

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC, NỘI SOI PHẾ QUẢN VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA BỆNH HẸP KHÍ PHẾ QUẢN DO LAO

Trương Thanh Thiết¹, Nguyễn Hữu Lân¹
Nguyễn Hoài Nam², Lê Việt Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và mô bệnh học của hẹp khí phế quản (KPQ) do lao tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca trên 48 bệnh nhân (BN) hẹp KPQ do lao được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình KPQ tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ 01/01/2015 - 31/12/2018. **Kết quả:** 48 BN hẹp KPQ bao gồm: 03 BN hẹp khí quản đoạn 1/3 giữa, 09 BN hẹp phế quản gốc (PQG) phải, 36 BN hẹp PQG trái. Nhóm BN hẹp PQG, ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (91,1%) và độ tuổi trung bình là $30,7 \pm 10,1$. Trên cắt lớp vi tính (CLVT), đa phần hẹp toàn bộ PQG 60%. Chiều dài đoạn hẹp trung bình là 26,2 mm. Đường kính lòng hẹp trung bình 2 mm. Ghi nhận có 42,2% hẹp tắc toàn bộ PQG và 37,8% xẹp toàn bộ phổi. Trên hình ảnh nội soi phế quản (NSPQ), hình kiểu hẹp PQG thường gặp nhất là do xơ sẹo (93,3%). Kết quả mô bệnh học đoạn hẹp ghi nhận 53,3% trường hợp có biểu hiện lao chưa ổn định. **Kết luận:** Đa phần hẹp KPQ do lao thường tổn thương PQG trái và hẹp hoàn toàn phế quản. Hơn một nửa BN hẹp KPQ do lao có tình trạng lao hoạt động tại vị trí hẹp mặc dù AFB âm tính.

* Từ khóa: Lao nội phế quản; Hẹp khí phế quản do lao; Tạo hình khí phế quản.

Characteristics of Chest CT-scan, Bronchoscopy and Histopathology in Tuberculous Tracheobronchial Stenosis

Summary

Objectives: To evaluate the characteristics of chest CT-scan, bronchoscopy and histopathology in tuberculous tracheobronchial stenosis. **Subjects and methods:** Prospective study with a series of cases on 48 patients with tuberculous tracheobronchial stenosis treated plastic surgery at the Department of Thoracic Surgery, Pham Ngoc Thach Hospital in the period from 01 Jan 2015 to 31 Dec 2018.

¹Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Người phản hồi: Trương Thanh Thiết (thietpnt@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/01/2021

Ngày bài báo được đăng: 29/3/2021

Results: 48 patients included: 03 patients with tracheal stenosis of the middle 1/3, 09 patients with right main bronchial stenosis, 36 patients with left main bronchial stenosis. In the group of patients with bronchial stenosis, the majority of patients was female (91.1%) and the mean age was 30.7 ± 10.1 years. On CT-scan, the average length was 26.2 mm, the average diameter of the stenosis was 2 mm. 42.2% completed obstructive stenosis of main bronchus and 37.8% of total pulmonary collapse were recorded. On bronchoscopy images, we found that the most common stenosis main bronchus was due to scar fibrosis accounting for 93.3%. 53.3% of the cases showed unstable tuberculosis at cutting segment. **Conclusion:** Tuberculous tracheobronchial stenosis often damages the left main bronchus and complete bronchial stenosis is common. More than half of tuberculosis bronchial stenosis have a active tuberculosis despite a negative AFB sputum.

* **Keywords:** Endobronchial tuberculosis; Tuberculous tracheobronchial stenosis; Tracheobronchial plastic surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khí phế quản do lao được mô tả đầu tiên vào năm 1698 bởi Richard Morton, một bác sĩ người Anh. Mặc dù bệnh lao phổi đã giảm đi khi có sự ra đời của thuốc kháng lao hiệu quả, nhưng hẹp KPQ do lao vẫn tiếp tục được ghi nhận và thường bị chẩn đoán nhầm với những bệnh hô hấp khác [1]. Hẹp KPQ nặng gây ra các biến chứng ở phổi như viêm phổi, xẹp phổi, giãn phế quản, thậm chí tử vong do suy hô hấp và ngạt thở. Ngoài ra, hẹp KPQ có thể dẫn đến bệnh lao khó điều trị và làm cho BN trở thành nguồn lây nhiễm lao mạn tính [2]. Bên cạnh sự phát triển mạnh mẽ trong những năm gần đây của NSPQ can thiệp như đốt điện, đốt laser, áp lạnh trị liệu, nong KPQ bằng bóng, nong KPQ bằng que và đặt stent, phẫu thuật tạo hình KPQ đã được chấp nhận như là một trong những phương thức tốt nhất để điều trị [1]. Tạo hình KPQ được thực hiện đầu tiên bởi Bigger vào năm 1932, từ đó hàng loạt các kỹ thuật

