

# VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LAO HẠCH NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Diễn<sup>1</sup>, Trần Sơn Tùng<sup>1</sup>, Đàm Tọa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Đánh giá vai trò và kết quả của phẫu thuật trong điều trị lao hạch ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 105 bệnh nhân (BN) lao hạch ngoại vi (LHNV) thời gian từ 1/6/2020 đến 30/6/2021 được phẫu thuật nạo viêm, làm sạch mủ, lấy tổ chức hoại tử xét nghiệm LPA, MGIT (bactec), mô bệnh học. Tất cả BN đều được điều trị bằng thuốc lao theo phác đồ của Chương trình Chống lao Quốc gia là 12 tháng (2RHZE/10RHE), thời gian liền vết thương sau phẫu thuật. **Kết quả:** 105 BN, 67 nữ, 38 nam, tuổi TB  $32.26 \pm 12.1$ ; vị trí hạch cổ 97/105 (92.4%), phải nhiều hơn cổ trái (58 và 36), 77 BN hạch viêm hoại tử có mủ, 28 BN sinh thiết kết quả viêm lao, mô bệnh viêm lao 97 (92.4%), LPA 25/105 (23/8%), MGIT 59/105 (56.2%) dương tính. Kháng siêu kháng thuốc 1 BN; kháng nhiều nhất là Streptomycin (59.32%) và Isoniazid (20.33%), thời gian chăm sóc trung bình 2 tuần là 51.4%. **Kết luận:** phẫu thuật điều trị lao hạch ngoại vi đạt 2 mục tiêu giải quyết các biến chứng của lao hạch và lấy bệnh phẩm xét nghiệm phát hiện kháng thuốc.

## SUMMARY

### ROLE OF SURGERY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERIPHERAL LYMPH NODE TUBERCULOSIS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL

**Objectives:** 1. Evaluate the role and results of surgery in the treatment of peripheral lymph node tuberculosis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 105 patients with tuberculosis of the peripheral lymph nodes from June 1, 2020 to June 30, 2021 who underwent surgical curettage to clear inflammation and remove pus, take tissue necrosis and test LPA, MGIT (bactec), histopathology. All patients were treated with TB drugs according to the National TB Program's regimen of 12 months (2RHZE/10RHE), wound healing time after surgery and detect drug resistance. **Results:** 105 patients, 67 women, 38 men, mean age  $32.26 \pm 12.1$ ; cervical lymph node location 97/105 (92.4%), right neck more than left neck (58 and 36), 77 patients with purulent necrotizing lymphadenitis, 28 patients with biopsy results of tuberculosis, tuberculosis inflamed tissue 97 (92.4%), LPA 25/105 (23/8%), MGIT 59/105 (56.2%) was positive. Super drug resistance 1 patient; The most resistant are

Streptomycin and Isoniazid. **Conclusion:** Surgical treatment of peripheral lymph node TB achieves 2 goals of resolving complications of lymph node TB and taking specimens for testing to detect drug resistance.

**Keywords:** Lymph node TB; Scrofula; Surgical treatment of lymph node TB.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao hạch ngoại vi (LHNV) là bệnh do vi khuẩn lao Mycobacteria tuberculosis (MTB) gây ra, bệnh gặp nhiều nhất trong các lao ngoài phổi. Điều trị cơ bản là nội khoa bằng thuốc chống lao. Theo Subrahmanyam, M [1] báo cáo 105 BN trong quá trình điều trị hạch sẽ hoại tử, tấy mủ, hoại tử da và vỡ mủ gây rò mủ kéo dài và sẹo rất xấu nên đây được gọi là biến chứng của lao hạch. Nếu không có phẫu thuật để nạo viêm và lấy bệnh phẩm xét nghiệm, liệu có tiếp tục điều trị thuốc lao tiếp hay kết thúc điều trị? Liệu vi khuẩn lao có kháng thuốc không? Vẫn còn 13% BN sưng hạch lớn hơn sau khi kết thúc điều trị, 4% phải mổ cắt sẹo tạo hình lại [2]. Chẩn đoán bằng phương pháp PCR qua FNA có giá trị 64 % phát hiện MTB, là tiêu chuẩn vàng để biết có kháng thuốc hay không. Phát hiện kháng thuốc sau khi đã điều trị phác đồ hàng 1 nhiều tháng hoặc đủ 12 tháng gây nhiều tổn hại cho người bệnh. Đồng thời, hạch áp xe hóa, viêm mủ trong quá trình điều trị gây hoại tử da, rò mủ kéo dài lẫn lượt từng hạch. Nếu không được can thiệp phẫu thuật, hậu quả da sẹo xấu, co rúm ảnh hưởng đến tâm lý, tâm thần người bệnh với cộng đồng [1-3]. Phát hiện kháng thuốc lao sớm, và chủ động phẫu thuật nạo viêm, cắt bỏ tổ chức hoại tử giúp liền vết thương sớm mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh là mục tiêu của nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bao gồm 108 BN phẫu thuật hạch ngoại vi (cổ, nách, bẹn), có 3 BN ung thư di căn hạch và u lympho. Chỉ phân tích 105 BN lao hạch ngoại vi, trong đó 77 BN có hạch viêm hoại tử, rò mủ, hoại tử da, đang điều trị thuốc chống lao và 28 BN có sưng một hoặc nhiều hạch, chưa rõ chẩn đoán, đã khám chưa phát hiện bệnh cần sinh thiết chẩn đoán thời gian từ 1/6/2020 đến 30/6/2021 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tất cả bệnh nhân

