

LAO PHÚC MẠC KHÔNG TRIỆU CHỨNG PHÁT HIỆN QUA PHẪU THUẬT RUỘT THỪA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trần Thị Ngọc¹, Nguyễn Mạnh Quyết²,
Nguyễn Thị Tuyết Trinh¹, Vũ Tiến Tùng^{1*}

TÓM TẮT

Lao phúc mạc (Peritoneal tuberculosis – TB) là một trong những thể lao ngoài phổi khó chẩn đoán nhất. Bệnh nhân thường biểu hiện với các triệu chứng không đặc hiệu và có thể không có các yếu tố nguy cơ dịch tễ học rõ ràng. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 53 tuổi vào viện vì đau hố chậu phải ngày thứ 2; qua khám lâm sàng và làm các xét nghiệm người bệnh được chẩn đoán Viêm ruột thừa ngày thứ 2. Trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, phát hiện toàn bộ phúc mạc ổ bụng có nhiều nhân dạng hạt kê rải rác. Lấy sinh thiết các nhân phúc mạc; dịch ổ bụng và mẫu ruột thừa làm giải phẫu bệnh cho kết quả xác định tổn thương viêm lao đặc hiệu. Dựa trên kết quả này, bệnh nhân được chẩn đoán lao phúc mạc/sau mổ nội soi cắt ruột thừa viêm và điều trị theo phác đồ chống lao. Thông qua ca lâm sàng này, chúng tôi đã tiến hành hồi cứu các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng có giá trị trong chẩn đoán lao phúc mạc, kết hợp với các phương pháp đã được đề cập trong tài liệu y học trước đó. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cảnh giác với lao phúc mạc khi gặp các trường hợp bụng cấp tính không điển hình.

Từ khóa: Lao phúc mạc; thể lao ngoài phổi

ASYMPTOMATIC PERITONEAL TUBERCULOSIS DETECTED DURING APPENDECTOMY: A CASE REPORT

ABSTRACT

Peritoneal tuberculosis (PT) is a difficult diagnosis to render. Patients often present with non-specific symptoms and may not have clear epidemiological risk factors for *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). This article details the case of a 53-year-old male who presented with right iliac fossa pain on day two, initially diagnosed as acute appendicitis based on clinical examination

and tests. However, during a laparoscopic appendectomy, surgeons made a crucial discovery: the entire peritoneum was covered with numerous scattered miliary nodules. Following this finding, biopsies of the peritoneal nodules, peritoneal fluid, and the resected appendix were sent for histopathological examination. The results confirmed specific tuberculous inflammation. Based on these findings, the patient was accurately diagnosed with peritoneal tuberculosis/ post-laparoscopic appendectomy for inflamed appendix and promptly started on an anti-tuberculosis treatment regimen. Analysis of this clinical case allowed us to retrospectively review valuable clinical and paraclinical signs pertinent to diagnosing peritoneal tuberculosis, integrating them with previously documented medical literature. This case highlights the need to maintain a high index of suspicion for peritoneal tuberculosis, particularly in atypical acute abdominal presentations.

Keywords: tuberculosis; peritoneal tuberculosis; extrapulmonary tuberculosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao phúc mạc là loại lao ổ bụng phổ biến nhất, chiếm từ 5% đến 16,6% các trường hợp lao ngoài phổi [1]. Bệnh phổ biến ở nữ giới hơn nam giới (tỷ lệ 1,5:1); thường gặp ở độ tuổi 30 – 40 [2]. Bệnh lao phúc mạc thường đi kèm với các thể lao ổ bụng khác, phát triển sau khi vỡ các hạch bạch huyết mạc treo bị hoại tử hoặc do sự lan rộng từ các cơ quan lân cận. Cơ chế bệnh sinh phổ biến nhất của bệnh này là sự tái hoạt động của lao tiềm ẩn [3].