mới được áp dụng trong nhiều bệnh KPQ khác nhau từ những tổn thương lành tính cho đến ác tính bởi nhiều phẫu thuật viên trên thế giới. Hiện nay, trên thế giới số lượng công trình nghiên cứu về điều trị hẹp KPQ do lao còn tương đối ít. Riêng tại Việt Nam, số lượng công trình nghiên cứu về hẹp KPQ do lao còn hạn chế. Việc chẩn đoán vị trí, mức độ, chiều dài đoạn hẹp và các tổn thương kèm theo trong bệnh hẹp KPQ do lao hết sức quan trọng và đóng vai trò quyết định cho các chỉ định điều trị phẫu thuật. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học và mô bệnh học của hẹp KPQ do lao tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

48 BN hẹp KPQ do lao được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình KPQ từ 01/01/2015 - 31/12/2018 tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Tiến cứu, mô tả hàng loạt.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân có tiền căn hay đang điều trị lao phổi hoặc lao KPQ, được chẩn đoán hẹp KPQ do lao bằng chụp CLVT và NSPQ ống mềm, có đường kính hẹp > 50% lòng KQP.

- Bệnh nhân không có chỉ định can thiệp hoặc thất bại qua NSPQ ống cứng.

- Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình KQP.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm đàm hay dịch phế quản dương tính vi trùng lao.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ một bên phổi hoặc chỉ cắt thùy phổi không kèm tạo hình KQP.

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tái khám theo dõi định kỳ sau phẫu thuật.

* *Các bước tiến hành:*

Bệnh nhân được chụp CLVT bằng máy Brilliance 16 lát cắt (Hãng Philips) tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch phát hiện hẹp KPQ hay nghi ngờ hẹp KPQ. BN chuyển chụp bằng máy Toshiba Aquilion One, bề dày mỗi lát cắt 1 mm, tái tạo hình 1 mm, liều tia (DLP x K-factor = DLP x 0.014), chụp cả hai cửa sổ phổi và trung thất và tái tạo dựng hình 3D cây KPQ 2 bên, có NSPQ ảo kèm theo được thực hiện tại Medic Thành phố Hồ Chí Minh. Tổn thương trên phim về kiểu hẹp, vị trí hẹp, chiều dài đoạn hẹp, đường kính đoạn hẹp, đường kính đoạn bình thường và tổn

thương kèm theo được đánh giá thống nhất theo biên bản đọc kết quả được duyệt bởi bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh và biên bản hội chẩn khoa khi duyệt mổ, có sự tham gia của bác sĩ trưởng khoa, bác sĩ phẫu thuật phụ trách BN.

Nội soi phế quản ống mềm được thực hiện bởi dàn máy OLYMPUS CV-170, ống soi 5 mm hay 6 mm ghi nhận kiểu hẹp, dạng tổn thương niêm mạc KPQ, vị trí hẹp, mức độ hẹp, đường kính và chiều dài (nếu được) đoạn hẹp.

- Đánh giá vị trí hẹp trên chụp CLVT và NSPQ theo Freitag: 1/3 trên khí quản, 1/3 giữa khí quản, 1/3 dưới khí quản, PQG phải và PQG trái.

- Đánh giá kiểu hẹp trên chụp CLVT và NSPQ theo Freitag: Hẹp cấu trúc (u nội khí phế quản, chèn ép từ bên ngoài, vặn xoắn, xơ sẹo) và hẹp chức năng (mềm sụn và phần màng phồng lên).