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Diễn

Email: chirnguyenuandien@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022

có sưng hạch ngoại vi, hoặc đang điều trị lao hạch cổ hoại tử, rò mủ. Loại trừ bệnh nhân sưng hạch cổ đã rõ chẩn đoán từ trước như ung thư di căn, các bệnh máu khác...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu chủ đích 105 BN, trong đó có 77 BN hạch viêm lao hoại tử, và 28 BN sưng hạch chưa rõ chẩn đoán cần sinh thiết làm xét nghiệm chẩn đoán.

- Các biến nghiên cứu: các đặc điểm chung về tuổi, giới. Đặc điểm lâm sàng; vị trí hạch; mô bệnh học của nang lao điển hình (chất hoại tử bã đậu ở trung tâm + tế bào bán liên + tế bào khổng lồ + lympho bào + tế bào xơ ngoài cùng), MTB đa kháng (LPA) phát hiện kháng hay không kháng với Rifampicin và Isoniazid; MGIT (bactec) phát hiện kiểu hình vi khuẩn lao trong quá trình điều trị; đặc điểm tổn thương hạch; số lần phẫu thuật và thời gian liền vết thương.

- Điều trị lao theo phác đồ 2RHZE/10RHE của Chương trình chống lao Quốc Gia ngày khi có bằng chứng mô bệnh học hoặc vi khuẩn.

- Cách thức phẫu thuật: thực hiện trong phòng mổ, BN được gây mê toàn thân, rạch da theo vị trí hạch tương ứng, cần cắt lọc, nạo viêm làm sạch mủ tránh rò mủ kéo dài, sau đó đặt bắc (gạc) rút sau 24 giờ. Rửa vết thương và thay băng hằng ngày.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Đặc điểm chung: có 105 bệnh nhân, nam 38 (36,2%), nữ 67 (63.8%), tuổi TB 32.26 ± 12.12; thấp nhất 15; cao nhất 64 tuổi. Có 95 BN hạch cổ (90.5%); 8 BN hạch nách (7.6%); 2 BN hạch bẹn (1.9%). Phẫu thuật nạo viêm có 77 BN (73.3%); và 28 BN (26.7%) mổ sinh thiết hạch xét nghiệm chẩn đoán. Tổn thương lao phổi trên phim XQ có 7 BN (6.67%).

**Bảng 3.1. Kết quả về mô bệnh và vi khuẩn:**

Xét nghiệm	Dương tính (%)	Âm tính (%)	n
Mô bệnh	97 (92.4%)	8 (7.6%)	105
LPA	25 (23.8%)	80 (76.2%)	105
MGIT	59 (56.2%)	46 (43.8%)	105

**Nhận xét:** có 8 BN mô bệnh viêm hoại tử, viêm khác (gọi là âm tính) nhưng kết quả MGIT và LPA dương tính.

**Bảng 3.2. Phân bố vị trí hạch ngoại vi thường gặp**

Vị trí hạch cổ	Trái	Phải	2 bên	Nách + bẹn
n	36	58	3	8
%	34.3	55.2	2.9	7.6

**Nhận xét:** vị trí hạch hay gặp nhất là cổ,

bên phải nhiều hơn bên trái.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ kháng thuốc trong 59 BN có MGIT dương tính**

MGIT - KSD	Streptomycin	Isoniazid	Rifampicin	Ethambutol
Kháng	35 (59.32%)	12 (20.33%)	1 (1.7%)	3 (5.08%)
Nhạy	24	47	58	56
Tổng	59	59	59	59

Trong 59 BN làm MGIT dương tính MTB được làm kháng sinh đồ, một BN kháng cả streptomycin, Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol.

