Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 65, No. 1, 65-70

SURGICAL TREATMENT OF PERIPHERAL TUBERCULOSIS IN NATIONAL LUNG HOSPITAL

Nguyen Xuan Dien*, Dam Toa

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

Received: 02/10/2023
Revised: 11/11/2023; Accepted: 20/12/2023

ABSTRACT

Background: Peripheral lymphadenopathy is the most common disease in extrapulmonary TB diseases, TB bacteria follow the lymph node route to the lymph nodes, causing lymphadenitis, swollen lymphadenopathy, persistent lymphadenopathy. Diagnosing peripheral lymphadenopathy is difficult, especially requiring evidence of TB bacteria. The surgical treatment resolves the complication of lymph node abscess, avoids scars, bad shrinkage, heavy aesthetic effects.

Objectives: 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 detection of drug resistance.

Results: 105 patients, 67 women, 38 men, mean age 32.26 ± 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. Multidrug resistance has four patients with rifampicin (4/59); The most resistant drugs are Streptomycin and Isoniazid.

Conclusion: Surgical treatment of peripheral lymph node TB achieves 2 goals: 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.

*Corressponding author
Email address: chirnguyenxuandien@gmail.com
Phone number: (+84) 988 562 581
https://doi.org/10.52163/yhc.v65i1.882

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT LAO HẠCH NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Diễn*, Đàm Tọa

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Đ. Hoàng Hoa Thám, Vĩnh Phú, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02 tháng 10 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 11 tháng 11 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 12 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao hạch ngoại vi là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh lao ngoài phổi, vi khuẩn lao theo đường bạch huyết đến hạch, gây viêm hạch, sưng hạch, rò mủ hạch dai dẳng. Chẩn đoán lao hạch ngoại vi còn nhiều khó khăn, đặc biệt là cần bằng chứng vi khuẩn lao. Việc điều trị phẫu thuật giải quyết biến chứng áp xe hạch tránh sẹo co rúm xấu ảnh hưởng thẩm mỹ nặng nề.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật trong điều trị lao hạch ngoại vi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện không xác suất, có 105 bệnh nhân 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 đều được điều trị bằng thuốc chống lao theo phác đồ của Chương trình Chống lao Quốc Gia là 12 tháng (2RHZE/10RHE).

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 105 bệnh nhân có 67 nữ, 38 nam, tuổi TB của bệnh nhân là 32.26 ± 12.1; Tỷ lệ bệnh nhân có vị trí hạch cổ là 97/105 (92.4%), trong đó, hạch cổ phải nhiều hơn cổ trái (tương ứng là 58 và 36), 77 bệnh nhân hạch viêm hoại tử có mủ, 28 bệnh nhân 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. Số bệnh nhân kháng đa kháng thuốc là 4/59 (6.78%)trong đókháng nhiều nhất là Streptomycin (59.32%) và Isoniazid (20.33%). 51.4% bệnh nhân cóthời gian chăm sóc vết thương nhiễm trùng trung bình 2 tuần .

Kết luận: Phẫu thuật điều trị lao hạch ngoại vi đạt 2 đích: (1) Giải quyết các biến chứng của lao hạch ngoại vi và (2) Làm xét nghiệm phát hiện kháng thuốc để kịp thời điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp.

Từ khóa: Lao hạch cổ; viêm hạch ngoại vi rò mủ; bệnh tràng nhạc.

*Tác giả liên hệ
Email: chirnguyenxuandien@gmail.com
Điện thoại: (+84) 988 562 581
https://doi.org/10.52163/yhc.v65i1.882

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao hạch ngoại vi (LHNV) là bệnh do vi khuẩn lao Mycobacteria tuberculosis (MTB) gây ra, bệnh gặp nhiều 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 bệnh nhân 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% bệnh nhân 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 lần 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.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả bệnh nhân có sưng hạch ngoại vi, hoặc đang điều trị lao hạch có 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. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Phổi Trung ương

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ 1/6/2020 đến 30/6/ 2021

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện không xác suất

- Cỡ mẫu:

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2} \quad (1)$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy = 1,96 với α=0,05.

p: Tỷ lệ ước lượng tỉ lệ kháng thuốc lao (p = 0,07)

d: Là sai số mong muốn hoặc sai số cho phép (d=0,05).

- Ta ước cỡ mẫu như sau:

$n = 1.96^2 \times 0.07 \times (1-0.07) / 0.05^2 = 101$

- Lựa chọn mẫu thuận tiện không xác suất đến khi đủ 101 bệnh nhân

- Thực tế thu thập được 105 bệnh nhân

2.6. Phương tiện nghiên cứu

- Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám, có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân đồng ý phẫu thuật, làm các xét nghiệm về nuôi cấy vi khuẩn lao, xét nghiệm kháng thuốc, mô bệnh.

- Thiết kế các biến theo bệnh án mẫu.

- Các biến nghiên cứu: Các đặc điểm chung về tuổi, giới. Đặc điểm lâm sàng; vị trí hạch (cổ, nách, bẹn); cổ trái, cổ phải; 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; phẫu thuật nạo viêm, sinh thiết hạch.

- Điều trị lao 12 tháng theo phác đồ 2RHZE/10RHE của Chương trình chống lao Quốc Gia khi có chẩn đoán lao hạch, bằng chứng mô bệnh học hoặc vi khuẩn.