Đánh giá kiểu hẹp KPQ do lao trên NSPQ theo Lee và Chung (2000) [8]: Lao KPQ được phân thành 7 dạng: (1) Giả mạc, (2) Phù nề sung huyết, (3) Xơ sẹo, (4) Khối u, (5) Mô hạt, (6) Loét, (7) Viêm phế quản không đặc hiệu.

- Phân độ hẹp KPQ theo Myer - Cotton [9]: Hẹp độ I (0 - 50%), Hẹp độ II (51 - 70%), Hẹp độ III (71 - 99%), Hẹp độ IV (0%).

* *Tiêu chuẩn mô học theo Meenal Bagdial [10]:*

- Lao hoạt động: Viêm mô hạt kèm hoại tử hay không hoại tử. Các mô hạt này được bao bọc bởi các tế bào lympho, tế bào biểu mô và đại bào Langhans.

- Lao ổn định: Viêm mạn tính, hóa xơ, hóa sợi hay vôi hóa.

* *Xử lý số liệu:* Phần mềm thống kê SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

48 BN hẹp KPQ do lao gồm:

- 03 BN hẹp khí quản đoạn 1/3 giữa;
- 09 BN hẹp phế quản gốc phải;
- 36 BN hẹp phế quản gốc trái.

Vì có sự khác biệt về vị trí, đặc điểm lâm sàng và phương pháp phẫu thuật, chúng tôi chia thành 2 nhóm BN: Nhóm hẹp khí quản và nhóm hẹp phế quản.

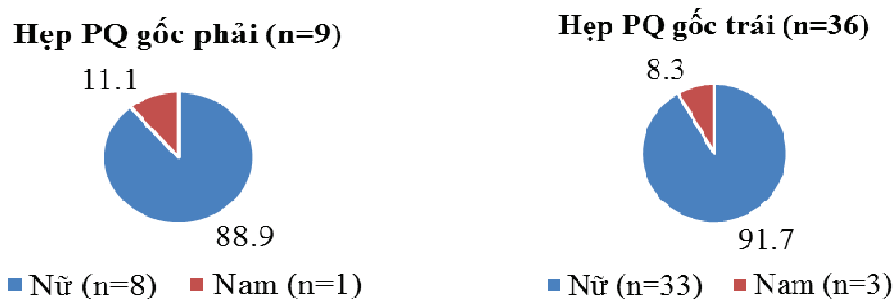
Chúng tôi ghi nhận 03 BN hẹp khí quản đoạn 1/3 giữa với kiểu hẹp dạng xơ sẹo trên CLVT và NSPQ. Đường kính lòng đoạn hẹp từ 5 - 6 mm và chiều dài đoạn hẹp từ 10 - 20 mm. Cả 3 ca đều có tổn thương phổi kèm theo sau lao phổi.

Bảng 1: Đặc điểm hình ảnh học hẹp hẹp khí quản do lao.

Đặc điểm	Chụp CLVT			NSPQ		
	BN 1	BN 2	BN 3	BN 1	BN 2	BN 3
Đường kính đoạn hẹp (mm)	6	6	5	6	5,5	5
Phân độ hẹp Myer Cotton	Độ II	Độ II	Độ II	Độ II	Độ II	Độ II
Chiều dài đoạn hẹp (mm)	20	20	15	20	15	10
Tổn thương phổi kèm theo	Xơ phổi	Đông đặc	Đông đặc			

Cả 3 BN này đều được phẫu thuật qua đường mở cổ cắt đoạn hẹp khí quản và khâu nối tận - tận. Kết quả giải phẫu bệnh là mô lao xơ hóa ổn định và không cần điều trị lao lại.

Với nhóm BN hẹp PQG, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm đa số với 91,1%, tỷ lệ nam: nữ là 9:1. Trong từng nhóm BN, giới nữ chiếm đa số ở cả 2 nhóm lần lượt là 88,9% và 91,7%. Độ tuổi trung bình là $30,7 \pm 10,1$, trong đó nhóm BN hẹp PQG phải là $31,4 \pm 11,1$ tuổi và hẹp PQG trái là $30,6 \pm 10,0$ tuổi. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,83$). BN nhập viện với triệu chứng thường gặp nhất là khó thở chiếm 64,4% các trường hợp.



Biểu đồ 1: Giới tính của BN hẹp PQG.