Chẩn đoán lao phúc mạc dựa trên: (1) xét nghiệm nhuộm soi hoặc nuôi cấy AFB dương tính từ dịch ổ bụng, nước tiểu hoặc mẫu sinh thiết (chẩn đoán vi sinh); (2) phát hiện u hạt hoại tử bã đậu trên mẫu sinh thiết (chẩn đoán mô học); (3) biểu hiện điển hình và đáp ứng tốt với thuốc chống lao (chẩn đoán lâm sàng); hoặc (4) nghi ngờ lâm sàng cao ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ và đáp ứng tốt với thuốc chống lao (chẩn đoán lâm sàng). Khi lao phúc mạc không thể chẩn đoán bằng sinh thiết, tiêu chuẩn adenosine deaminase dịch ổ bụng cao (> 33 IU/L) được sử dụng để chẩn đoán lâm sàng. Chẩn đoán

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

* Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tiến Tùng

Email: bstungvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/6/2025

Ngày phản biện: 14/9/2025

Ngày duyệt bài: 17/9/2025

xác định được định nghĩa là bằng chứng vi sinh hoặc mô học về *M. tuberculosis* [2].

Thách thức chẩn đoán lao phúc mạc nằm ở tính không đặc hiệu và đa dạng của triệu chứng lâm sàng, khiến bệnh dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý bụng cấp tính hoặc mạn tính khác. Bệnh thường tiến triển âm thầm, dẫn đến chẩn đoán muộn và nguy cơ phát triển các biến chứng nghiêm trọng như tắc ruột hoặc suy đa cơ quan. Trên thực tế, nhiều trường hợp lao phúc mạc chỉ được phát hiện tình cờ trong quá trình phẫu thuật hoặc sau khi có kết quả mô học của mẫu bệnh phẩm [4].

Do tính chất phức tạp và gánh nặng tiềm tàng của bệnh, việc chẩn đoán xác định được bệnh là vô cùng cần thiết. Nội soi ổ bụng chẩn đoán kết hợp sinh thiết phúc mạc được coi là tiêu chuẩn vàng, cung cấp khả năng quan sát trực tiếp tổn thương và thu thập mẫu để xét nghiệm mô học, tế bào học, vi sinh học và sinh học phân tử, đảm bảo chẩn đoán chính xác và kịp thời điều trị [5].

Chúng tôi xin báo cáo lại trường hợp lao phúc mạc không triệu chứng phát hiện tình cờ ở người bệnh nam, 53 tuổi và thảo luận về giá trị các phương pháp chẩn đoán. Người bệnh đã được giải thích rõ và đồng thuận trong toàn bộ quá trình điều trị, chăm sóc. Các thông tin bệnh nhân được đảm bảo, kết quả được công bố phục vụ mục đích khoa học và không phục vụ mục đích khác.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 53 tuổi nhập cấp cứu với lý do đau âm ỉ liên tục ở hố chậu phải trong hai ngày, có lúc lan sang hố chậu trái và tăng lên thành từng cơn. Đáng chú ý, bệnh nhân không có các triệu chứng đi kèm như sốt, buồn nôn, nôn, đại tiểu tiện bình thường.

Về tiền sử, bệnh nhân được ghi nhận mắc viêm gan B mạn tính và đang tuân thủ điều trị kháng virus đều đặn trong nhiều năm. Trong quá trình khai thác bệnh sử, bệnh nhân phủ nhận các triệu chứng hô hấp (ho, đau ngực), các biểu hiện toàn thân thường gặp của lao (sốt về chiều, mệt mỏi, sụt cân), cũng như không có đau bụng lan tỏa hay các rối loạn tiêu hóa khác. Bệnh nhân hiện đang làm nghề thợ khai thác mỏ đá, không hút thuốc lá, và không xác định được các yếu tố nguy cơ dịch tễ rõ ràng liên quan đến bệnh lao.

Tại bệnh viện, người bệnh được thăm khám lâm sàng thấy: Tỉnh táo; sinh hiệu ổn định (Mạch: 90, huyết áp: 120/80 mmHg; Nhiệt độ: 37,5°C), bụng chướng nhẹ; ấn đau điểm Mc Burney; có phản ứng

thành bụng hố chậu phải; không có cảm ứng phúc mạc; không có dấu hiệu cổ trướng. Thể trạng trung bình (BMI 22,03).

Kết quả cận lâm sàng cho thấy:

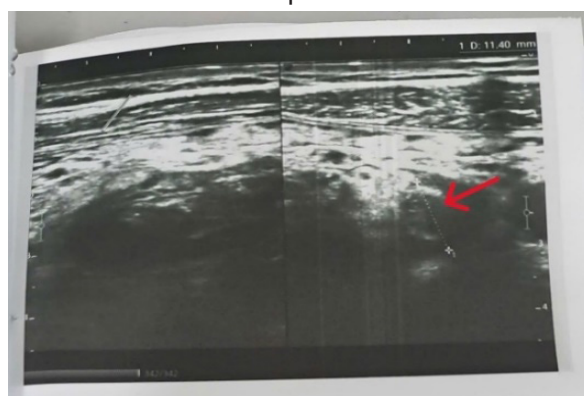
- Siêu âm: Vùng hạ vị có lớp dịch dày 11 mm; vùng HCP có hình ảnh quai ruột tịt thành dày đường kính 11 mm; trong có sỏi phân; xung quanh có thâm nhiễm kèm lớp dịch mỏng; lân cận có vài hạch.

