

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ ประสบการณ์ 5 ปี ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

ปราโมทย์ อัมพรสิทธิกุล

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี

## บทคัดย่อ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ เป็นวัณโรคนอกปอดที่พบบ่อยที่สุด การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อวัณโรคปอดร่วมด้วย โดยเฉพาะการกระจายของตำแหน่งกลุ่มต่อมน้ำเหลืองเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ การเก็บตัวอย่างเพื่อวินิจฉัย สูตรการรักษาและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และไม่ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาจากผู้ป่วย 128 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551

โดยพบเป็นหญิง 70 ราย ชาย 58 ราย ช่วงอายุ 15-50 ปี เป็นช่วงที่พบบ่อยสุด ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย 44 ราย (34.4%) พบมีวัณโรคปอดร่วมด้วย 30 ราย (23.4%) Posterior triangle nodes เป็นกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่พบบ่อยสุด (43.1%) เป็นข้างเดียวมากกว่า (82%) และพบในต่อมน้ำเหลืองกลุ่มเดียวมากที่สุด (73.4%) ใช้วิธีผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง (conventional biopsy) ในการเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อมากที่สุด จำนวน 108 ราย (84.4%) ผลการรักษาโดยใช้ CAT III และ CAT I ในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนข้างดี (ครบ หาย 85.7%) แต่ในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการรักษาไม่ดี มีปัญหาการคืบยา และอัตราตายระหว่างรักษาสูงกว่ากลุ่มแรกอย่างชัดเจน

**คำสำคัญ:** วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ, เอชไอวี

## บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มจากเดิมเนื่องจากมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น การติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ.

2534 เป็นร้อยละ 27.0 ใน พ.ศ. 2546 แม้จะลดลงมาเป็นร้อยละ 20 ใน พ.ศ. 2550 สำหรับประเทศไทยได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 556,848 คน ในปี 2550 และประมาณ 185,000 คน มีการติดเชื้อวัณโรคแล้ว<sup>(1)</sup>

นอกจากการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี จะ

ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย ยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวีร่วมด้วย ใน พ.ศ. 2548 อัตราตายในผู้ป่วย วัณโรคทุกประเภทที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 28 ในขณะที่ผู้ป่วยดังกล่าวที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าตายเพียง ร้อยละ 7<sup>(1)</sup>

สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบมีอัตราการติดเชื้อวัณโรคปอด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 1.06 ใน พ.ศ. 2551 และมีอัตราการติดเชื้อวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Tuberculous Cervical Lymphadenitis, TCL) เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และยังพบว่ามีการติดเชื้อ เอชไอวีร่วมกับวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.42 ใน พ.ศ. 2544 เป็นมากกว่าร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2551

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาถึงวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ เกี่ยวกับพฤติกรรมการเกิดโรคโดยทั่วไป โดยศึกษาการกระจายของตำแหน่งกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่เกิดโรค ผลการรักษา และอัตราตายเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อแสดงถึงผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีตลอดจนทางเลือกในการเก็บตัวอย่างเพื่อการวินิจฉัยโรค เพื่อลดความเสี่ยงต่อบุคลากร

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ (Tuberculous Cervical Lymphadenitis, TCL) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 เป็นเวลา 5 ปี จำนวน 128 ราย โดยศึกษาจากผลการตรวจเนื้อเยื่อ ไบบันทิกการผ่าตัด และเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในและนอก เกี่ยวกับ อายุ เพศ การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อวัณโรคปอดร่วมด้วย การกระจายของตำแหน่ง

ของกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่ติดเชื้อ การวินิจฉัย การรักษา รวมถึงผลการรักษา

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล

### ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยทั้งหมด 128 ราย เป็นหญิง 70 ราย (54.7%) ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่พบ คือ 2 ปี มากที่สุดคือ 82 ปี พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-50 ปี

พบผู้ป่วย 44 ราย ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย แบ่งเป็นชาย 33 ราย หญิง 11 ราย คิดเป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง 3:1 (ตารางที่ 1)