Bảng 2: Đặc điểm hẹp PQG trên chụp CLVT.

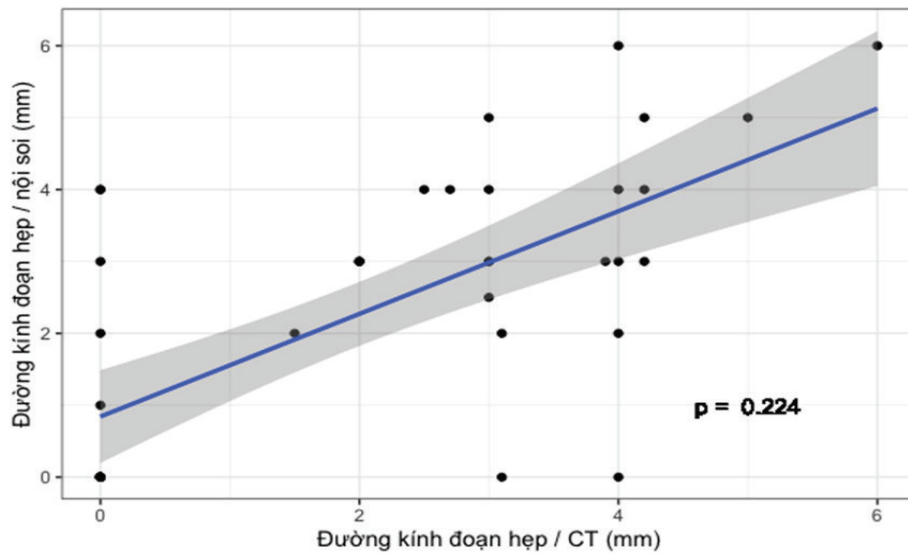
	Tổng BN n (%)	Hẹp PQG phải n (%)	Hẹp PQG trái n (%)
Vị trí hẹp PQG			
Đầu phế quản	4 (8,9)	1 (11,1)	3 (8,3)
Giữa phế quản	9 (20,0)	0 (0,0)	9 (25,0)
Cuối phế quản	5 (11,1)	0 (0,0)	5 (13,9)
Toàn bộ phế quản	27 (60,0)	8 (88,9)	19 (52,8)
Chiều dài đoạn hẹp (mm)	26,2 ± 8,5	23,3 ± 9,1	27,0 ± 8,4
Đường kính lòng đoạn hẹp (mm)	2,0 ± 1,9	2,3 ± 2,3	2,0 ± 1,8
Mức độ hẹp Myer-Cotton			
Độ I (d > 6 mm)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Độ II (4,5 < d ≤ 6 mm)	3 (6,7)	1 (11,1)	2 (5,6)
Độ III (0 < d ≤ 4,5 mm)	23 (51,1)	4 (44,4)	19 (52,8)
Độ IV (0 mm)	19 (42,2)	4 (44,4)	15 (41,7)
Xẹp phổi			
Không	8 (17,8)	2 (22,2)	6 (16,7)
Hoàn toàn	17 (37,8)	3 (33,3)	14 (38,9)
Một phần	20 (44,4)	4 (44,4)	16 (44,4)
Tổn thương phổi			
Không	19 (42,2)	5 (55,6)	14 (38,9)
Có	26 (57,8)	4 (44,4)	22 (61,1)
Dạng tổn thương phổi			
Đông đặc	14 (53,8)	3 (75,0)	11 (50,0)
Xơ	7 (26,9%)	1 (25,0%)	6 (27,3%)
Khác	5 (19,2%)	0 (0,0%)	5 (22,7%)

Về hình ảnh học của hẹp PQG trên CLVT, toàn bộ có kiểu hẹp xơ sẹo, đa phần hẹp toàn bộ PQG với 60%, Chiều dài đoạn hẹp trung bình 26,2 mm, đoạn hẹp PQG trái dài hơn so với PQG phải (27 mm so với 23,3 mm). Đường kính lòng hẹp trung bình của PQG trên hình ảnh CLVT là 2 mm. Trên hình ảnh CLVT, ghi nhận 42,2% hẹp hoàn toàn PQG, 44,4% xẹp 1 phần phổi và 37,8% xẹp toàn bộ phổi 1 bên.