- Chụp CLVT ổ bụng: Ruột thừa đường kính 10 mm; thành dày; ứ dịch; thâm nhiễm mỡ lân cận; có sỏi phân.

- Kết quả Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi : WBC 8,32 (G/l); NEU% 69,3 %; LYM 18,1%.

- X-quang ngực thẳng không thấy hình ảnh tổn thương phổi.

- HBsAg test nhanh; HCV Ab test nhanh; HIV Ab test nhanh đều cho kết quả âm tính



Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ bụng quai ruột thừa thành dày đường kính 11 mm của người bệnh

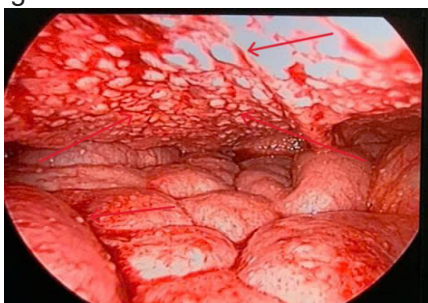


Hình 2. Hình ảnh CLVT ổ bụng Ruột thừa đường kính 10 mm; thành dày; ứ dịch; thâm nhiễm mỡ lân cận; có sỏi phân



Hình 3. Hình ảnh X-quang ngực thẳng của người bệnh

Người bệnh được chẩn đoán Viêm ruột thừa ngày 2 và được chỉ định mổ cấp cứu. Trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm; kiểm tra phúc mạc ổ bụng có nhiều nhân dạng hạt kê kích thước từ 1- 6 mm (theo dõi lao phúc mạc/chứa loại trừ nhân di căn phúc mạc); ổ bụng có dịch tiết hồng nhạt; ruột thừa căng mủ chưa vỡ; có sỏi phân; các tạng khác kiểm tra ngoài sơ bộ chưa phát hiện tổn thương thêm. Tiến hành cắt ruột thừa qua nội soi; cầm máu mạc treo ruột thừa; lấy nhân phúc mạc làm giải phẫu bệnh và xét nghiệm lao; lấy dịch ổ bụng nhuộm soi và xét nghiệm lao; lấy ruột thừa làm giải phẫu bệnh; lau rửa sạch ổ bụng; đặt 01 dẫn lưu douglas.



Hình 4. Hình ảnh phúc mạc ổ bụng nhiều nhân lớn nhon như hạt kê của người bệnh



Hình 5. Hình ảnh ruột thừa viêm của người bệnh
Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

- Nhân phúc mạc : Đại thể bệnh phẩm gồm nhiều mảnh kích thước từ 1,2 x 0,6 cm đến 2,5x1cm cắt qua thấy màu trắng, mật độ chắc. Vi thể nhuộm hai màu Hematoxyline – Eosin: Trên bản nhuộm HE mảnh cắt là tổ chức xơ mỡ, rải rác có ổ viêm hạt, trung tâm là tổ chức hoại tử thuần nhất, ngoại

vi là các tế bào viêm lympho bào, tế bào bán liên, tế bào khổng lồ nhiều nhân. Không thấy tế bào ác tính. Chẩn đoán giải phẫu bệnh : Tổ chức viêm lao

- Ruột thừa: Đại thể bệnh phẩm kích thước từ 6 x 2 cm niêm mạc nhẵn lòng chứa chất màu xanh, thanh mạc nhiều vùng cứng chắc. Vi thể nhuộm hai màu Hematoxyline – Eosin: Trên bản nhuộm HE mảnh cắt là ruột thừa, lớp biểu mô lợp bởi các tế bào nhân tròn đều, lành tính, thanh mạc rải rác có ổ viêm hạt, trung tâm là tổ chức hoại tử thuần nhất, ngoại vi là các tế bào viêm lympho bào, tế bào bán liên, tế bào khổng lồ nhiều nhân. Không thấy tế bào ác tính. Chẩn đoán giải phẫu bệnh : Tổ chức lao thanh mạc ruột thừa.