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วย 30 ราย (23.4%) มีการติดเชื้อวัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis) ร่วมด้วย โดยพบในรายที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย 21 ราย ที่เหลืออีก 9 ราย ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี

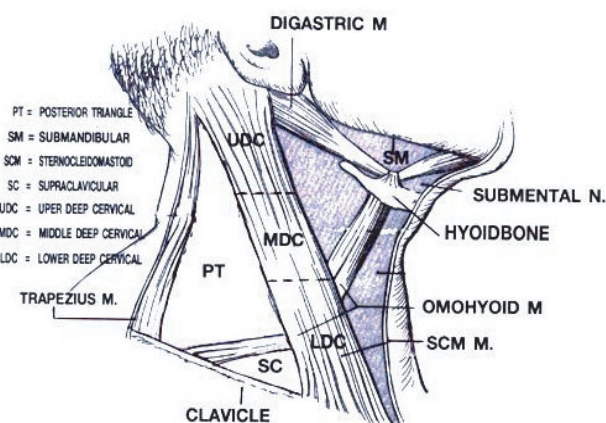
โดยอาศัยการแบ่งกลุ่มต่อมน้ำเหลืองตาม Rouviere<sup>(4)</sup> ซึ่งแบ่งต่อมน้ำเหลืองออกเป็น 10 กลุ่ม ได้แก่ Occipital, Mastoid, Parotid, Facial, Submandibular, Submental, Sublingual, Retropharyngeal, Anterior cervical และ Lateral cervical nodes

จากการศึกษามีกลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่เกี่ยวข้องอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ คือ Submental, Submandibular และ Lateral cervical nodes ซึ่ง Lateral cervical nodes ยังแบ่งออกเป็น Internal jugular nodes (ซึ่งแบ่งเป็น Upper, Middle และ Lower deep cervical nodes), Spinal accessory node (Posterior triangle) และ Transverse cervical chain (Supraclavicular nodes) (รูปที่ 1)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่พบบ่อยที่สุดคือ Posterior triangle nodes (43.10%) อันดับสองคือกลุ่ม Internal Jugular nodes (30.65%) ซึ่งในกลุ่มนี้พบเป็น UDC (Upper deep cervical) มากที่สุด ส่วนกลุ่ม Supraclavicular nodes พบเป็นอันดับสาม (18.10%) ตามด้วยกลุ่ม Submandibular (6.90%) และพบน้อยที่สุดในกลุ่ม Submental (1.25%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ จำแนกตามอายุ เพศ และการติดเชื้อเอชไอวี

อายุ (ปี)	เพศ		รวม	ติดเชื้อเอชไอวี		รวม
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง	
0-14	-	2	2	-	-	-
15-20	3	9	12	-	1	1
21-30	21	19	40	13	3	6
31-40	22	26	48	12	5	17
41-50	11	7	18	8	2	10
51-60	1	4	5	-	-	-
61-70	-	2	2	-	-	-
> 71 <sup>+</sup>	-	1	1	-	-	-
รวม	58 (45.3%)	70 (54.7%)	128	33 (75.0%)	11 (25.0%)	44



รูปที่ 1 กลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่คอ

ผู้ป่วย 105 ราย (82%) มีการติดเชื้อต่อมน้ำเหลืองข้างเดียว (unilateral) อีก 23 ราย (18.00%) พบทั้ง 2 ข้าง (รูปที่ 2)

ผู้ป่วย 94 ราย (73.4%) พบว่ามีการติดเชื้อที่ต่อมน้ำเหลืองเพียงกลุ่มเดียว. ผู้ป่วย 24 ราย (18.8%) พบมีการติดเชื้อ 2 กลุ่ม อีก 10 ราย (7.8%) พบมีการติดเชื้อหลายกลุ่ม (รูปที่ 3) นอกจากนี้ใน anterior cervical nodes ไม่พบการติดเชื้อเลย และยังพบเป็นฝี (abscess