Bảng 3: Đặc điểm hẹp PQG trên NSPQ.

	Tổng BN n (%)	Hẹp PQG phải n (%)	Hẹp PQG trái n (%)
Kiểu hẹp			
Vặn xoắn + xơ sẹo	1 (2,2)	1 (11,1)	0 (0,0)
Xơ sẹo	42 (93,3)	7 (77,8)	35 (97,2)
Mềm sụn + xơ sẹo	2 (4,4)	1 (11,1)	1 (2,8)
Đường kính đoạn hẹp (mm)	2,2 ± 1,9	1,7 ± 2,4	2,3 ± 1,9
Phân độ hẹp Myer - Cotton			
Độ I	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Độ II	5 (11,9)	1 (14,3)	4 (11,4)
Độ III	22 (52,4)	2 (28,6)	20 (57,1)
Độ IV	15 (35,7)	4 (57,1)	11 (31,4)
Tổn thương niêm mạc đoạn hẹp			
Niêm mạc láng	16 (36,4)	4 (50,0)	12 (33,3)
Niêm mạc co kéo	16 (36,4)	2 (25,0)	14 (38,9)
Xơ sẹo	9 (20,5)	1 (12,5)	8 (22,2)
Bạc màu	3 (6,8)	1 (12,5)	2 (5,6)
Mô hạt	1 (2,2)	1 (11,1)	0 (0,0)

Trên hình ảnh NSPQ, hình kiểu hẹp PQG thường gặp nhất là do xơ sẹo (93,3%), ở mỗi nhóm có tỷ lệ 77,8% (nhóm hẹp PQG phải) và 97,2% (nhóm hẹp PQG trái). Ngoài ra, xơ sẹo kết hợp mềm sụn PQG có 2 BN (4,4%) và xơ sẹo kết hợp vặn xoắn PQG 1 BN (2,2%). Đường kính chỗ hẹp trung bình 2,2 mm. Mức độ hẹp Myer-Cotton, trung bình chung là độ III tỷ lệ 52,4%, tuy nhiên có sự khác biệt ở nhóm hẹp PQG phải mức độ hẹp nhiều nhất là độ IV (57,1%), còn ở nhóm hẹp PQG trái là độ III với tỷ lệ 57,1%. Trên NSPQ, hình ảnh hẹp hoàn toàn PQG 35,7%, hình ảnh tổn thương niêm mạc PQG dạng trơn láng hoặc co kéo 36,4%.



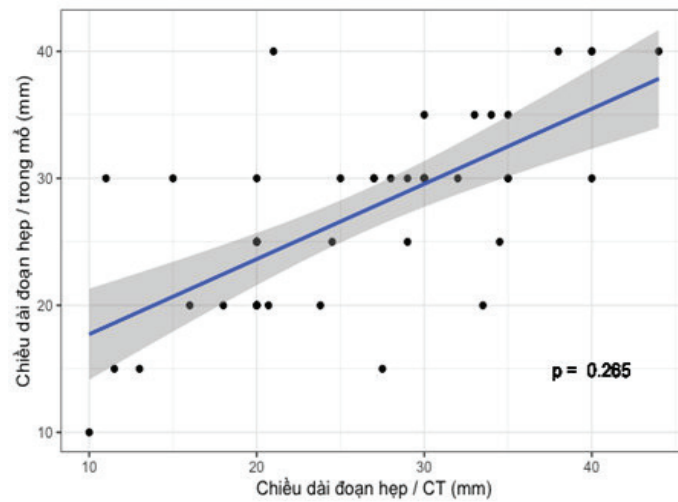
Biểu đồ 2: So sánh giữa đường kính đoạn hẹp qua NSPQ và đường kính đoạn hẹp qua CLVT.

Tương quan giữa đường kính đoạn hẹp qua NSPQ và đường kính đoạn hẹp qua CLVT gần như nhau ($p = 0,224$).