**Bảng 3.4. Thời gian thay băng, chăm sóc vết mổ**

Tuần	1 tuần	2 tuần	3 tuần	tuần 4
N	46	54	4	1
Tỷ lệ %	43.8%	51.4%	3.8%	1%

**Nhận xét:** thời gian thay băng, chăm sóc trung bình là 2 tuần.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm chung.** Qua nghiên cứu 105 BN LHNV chúng tôi thấy tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam 1.76 lần (67/38), thường mắc ở tuổi trẻ, trong độ tuổi lao động, tuổi trung bình là 32.26 ± 12.1. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả [3-5]. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sưng hạch phát hiện tình cờ hoặc phát hiện sau mắc Cúm hoặc sau điều trị bệnh cấp tính, BN chỉ cảm nhận thấy vướng, hơi đau vùng hạch sưng [6]. Hầu hết các tác giả đều báo cáo triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, rất ít bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng sốt, sụt cân, vẩy mồ hôi trộm, cảm thấy đau nhẹ vùng hạch sưng [6, 7]. Nghiên cứu của chúng tôi có 5/105 BN (9.5%) phát hiện sưng hạch tình cờ hoặc sau nhiễm Cúm hoặc sau Covid-19 phát hiện sưng hạch. Vị trí hạch nhiều gặp nhất là vùng cổ 90.5%; nách 7.6%; bẹn 1.9%. Hạch vùng cổ bên phải tỷ lệ nhiều nhất 55.2%, kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác [3, 8]. Về tổn thương phổi trên XQ tác giả Polesky 2005 [8] báo cáo là 38%, khi cấy MTB dịch soi phết quản tỷ lệ dương tính MTB là 41%. Nghiên cứu chúng tôi có bất thường trên XQ phổi là 7% nhưng không cấy dịch soi phết quản.

**4.2. Bằng chứng để chẩn đoán lao hạch ngoại vi.** Nghiên cứu của chúng tôi giá trị chẩn đoán mô bệnh học viêm lao điển hình 92.4% (97/105); LPA phát hiện 23.8%; và MGIT phát hiện 56.2%. Giá trị chẩn đoán mô học có độ nhạy cao, vừa loại trừ các bệnh khác của hạch như u hạch, di căn ung thư, viêm mạn tính... nhưng không thể phát hiện vi khuẩn lao, đặc biệt vi khuẩn lao kháng thuốc. Một số viêm hạch khác

cũng có đặc điểm mô bệnh giống lao như viêm hạch do nấm, do sarcoidose, do non-MTB. Nghiên cứu của Mihasi và cs cũng cho kết quả phát hiện MGIT 40%; PCR 60%. Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ FNA để lấy bệnh phẩm xét nghiệm nên kết quả phụ thuộc vào hạch viêm đa hoại tử chưa hoặc không lấy đúng vị trí hạch hoại tử [9]. Tại sao cấy mô hạch hoại tử phương pháp MGIT có tỉ lệ dương tính chỉ 56.2% mà không dương tính cao hơn? Có thể bệnh nhân đã điều trị thuốc lao 1 thời gian nên vi khuẩn lao đã bị diệt nên không thể mọc khi cấy, hoặc mẫu mô lấy để xét nghiệm không chứa vi khuẩn nên kết quả sẽ âm tính.

**4.3. Phân tích kết quả phẫu thuật.** Mục đích phẫu thuật là nạo viêm, làm sạch tổ chức hoại tử, lấy bệnh phẩm đúng vị trí tổn thương, tránh rò mủ kéo dài gây sẹo xấu cơ rúm da, ảnh hưởng đến tinh thần người bệnh. Làm rõ được vi khuẩn lao có kháng thuốc không, do đó bệnh nhân không phải điều trị lao kéo dài trên 12 tháng. Nghiên cứu chúng tôi, có 77/105 BN phẫu thuật nạo viêm, cắt bỏ hạch hoại tử, là lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn lao để phát hiện kháng thuốc lao. So sánh kết quả của FNA với sinh thiết hạch mở, tác giả Polesky và cs 2006 kết luận: FNA chẩn đoán 61% trong khi sinh thiết mở là 88%, MGIT dương tính với FNA là 62%, với sinh thiết phẫu thuật là 71%[3, 6]. Phẫu thuật nạo viêm có thể phải thực hiện nhiều lần vì hạch hoại tử nhiều vị trí khác nhau, thời điểm hoại tử không cùng nhau, hơn nữa đáp ứng viêm mỗi BN khác nhau[3]. Chăm sóc sau mổ, thay băng vết thương 1 tuần có 54/105 (51.4%); thay băng 2 tuần 46 (43.8%); thay băng 3 tuần là 4/105 (4.3%); 1/105 (1%) không thay băng. Kết quả của Lekhabal và cs (2020) tỉ lệ liền vết thương 2 tuần sau phẫu thuật là 100% [3].