- Dịch ổ bụng : Nhuộm soi thấy hình thể trực khuẩn Gram âm (+); trực khuẩn Gram dương (+); bạch cầu (++). Nhuộm Ziehl-neelsen không thấy trực khuẩn kháng cồn kháng toan. Bạch cầu (++).

Kết quả phù hợp với hình ảnh lâm sàng.

Người bệnh được chẩn đoán Lao phúc mạc/ sau mổ nội soi cắt ruột thừa viêm; người bệnh được theo dõi và điều trị theo hướng giảm đau; kháng sinh; bù dịch. Dẫn lưu ổ bụng ra ít dịch tiết hồng nhạt; giảm dần qua các ngày; đủ điều kiện rút vào ngày thứ 5. Trong quá trình điều trị hậu phẫu; người bệnh diễn biến tốt; không có triệu chứng bất thường. Người bệnh được xuất viện vào ngày thứ 7 và chuyển điều trị tại bệnh viện Phổi Nam Định. Tại đây người bệnh được làm các xét nghiệm và được chẩn Lao phổi âm tính về vi khuẩn học và mô học; lao phúc mạc; lao ruột. Người bệnh được điều trị theo phương pháp : Kháng sinh – điều trị triệu chứng – thuốc chống lao – trợ lực.

III. BÀN LUẬN

Trong trường hợp lâm sàng này, bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng hoặc yếu tố nguy cơ liên quan đến lao phúc mạc. Việc phát hiện bệnh hoàn toàn tình cờ khi bệnh nhân nhập viện do các triệu chứng của viêm ruột thừa; được nội soi ổ bụng điều trị thấy tổn thương đại thể hình ảnh gợi ý đến lao phúc mạc là các nhân nhỏ màu trắng vàng dạng hạt kê rải rác trên bề mặt phúc mạc. Về mặt đại thể lao phúc mạc có những dạng tổn thương sau: Phúc mạc viêm đỏ phù nề, xuất tiết dịch (1). Thể hạt, trên toàn bộ bề mặt hai lá phúc mạc có những nốt kê, là những nốt nhỏ như đầu đinh ghim, màu trắng, đều nhau, rải rác hoặc tụ lại thành từng đám (2). Những đám bã đậu do các tổn thương lao nhuễn hóa. Đôi khi các đám bã đậu này khu trú lại thành ổ áp xe, phá ra thành bụng hoặc rò ra bụng (3). Tổn thương xơ, những dải xơ, đám xơ ở thành bụng gây dính và co kéo phúc mạc và các cơ quan trong ổ bụng (4). Đáng chú ý, thể

hạt thường có biểu hiện tương tự như nhân di căn trong ung thư phúc mạc, u trung biểu mô phúc mạc (Peritoneal mesothelioma); bệnh amyloidosis gây khó khăn lớn trong chẩn đoán phân biệt [6]. Hình ảnh lâm sàng trong trường hợp này có thể nghĩ tới thể hạt của lao phúc mạc nhưng cũng chưa thể loại trừ nhân di căn phúc mạc do thể hạt (“khô”) là các tổn thương dạng khảm, các hạt trắng (1-6mm) trên phúc mạc, dễ nhầm với di căn ung thư [7]. Chẩn đoán lao phúc mạc bằng mắt thường trong quá trình nội soi có độ chính xác rất cao, lên đến 95% các trường hợp [8]. Kết quả giải phẫu bệnh với hình ảnh vi thể các hình ảnh đặc trưng của tổn thương viêm lao giúp khẳng định chẩn đoán lao phúc mạc và loại trừ nhân di căn phúc mạc. Trong trường hợp này chúng tôi lưu ý về con đường lây nhiễm của vi khuẩn lao đến phúc mạc; đặt ra vấn đề nguồn gốc của ổ lao; liệu rằng đây có phải một ổ lao thứ phát xuất phát từ phổi. Trên X-quang ngực của người bệnh không thấy tổn thương phổi. Trong các tài liệu y văn trước đây các tác giả cho rằng lao phúc mạc là kết quả của sự tái hoạt động các ổ lao tiềm ẩn được hình thành trong phúc mạc. Những ổ nhiễm này thường xuất hiện do vi khuẩn lan theo đường máu đến các hạch bạch huyết mạc treo từ một ổ lao phổi [9]. Tuy nhiên, khi hồi cứu lại loạt nghiên cứu gần đây, bệnh lao phổi hoạt động chỉ hiện diện ở 17,9% bệnh nhân. Phát hiện này tương đồng với sự liên quan của lao ruột và lao phổi, đồng thời nhấn mạnh rằng phim X-quang ngực bình thường không loại trừ chẩn đoán các dạng lao ổ bụng. Ca lâm sàng này cũng có thể coi là một trường hợp củng cố cho nhận định của các nghiên cứu gần đây. Trong lâm sàng, nên nghĩ đến lao phúc mạc khi bệnh nhân có hình ảnh nội soi ổ bụng thấy các nốt kê màu trắng vàng trên bề mặt phúc mạc là dấu hiệu gợi ý mạnh mẽ, ngay cả khi X-quang phổi bình thường. Đồng thời dựa vào sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh để phân biệt với các bệnh lý ác tính như ung thư.