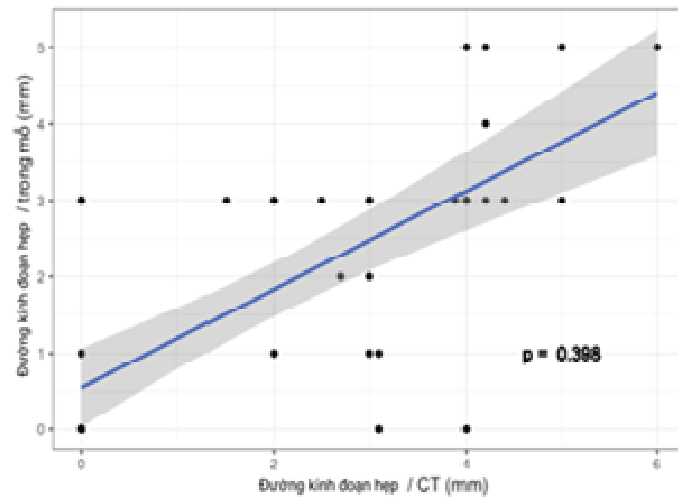
Bảng 4: Đặc điểm mô bệnh học của đoạn hẹp PQG.

	Tổng BN n (%)	Hẹp PQG phải n (%)	Hẹp PQG trái n (%)
Đại thể	2,7 ± 0,9	2,5 ± 0,9	2,7 ± 0,9
Vi thể			
Mô hạt	33 (73,3)	6 (66,7)	27 (75,0)
Mô hoại tử	25 (55,6)	6 (66,7)	19 (52,8)
Mô xơ hóa	13 (28,9)	4 (44,4)	9 (25,0)
Mô vôi hóa	25 (55,6)	6 (66,7)	19 (52,8)
Đại bào Langhans	22 (48,9)	3 (33,3)	19 (52,8)
Nang lao	7 (15,6)	3 (33,3)	4 (11,1)
Tình trạng lao mồm cắt			
Lao ổn định	21 (46,7)	5 (55,6)	16 (44,4)
Lao chưa ổn định	24 (53,3)	4 (44,4)	20 (55,6)
Điều trị lao sau mổ			
Không trị	20 (44,4)	4 (44,4)	16 (44,4)
Tái trị	16 (35,6)	2 (22,2)	14 (38,9)
Tiếp tục điều trị	9 (20,0)	3 (33,3)	6 (16,7)

Về đặc điểm mô bệnh học của đoạn hẹp PQG, ghi nhận mô hạt thường gặp nhất với 73,3%. Bên cạnh đó, mô hoại tử và mô vô hoá chiếm 55,6%. Hình ảnh đại bào Langhans xuất hiện trong mô hẹp PQG chiếm 48,9%. 53,3% BN có biểu hiện lao chưa ổn định tại mỗm cắt, các trường hợp này đều cần tiếp tục điều trị thuốc lao cho đủ thời gian 6 tháng hoặc bổ sung phác đồ mới sau khi phẫu thuật. Riêng 1 BN có mô bệnh học cho thấy tình trạng lao mỗm cắt ổn định nhưng BN vẫn tiếp tục điều trị kháng lao đủ thời gian 6 tháng.



Biểu đồ 3: So sánh chiều dài đoạn hẹp đánh giá qua CLVT và trong mỗ.



Biểu đồ 4: So sánh đường kính đoạn hẹp đánh giá qua CLVT và trong mỗ.

So sánh chiều dài và đường kính đoạn hẹp trên hình ảnh CLVT và thực tế trong mỗ nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy CLVT có khả năng chẩn đoán chính xác chiều dài và đường kính đoạn hẹp PQG.

BÀN LUẬN

* Đặc điểm hẹp KPQ do lao trên CLVT và NSPQ:

Chụp CLVT cho biết chính xác kiểu hẹp, vị trí hẹp, mức độ hẹp, chiều dài đoạn hẹp cũng như những tổn thương nhu mô phổi đi kèm. Những dấu hiệu trên chụp CLVT ngực cho thấy hẹp KPQ do lao: (1) Dày đoạn dài thành KPQ, (2) Đoạn hẹp có dạng hình phễu, (3) Tắc nghẽn hoàn toàn đoạn khí phế quản, (4) Hẹp do chèn ép từ hạch cạnh khí phế quản [3]. Trong những thể lao hoạt động, hình ảnh hẹp dày thành không đồng nhất với bắt thuốc cản quang không đều. Giai đoạn sau xơ hóa, đoạn hẹp thành trơn láng toàn bộ chu vi, dày thành nhẹ [4].