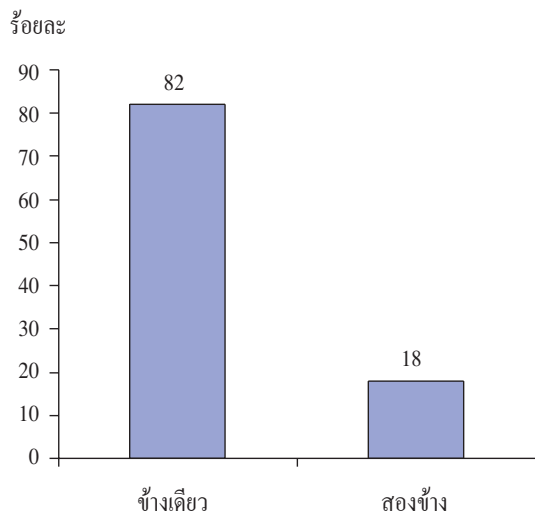
formation) จำนวน 10 ราย โดยทุกรายมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

สำหรับการเก็บตัวอย่างเพื่อการวินิจฉัย ผู้ป่วยจำนวน 108 ราย (84.4%) ใช้วิธีผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง (conventional biopsy) ที่เหลืออีก 20 ราย (15.6%) ใช้วิธีเจาะดูดโดยใช้เข็มขนาดเล็ก (FNAB และ AFB staining) โดยทั้ง 20 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่อบุคลากร โดยรายที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจึงใช้วิธีผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง (conventional biopsy) (รูปที่ 4)

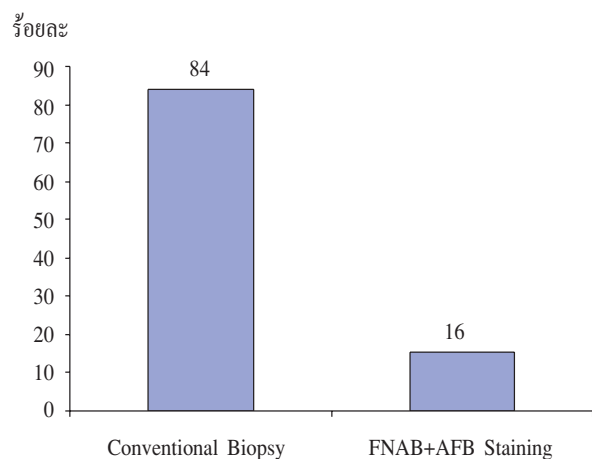
โดยการรักษาได้แยกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวน 84 ราย ใช้สูตร 2HRZ/4HR (CAT III) จำนวน 69 ราย (82.1%) โดยในบางรายให้ HR ต่อไปอีกจนถึง 9 เดือน อีก 14 ราย (16.7%) ใช้ 2HRZE/4HR โดยมักเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 1 กลุ่ม อีก 1 รายมีอาการข้างเคียงจากยา (drug induced hepatitis) จึงให้ INH ร่วมกับ Ethambutal ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย ใช้ 2HRZE/4HR (CAT I) จำนวน 40 ราย (90.9%) โดยบางรายเพิ่มเป็น 2HRZE/7HR อีก 4 ราย ใช้สูตรอื่น เช่น 2HRZES/HRZE/5HRE หรือ

ตารางที่ 2 การกระจายของตำแหน่งกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่พบในผู้ป่วยวิธโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ (n=160 ตำแหน่งกลุ่มต่อมน้ำเหลือง)

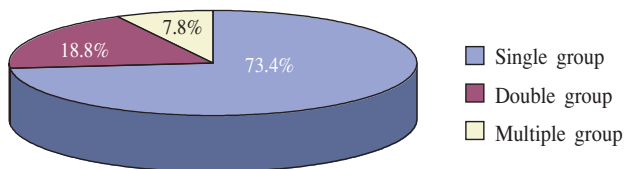
	กลุ่มของต่อมน้ำเหลืองที่คอ	จำนวน	ร้อยละ (%)
Lateral cervical Nodes	Submental	2	1.25
	Submandibular	11	6.90
	Internal jugular nodes	49	30.65
	UDC	36	
	MDC	10	
	LDC	3	
	Spinal accessory Nodes (Posterior triangle)	69	43.10
	Transverse cervical chain (Supraclavicular)	29	18.10