IV. KẾT LUẬN

Lao phúc mạc là một thể lao ngoài phổi hiếm gặp, thường khó chẩn đoán do các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh lý bụng khác đặc biệt là ung thư di căn phúc mạc. Thách thức này càng lớn hơn khi bệnh nhân không có các yếu tố dịch tễ rõ ràng của Mycobacterium tuberculosis. Vì vậy các bác sĩ lâm sàng cần cảnh giác với lao phúc mạc khi gặp đau bụng cấp không điển hình. Do tính chất phức tạp của bệnh, đặc biệt là khó phân biệt với các tình trạng nghiêm trọng khác, sự phối hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và các xét nghiệm chuyên biệt là chìa khóa để đạt

được kết quả tối ưu. Để đưa ra chẩn đoán chính xác và kịp thời, các phương pháp cận lâm sàng đóng vai trò vô cùng quan trọng; trong số đó, nội soi ổ bụng chẩn đoán kết hợp sinh thiết phúc mạc được xem là tiêu chuẩn vàng. Kỹ thuật này không chỉ cho phép quan sát trực tiếp các tổn thương đặc trưng của phúc mạc mà còn cung cấp mẫu mô để xác nhận chẩn đoán mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hammami F, Ben Ayed H, Koubaa M, Chakroun A, Hsairi M, Smaoui F, et al. Clinical, laboratory and evolutionary features of abdominal tuberculosis in comparison with other forms of extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Tuberc.* 2022 Apr;69(2):184–90.
2. Cho JK, Choi YM, Lee SS, Park HK, Cha RR, Kim WS, et al. Clinical features and outcomes of abdominal tuberculosis in southeastern Korea: 12 years of experience. *BMC Infect Dis.* 2018 Dec 27;18(1):699.
3. Tobin EH, Khatri AM. *Abdominal Tuberculosis*. 2025 Feb 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan—. PMID: 32310575.
4. Moidunova NK, Kalmambetova GI, Usubalieva EU, Omuralieva GO. Clinical case of late diagnosis of abdominal tuberculosis. *Sci Pract J Healthc Kyrg.* 2022;(2):155-158. doi:10.51350/zdravkg20226223155
5. Plotkin DV, Sinitsyn MV, Reshetnikov MN, Kharitonov SV, Skopin MS, Sokolina IA. Tuberculous peritonitis. “Forgotten” disease. *Khirurgiya Zhurnal Im NI Pirogova.* 2018;(12):38.
6. Plotkin DV, Sinitsyn MV, Reshetnikov MN, Kharitonov SV, Skopin MS, Sokolina IA. Tuberculous peritonitis. “Forgotten” disease. *Khirurgiya Zhurnal Im NI Pirogova.* 2018;(12):38. doi:10.17116/hirurgia20181213
7. Loginov VA. The creative heritage of I.V. Davydovsky (1887-1968) (on the occasion of the 130th anniversary of his birthday). *Russian Journal of Archive of Pathology.* 2017;79(4):6164. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/patol201779461-64>
8. Terras Alexandre A, Raimundo S, Pinto C. Peritoneal tuberculosis – A rare diagnosis. *Pulmonology.* 2017;23(3):172-173. doi:10.1016/j.rppnen.2017.02.002.
9. Vaid U, Kane GC. 2017. Tuberculous Peritonitis. *Microbiol Spectr* 5:10.1128/microbiolspec.tnmi7-0006-2016. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.tnmi7-0006-2016>