Hình ảnh của cây KPQ cải thiện theo sự phát triển của kỹ thuật chụp CLVT. Hiện nay, chụp CLVT với độ phân giải cao (HRCT) kèm dựng hình 3D cây KPQ với NSPQ ảo cho phép đánh giá toàn diện đường thở, từ đó lập kế hoạch chuẩn bị cho những can thiệp chẩn đoán và điều trị thích hợp như NSPQ, đặt stent, phẫu thuật và theo dõi sau can thiệp.

Về kiểu hẹp KPQ trên CLVT, ghi nhận 100% hẹp cấu trúc, dạng sẹ hẹp, lòng đoạn hẹp không đều. Wang (2018) nghiên cứu 305 BN sẹ hẹp KPQ do lao, ghi nhận 88,5% hẹp cấu trúc và 11,5% hẹp chức năng. Vị trí hẹp chủ yếu PQQ trái (69,5%). Kết quả nghiên cứu vị trí hẹp tương đương của chúng tôi (72%), nhưng kiểu hẹp khác so với chúng tôi (100% hẹp cấu trúc). Tác giả không ghi nhận được chiều dài đoạn hẹp KPQ do lao trên CLVT ở những trường hợp hẹp KPQ hay xẹp phổi hoàn toàn. Chiều dài đoạn hẹp trung bình 16 ± 8 mm (2 mm - 50 mm) [5]. Chúng tôi ghi nhận 44,4% xẹp 1 phần phổi và 37,8% xẹp toàn bộ phổi trên

CLVT. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của 1 số tác giả trên thế giới. Tác giả Choe ghi nhận 93% trường hợp hẹp phế quản do lao có xẹp phổi [3]. Moon nghiên cứu 41 BN ghi nhận 78% có xẹp phổi [4]. Ngoài ra, trên chụp CLVT ngực chúng tôi cũng ghi nhận 58% một số tổn thương ở nhu mô như đông đặc phổi (58,62%), xơ phổi (24,14%) và một số tổn thương khác (17,24%) như nốt vôi, dẫn phế quản, hang lao. Moon ghi nhận 94% BN hẹp KPQ do lao có tổn thương ở phổi kèm theo như thâm nhiễm rải rác hay nốt vôi hay xơ phổi hay hang lao hay dẫn phế quản khu trú [4]. Choe ghi nhận 54% có bất thường nhu mô phổi như xẹp phổi, đông đặc, nốt phổi hay hang lao [3].

Chúng tôi thực hiện NSPQ chẩn đoán trước mổ cho tất cả BN trong nghiên cứu, 100% BN xác định được chẩn đoán hẹp KPQ. Kiểu hẹp thường gặp là xơ sẹ (93,4%). Ngoài ra, ghi nhận xơ sẹ kèm mềm sụn 4,4% và xơ sẹ kèm vận xoắn 2,2%. Kiểu hẹp kèm mềm sụn và vận xoắn không đánh giá được trên CLVT. Lim nghiên cứu 71 BN hẹp KPQ do lao tại Trung tâm Y khoa Samsung (Seoul, Hàn Quốc) ghi nhận kiểu hẹp qua NSPQ chủ yếu là xơ sẹ (93,3%), tiếp đến là xơ sẹ kèm mềm sụn 3,9%, mềm sụn 1,4% và chèn ép từ ngoài do hạch 1,4% [6]. Lei nghiên cứu 25 BN hẹp KPQ do lao, NSPQ ghi nhận tất cả là hẹp xơ sẹ, các yếu tố ảnh hưởng đến hình thành sẹ hẹp KPQ là BN > 45 tuổi, tổn thương lao KPQ dạng xơ hẹp và thời gian trước điều trị kháng lao > 90 ngày [7].