- Cách thức phẫu thuật: Thực hiện trong phòng mổ, bệnh nhân 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 bấc (gạc) rút sau 24 giờ. Rửa vết thương và thay băng hằng ngày.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Nhập số liệu, xử lý số liệu nhờ sự hỗ trợ của phần

mềm SPSS 16.0

2.8. Chỉ số, biến số nghiên cứu

Đánh giá kết quả phẫu thuật trong điều trị lao hạch ngoại vi theo các tiêu chuẩn sau:

- Nạo viêm: làm sạch tổ chức hoại tử, tránh rò mủ kéo dài, không gây sẹo xấu co rúm da, ảnh hưởng đến tính thần và thẩm mỹ của người bệnh.

- Lấy bệnh phẩm: Đúng vị trí tổn thương,

- Xét nghiệm bệnh phẩm: Làm rõ được vi khuẩn lao có kháng thuốc không để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp

2.9. Đạo đức nghiên cứu

- Bệnh nhân được giải thích rõ, hiểu rõ về điều trị bệnh lao hạch, về các kĩ thuật điều trị phẫu thuật, các tai biến, biến chứng có thể xảy ra và cách khắc phục khác biến cố đó. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các kĩ thuật, phác đồ điều trị đã được BYT phê duyệt và đang thực hiện tại Bệnh viên Phổi Trung ương.

3. 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 tuổi; thấp nhất 15; cao nhất 64 tuổi. Có 95 bệnh nhân hạch cổ (90.5%); 8 hạch nách (7.6%); 2 ca hạch bẹn (1.9%). Phẫu thuật nạo viêm có 77 bệnh nhân (73.3%); và 28 bệnh nhân (26.7%) mổ sinh thiết hạch xét nghiệm chẩn đoán. Tổn thương lao phổi trên phim XQ có 7 bệnh nhân (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 bệnh nhân 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, trong đó hạch bên phải (58 bệnh nhân) nhiều hơn bên trái (36 bệnh nhân)

Bảng 3.3. Tỉ lệ kháng thuốc trong 59 bệnh nhân có MGIT dương tính

MGIT- KSĐ	Streptomycin	Isoniazid	Rifampicin	Ethambutol
Kháng	31	12	4	3
Nhạy	28	47	55	56
Tổng	59	59	59	59

Nhận xét: Trong 59 bệnh nhân làm MGIT dương tính MTB, kháng sinh đồ kháng đa thuốc là 4/59 (6.7%)

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
Tỉ lệ %	43.8%	51.4%	3.8%	1%

Nhận xét: Thời gian thay băng, chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật trung bình là 1 tuần (43,8%); 2 tuần (51,4%); 3 tuần (3,8%) và 4 tuần (1,0%)

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Qua nghiên cứu 105 bệnh nhân LHNV chúng tôi thấy tỉ 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, bệnh nhân 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, vã mồ hôi trộm, cảm thấy đau nhẹ vùng hạch sưng[6, 7],. Nghiên cứu của chúng tôi có 5/105 bệnh nhân (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 tỉ 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 phế quản tỉ lệ dương tính MTB là 41%. Nghiên cứu chúng tôi có bất thường trên XQ phổi là 7% nhưng không xét nghiệm đờm, không cấy dịch soi phế quản.

4.2. Kết quả xét nghiệm

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 vị 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 bất hoạt nên không thể mọc khi cấy, hoặc mẫu mô lấy để xét nghiệm không chứa vị khuẩn nên kết quả sẽ âm tính.

4.3. Hiệu quả của 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 co 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 bệnh nhân 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 bệnh nhân 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 nội khoa cơ bản bằng 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%) bệnh nhân 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, Subrammany, 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. Vấn đề kháng thuốc chống lao

Việc phát hiện kháng thuốc có vai trò quyết định điều trị khỏi bệnh hay không, thời gian kéo dài hay không, tác dụng phụ của thuốc nếu dùng phác đồ kháng thuốc 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 4/59 (6.78%), isoniazid là 20.3%, không đều nhau giữa các thuốc kháng lao hàng 1. Nhưng đã kháng Rifampicin được coi là đa kháng thuốc.

Bệnh nhân Bùi Thu Tr. 32 tuổi. Lao hạch cổ phải.

Chú thích: Hoại tử da, rò mủ, sẹo xấu (mũi tên).

5. 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 mô bệnh học.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Subrahmanyam M, Role of surgery and chemotherapy for peripheral lymph node tuberculosis, Br J Surg; 80(12), 1993, pp. 1547-8

[2] Campbell IA, Dyson AJ, Lymph node tuberculosis: a comparison of various methods of treatment, Tubercle; 58(4), 1977, pp. 171-9

[3] Lekhbal A et al., Treatment of cervical lymph node tuberculosis: When surgery should be performed? A retrospective cohort study, Ann Med Surg (Lond); 55, 2020, pp. 159-163

[4] Jawahar MS, Scrofula revisited: an update on the diagnosis and management of tuberculosis of superficial lymph nodes", Indian J Pediatr; 67(2 Suppl), 2000, pp. S28-33

[5] Jawahar MS et al., Treatment of lymph node tuberculosis--a randomized clinical trial of two 6-month regimens, Trop Med Int Health. 10(11), 2005, pp. 1090-8

[6] Li Q et al., 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), 2021, pp. 593-598

[7] Mihashi H et al., 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), 2012, pp. 1037-42

[8] Polesky A, Grove W, Bhatia G., Peripheral tuberculous lymphadenitis: epidemiology, diagnosis, treatment, and outcome, Medicine (Baltimore). 84(6), 2005, pp. 350-362

[9] Chahed H et al., Paradoxical reaction associated with cervical lymph node tuberculosis: predictive factors and therapeutic management, Int J Infect Dis. 54, 2017, pp. 4-7