**4.4. Về chỉ định phẫu thuật.** LHNV là bệnh nội khoa, điều trị cơ bản là thuốc chống lao. Phẫu thuật chỉ đặt ra khi hạch viêm hoại tử gây hoại tử da, rò mủ và đặc biệt nguy cơ kháng thuốc chống lao. Nghiên cứu của chúng tôi, có 77 (73.3%) BN lao hạch có hoại tử, nguy cơ hoại tử da, rò mủ nên có chỉ định phẫu thuật cắt hạch và nạo viêm. Các tác giả Lekhabal, Subramany, Polesky và cs cùng báo cáo tương tự về chỉ định phẫu thuật khi có hoại tử hoặc rò mủ [1, 3, 8]. Khi lâm sàng khó xác định là lao hạch hay ung hạch mặc dù đã FNA và các xét nghiệm khác hoặc cần sinh thiết hạch chẩn đoán type tế bào, làm hóa mô miễn dịch chẩn đoán nguồn gốc ung thư di căn cần chỉ định phẫu thuật sinh thiết hạch giúp chẩn đoán.

**4.5. Phát hiện kháng thuốc.** Việc phát hiện kháng thuốc có vai trò quyết định điều trị khỏi hay không, thời gian kéo dài hay không và cần phải thay đổi phác đồ sớm. Theo báo cáo của Lekhabal và cs (2020) [3] tỉ lệ kháng thuốc lao chung là 11.5%. Nghiên cứu chúng tôi, kháng rifampicin là 1.7%, isoniazid là 20.3%, không đều nhau giữa các thuốc kháng lao hàng 1.



**Ảnh 1: Bệnh nhân Bùi Thu Tr. 32 tuổi. Lao hạch có hoại tử.**

*Chú thích: hoại tử da, rò mủ (mũi tên cam).*

## V. KẾT LUẬN

1. Phẫu thuật vừa có vai trò nạo viêm, làm sạch ổ mủ lao, lấy mô xét nghiệm phát hiện lao kháng thuốc vừa giúp sinh thiết chẩn đoán định typ mô bệnh, bản chất của ung thư hạch hay di căn hạch.

2. Lấy mẫu bệnh phẩm đủ tiêu chuẩn cấy vi khuẩn lao để phát hiện kháng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Subrahmanyam, M.** (1993), "Role of surgery and chemotherapy for peripheral lymph node tuberculosis", Br J Surg. 80(12), pp. 1547-8
2. **Campbell, I. A. and Dyson, A. J.** (1977), "Lymph node tuberculosis: a comparison of various methods of treatment", Tubercle. 58(4), pp. 171-9
3. **Lekhabal, A., et al.** (2020), "Treatment of cervical lymph node tuberculosis: When surgery should be performed? A retrospective cohort study", Ann Med Surg (Lond). 55, pp. 159-163
4. **Jawahar, M. S.** (2000), "Scrofula revisited: an update on the diagnosis and management of tuberculosis of superficial lymph nodes", Indian J Pediatr. 67(2 Suppl), pp. S28-33
5. **Jawahar, M. S., et al.** (2005), "Treatment of lymph node tuberculosis--a randomized clinical trial of two 6-month regimens", Trop Med Int Health. 10(11), pp. 1090-8
6. **Li, Q., et al.** (2021), "[Clinical analysis of lateral cervical approach in the treatment of cervical lymphatic tuberculosis complicated with parapharyngeal space abscess]", Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 35(7), pp. 593-598
7. **Mihashi, H., et al.** (2012), "[A clinical study on cervical tuberculous lymphadenitis: the position of a low invasive needle aspiration procedure for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis]", Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. 115(12), pp. 1037-42
8. **Polesky, A., Grove, W., and Bhatia, G.** (2005), "Peripheral tuberculous lymphadenitis: epidemiology, diagnosis, treatment, and outcome", Medicine (Baltimore). 84(6), pp. 350-362.