* Mô bệnh học của đoạn hẹp KPQ do lao:

Moon dựa vào NSPQ và giải phẫu bệnh chia lao KPQ làm 2 thể bệnh: Lao hoạt động và lao xơ hóa. Lao hoạt động được xác định là những tổn thương tiến triển hoạt

động ở niêm mạc KPQ qua NSPQ (bao gồm giả mạc bã đậu, loét hay mô hạt) hay mô bệnh học là hoại tử bã đậu hay cấy lao dương tính. Lao xơ sẹo hẹp được xác định là xơ hóa ở niêm mạc KPQ qua NSPQ và mô bệnh học là lao xơ hóa. Tác giả ghi nhận 73,2% lao hoạt động và 26,8% lao xơ hóa [4]. Theo Lee, sinh thiết mô chẩn đoán lao KPQ khi kết quả là viêm mô hạt hoại tử hay hiện diện AFB hay viêm mô hạt không hoại tử và đại bào Langhans nhưng loại trừ bệnh u hạt và nấm [8]. Tác giả Moon nghiên cứu mô bệnh học của 37 BN lao KPQ thấy 67,6% viêm mô hạt mạn tính kèm hoại tử, 18,9% viêm mô hạt mạn tính không kèm hoại tử và 13,5% viêm không đặc hiệu. Theo Ozkaya, Şahin, 100% BN lao KPQ có kết quả mô bệnh học là viêm mô hạt hoại tử.

Chúng tôi ghi nhận 53,3% BN có giải phẫu bệnh là lao chưa ổn định tại đoạn hẹp cắt bỏ, các trường hợp này đều cần tiếp tục điều trị thuốc lao cho đủ phác đồ 6 tháng (nếu đang điều trị) hoặc tái trị theo phác đồ chuẩn quốc gia 6 tháng sau khi phẫu thuật (2RHZE/4RHE). Tất cả BN không có tái phát lao sau theo dõi từ 1 - 4 năm. Lei (2014) phẫu thuật cho 25 BN lao KPQ, trong đó 23 BN đã kết thúc điều trị lao > 6 tháng và 2 BN đang trị lao 2 - 3 tháng. Tất cả BN sau phẫu thuật đều được điều trị kháng lao 6 - 9 tháng và không có tái phát lao sau theo dõi từ 1 - 11 năm [7].

KẾT LUẬN

Hình ảnh chụp CLVT và NSPQ trước mổ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và định hướng phẫu thuật trước mổ cho phẫu thuật viên. Đa phần hẹp PQG do lao thường tổn thương PQG trái và hẹp hoàn toàn phế quản. Hơn một nửa BN hẹp KPQ do lao có tình trạng lao hoạt động tại vị trí hẹp mặc dù AFB đàm âm tính. Vì vậy,

cần xác định tình trạng lao của đoạn hẹp cắt bỏ để có phác đồ điều trị thuốc kháng lao thích hợp sau mổ tạo hình KPQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Low SY, A Hsu, P Eng. Interventional bronchoscopy for tuberculous tracheobronchial stenosis. *Eur Respir J* 2004; 24(3):345-347.
2. Xue QW, N Xue, X Wang J. Endobronchial tuberculosis: An overview. *European Journal of clinical Microbiology & Infectious Diseases* 2011; 30(9):1039-1044.
3. Choe KO, HJ Jeong, HY Sohn. Tuberculous bronchial stenosis: CT findings in 28 cases. *AJR Am J Roentgenol* 1990; 155(5):971-976.
4. Moon WK, et al. Tuberculosis of the central airways: CT findings of active and fibrotic disease. *American Journal of Roentgenology* 1997; 169(3):649-653.
5. Wang T, et al. Scarring airway stenosis in chinese adults: Characteristics and interventional bronchoscopy treatment. *Chinese Medical Journal* 2018; 131(3):276-281.
6. Lim SY, et al. Factors predicting outcome following airway stenting for post-tuberculosis tracheobronchial stenosis. *Respirology* 2011; 16(6):959-964.
7. Lei Y, et al. Analysis of the surgical treatment of endobronchial tuberculosis (EBTB). *Surg Today* 2014; 44(8):1434-1437.
8. Lee P. Endobronchial tuberculosis. *Indian J Tuberc* 2015; 62(1):7-12.
9. Myer CM, 3rd, DM O'Connor, et al. Proposed grading system for subglottic stenosis based on endotracheal tube sizes. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103(4 Pt 1):319-323.
10. Meenal Bagdia¹, SB, et al. Lab diagnosis of extra pulmonary tuberculosis: Comparison of histopathology, cytology, zeihlneelsen stain and light emission diode microscopy with culture and nucleic acid amplification tests. *International Journal of Current Research and Review* 2018; 10(8):15-19.