩm dịch màng ngoài tim nuôi cấy vi khuẩn lao trong môi trường lỏng vẫn là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán lao màng ngoài tim với độ nhạy dao động từ 53-75%, tuy nhiên cần ít nhất 3 tuần để có kết quả. Một nghiên cứu gần đây liên quan đến những BN nhiễm HIV (72%) và chỉ sử dụng môi trường nuôi cấy lỏng, đã phát hiện tỷ lệ dương tính ở 46 trong số 131 mẫu dịch màng tim (chiếm 35%) [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 BN lấy được dịch màng tim. Chỉ có 4 BN (33,3%) có bằng chứng vi khuẩn ở đờm và dịch màng phổi. Còn các trường hợp khác chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ mắc lao.

Bảng 4: Phương pháp và kết quả điều trị (n = 12)

Biến số	Số BN	Tỷ lệ
Phương pháp điều trị	Thuốc lao, Corticoid	8 66,7%
	Thuốc lao, Corticoid, dẫn lưu dịch màng ngoài tim	1 8,3%
	Thuốc lao, Corticoid, phẫu thuật	3 25%
Kết quả điều trị	Hoàn thành điều trị	9 75%
	Tử vong	3 25%

Việc điều trị lao màng ngoài tim nhằm đạt được 3 mục tiêu:

- Tiêu diệt và kiểm soát trực khuẩn lao đang hoạt động;
- Giảm biến chứng chèn ép tim và các tác động lên huyết động (chèn ép cấp và suy tim);
- Ngăn ngừa các biến chứng của việc tái tạo, tổ chức hóa và chữa lành màng ngoài tim không tốt, bao gồm cả viêm màng ngoài tim cơ thắt.

Mục tiêu ngăn ngừa xơ hóa màng ngoài tim và viêm màng ngoài tim cơ thắt có tầm quan trọng trong điều trị viêm màng ngoài tim. Các can thiệp để phòng ngừa viêm màng ngoài tim cơ thắt đã được thử nghiệm hoặc

đang được thử nghiệm bao gồm Corticosteroid, Colchicine và liệu pháp tiêu sợi huyết.

Phẫu thuật cắt màng ngoài tim là phẫu thuật được lựa chọn. Hơn 90% BN có cải thiện triệu chứng đáng kể sau phẫu thuật. Tỷ lệ tử vong trong và ngay sau mổ tương đối cao (5-20%) là một yếu tố cần thận trọng cần nhắc. Cũng chính vì nguyên nhân này mà các phẫu thuật viên thường quyết định mổ sớm cho các BN chứ không đợi đến khi thể trạng BN đã bị suy sụp do bệnh diễn biến kéo dài.

Tỷ lệ tử vong do lao màng ngoài tim được báo cáo khác nhau ở mức 14%, 17% và 40%. Trong 12 trường hợp viêm màng ngoài tim cơ thắt do lao trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 BN (25%) thất bại điều trị là một tỷ lệ cao. Nguyên nhân thường do BN được phát hiện muộn nên khả năng điều trị khó khăn.

4. KẾT LUẬN

Viêm màng ngoài tim cơ thắt do lao thường tiến triển âm thầm và là một đặc trưng của lao màng ngoài tim. Việc chẩn đoán còn rất khó khăn. Tuy nhiên, chẩn đoán ban đầu có thể được thực hiện bằng hình ảnh, các dấu hiệu đặc trưng khác như khám lâm sàng, yếu tố nguy cơ và tìm các tổn thương lao ở các cơ quan khác. Phẫu thuật cắt màng ngoài tim nên được tiến hành sớm, tiếp theo là tiếp tục dùng phác đồ chống lao và Corticoid. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong còn cao. Lao màng tim cần được quan tâm hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, Global Tuberculosis report, Oct. 2020.
- [2] Hoàng Minh, Lao màng não, lao màng ngoài tim, lao màng bụng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2002.
- [3] Mayosi BM, Commerford PJ, Pericardial disease: an evidence-based approach to diagnosis and treatment, In: Yusuf S, Cairns J.A, Camm A.J (eds), Evidence-Based Cardiology, 2nd edn, London, BMJ Books, 2003, 2735-2748.
- [4] D.H.N, Tuberculous pericarditis, a review of 100 cases, S. Afr. Med. J., 1979, 1955, 1877-1880.
- [5] Wiysonge CS, Gumedze F et al, IMPI Africa Investigators, Excess mortality in presumed tuberculous pericarditis, Eur. Heart J., 2006, 2027, p. 5452.
- [6] Sagrista-Sauleda J, Soler-Soler J, Tuberculous pericarditis: ten year experience with a prospective protocol for diagnosis and treatment, J. Am. Coll Cardiol, 1988, 11 (14), 724-728.
- [7] Mynors JM, Pericarditis - a five year study in the African, Cent Afr. J. Med., 1973, 19 (12), 19-22.
- [8] Reuter H, Doubell AF, Epidemiology of pericardial effusions at a large academic hospital in South Africa, Epidemiol Infect, 2005, 133 (3), 393-399.
- [9] Watch V, The burden of presumed tuberculosis in hospitalized children in a resource-limited setting in Papua New Guinea: a prospective observational study, Int Health, 2017, 9 (6), 374-378.
- [10] Obihara NJ, Tuberculous pericardial effusions in children, J. Pediatric Infect Dis. Soc., 2018, 7 (4), 346-349.
- [11] Hugo-Hamman CT, De Moor MM, Tuberculous pericarditis in children: a review of 44 cases, Pediatr Infect Dis. J., 1994, 13 (11), 13-18.
- [12] Mayosi BM, Doubell AF, Tuberculous pericarditis, Circulation, 2005, 112 (123), 3608-3616.
- [13] Mayosi BM, Prednisolone and Mycobacterium indicus pranii in tuberculous pericarditis to reduced incidence of constrictive pericarditis, N. Engl. J. Med, 2014, 371 (312), 1121-1130.
- [14] P.J.M, Pleural fluid biomarkers: beyond the light criteria, Clin Chest Med., 2013, 1, 27-37.
- [15] Theron G, Determinants of PCR performance (Xpert MTB/ RIF), including bacterial load and inhibition, for TB diagnosis using specimens from different body compartments, Sci. Rep., 2014, 4, 5658.