รูปที่ 2 แบ่งผู้ป่วยตามข้างที่เป็น (n = 128 ราย)



รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยแยกตามวิธีการเก็บตัวอย่างเพื่อการวินิจฉัย (n = 128 ราย)



รูปที่ 3 แบ่งผู้ป่วยตามจำนวนของกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่ติดเชื้อ (n = 128 ราย)

### 5HRZE/4HR (ตารางที่ 3)

ในส่วนของผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ เอชไอวี 72 ราย (85.7%) ให้ยาครบและหาย อีก 1 ราย ก้อนไม่ยุบ หลังให้ยาครบ จึงทำ Biopsy ใหม่ เปลี่ยนสูตร จาก CAT III เป็น CAT I ภายหลังจากผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี อีก 1 ราย เป็นเด็กนักเรียนหญิง อายุ 15 ปี ก้อนขนาดใหญ่และไม่ยุบลงหลังจากได้ยา จึงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และขาดการรักษา ผู้ป่วย 8 ราย (9.5%) ขาดการรักษา อีก 2 ราย พบมี

ตารางที่ 3 การใช้สูตรรักษาโดยแยกตามการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี

สูตรการรักษา	ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (%)	ติดเชื้อเอชไอวี (%)
2HRZE/4HR (CAT I)	14 (16.7)	40 (90.9)
2HRZ/4HR (CAT III)	69 (82.1)	-
สูตรอื่น	1 (1.2)	4 (9.1)
รวม	84	44

ตารางที่ 4 ผลการรักษาโดยแยกตามการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี (n = 128 ราย)

ผลการรักษา	ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (%)	ติดเชื้อเอชไอวี (%)
ครบ หาย	72 (85.7)	11 (25.0)
ครบ ไม่หาย	1 (1.2)	11 (25.0)
ขาดการรักษา	8 (9.5)	14 (31.8)
ส่งต่อผู้ป่วย	1 (1.2)	-
ตาย	-	7 (15.9)
อื่น ๆ	2 (2.4)	1 (2.3)
รวม	84(100.0)	44(100.0)

อาการข้างเคียงจากยา ไม่มีอัตราตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ส่วนในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ผู้ป่วย 11 ราย (25%) ตอบสนองต่อการรักษาและกักยวบลงภายหลังให้ยาครบ อีก 11 ราย (25%) แม้ให้ยาครบแต่ก่อนไม่ยวบ และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วย 14 ราย (31.8%) ขาดการรักษา มีผู้ป่วย 7 ราย (ชาย 6 คน หญิง 1 คน) เสียชีวิตในระหว่างให้การรักษา สาเหตุการตายจากการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP), Toxoplasmosis, Cryptococcosis อีก 1 ราย เสียชีวิตจากวัณโรคปอด ซึ่งพบว่าอัตราตายในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4)

## วิจารณ์

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอ เป็นวัณโรคนอกปอดที่พบได้บ่อยที่สุดโดยมักพบในหญิงมากกว่าชายประมาณ 3:1<sup>(5)</sup> จากการศึกษาที่พบหญิงต่อชายในอัตราส่วน 1.2:1 และพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย 44 ราย (34.4%) นอกจากนี้ผู้ป่วย 30 ราย (23.4%) พบมีวัณโรคปอดร่วมด้วย ซึ่งในจำนวนนี้พบว่า 21 รายมีการติดเชื้อเอชไอวี เทียบกับการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับวัณโรคปอดในปีงบประมาณ 2549 และ 2550 โดยพบร้อยละ 27 และ 20 ตามลำดับ<sup>(1)</sup>

สำหรับการกระจายของตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่ติดเชื้อ พบว่าเป็นข้างเดียว ร้อยละ 82 ใกล้เคียงกับ Baskota DK และคณะ<sup>(2)</sup> ร้อยละ 83 Maran และคณะ<sup>(3)</sup> ร้อยละ 90 ซึ่งพบเป็นข้างเดียว ในรายงานนี้ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด คือ Posterior triangle (43.1%) ตามด้วย Internal Jugular (30.65%) โดยพบบ่อยที่สุดใน UDC และอันดับสามคือ Supraclavicular nodes (18.1%) เทียบกับ Baskota DK และคณะ<sup>(2)</sup> ซึ่งพบใน Posterior Triangle มากสุด ตามด้วย UDC แต่พบใน Supraclavicular เพียงร้อยละ 3 จำนวนของกลุ่มต่อมน้ำเหลืองที่ติดเชื้อ ในรายงานนี้พบเป็นกลุ่มเดียวร้อยละ 73.4 ใกล้เคียงกับ Baskota DK และคณะ<sup>(2)</sup> ร้อยละ 68 และ Maran AGD<sup>(3)</sup> ร้อยละ 90 พบการติดเชื้อกลุ่มเดียว

ในส่วนของการเก็บตัวอย่างเพื่อการวินิจฉัย ในรายงานนี้ใช้วิธี conventional biopsy จำนวน 108 ราย (82%) มีเพียง 20 ราย (18%) ใช้วิธีเจาะดูดโดยใช้เข็มขนาดเล็ก (FNAB และ AFB staining) จากรายงานของประสงค์ วงศ์วิรัชชัย และคณะ<sup>(6)</sup> ซึ่งศึกษาที่โรงพยาบาลบราศนราตुर พบว่าการทำ FNAB เพื่อทำ AFB staining ร่วมกับ cytology ให้ sensitivity ร้อยละ 58.53 และ specificity ร้อยละ 100 จึงควรใช้วิธีหลังมากขึ้น และน่าจะใช้ทุกรายในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในบุคลากร

ในด้านการรักษา ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี



ใช้ CAT III (2HRZ/4HR) ถึงร้อยละ 82.1 และ CAT I (2HRZE/4HR) ร้อยละ 16.7 ในรายที่มีการติดเชื้อของต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 1 กลุ่ม ให้ผลการรักษาที่ค่อนข้างดี (85.7% ครบ หาย) ส่วนในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ในรายงานนี้ใช้ 2HRZE/4HR และ 2HRZE/7HR แต่ผลการรักษาไม่ค่อยดี มีผู้ป่วยเพียง 11 ราย (25%) ที่ตอบสนองดีต่อการรักษา การดื้อยาและการหาสูตรยาที่เหมาะสมยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สำหรับอัตราการตายระหว่างรักษาซึ่งพบ 7 ราย ร้อยละ 15.9 โดยทุกรายเป็นผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่ติดเชื้อเอชไอวี เทียบกับอัตราการตายในผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ติดเชื้อเอชไอวี ใน พ.ศ. 2548 ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 28<sup>(1)</sup>

### สรุป

จากผลการศึกษา หากพบก้อนที่คอบริเวณ Posterior triangle หรือบริเวณ Upper jugular lymph nodes ในผู้ป่วยอายุ 15-50 ปี วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอเป็นภาวะที่ควรนึกถึงในอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะในรายที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย วัณโรคปอดเป็นโรคร่วมที่สำคัญโดยรายงานนี้พบร้อยละ 23.4

การวินิจฉัยโดยการตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอไปตรวจเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่การทำ FNAB และ AFB staining ควรนำมาใช้มากขึ้นและควรนำมาใช้เป็นวิธีแรกทุกรายในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

ผลการรักษาโดยใช้ CAT III (2HRZ/4HR) ในผู้ป่วยทั่วไปและ CAT I (2HRZE/4HR) ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในต่อมน้ำเหลืองมากกว่าหนึ่งกลุ่มได้ผลค่อนข้างดี (85.7% ครบ หาย) แต่ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย มักให้ผลการรักษาที่ไม่ดีและมีปัญหาเชื้อดื้อยา การติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นผลกระทบที่สำคัญการรณรงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จึงเป็นสิ่งสมควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรคกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2551.
2. Baskota DK, Prasas R, Sinha BK, Amatya Ram CM. Distribution of lymph nodes in the neck in cases of tuberculous cervical lymphadenitis. Acta Otolaryngol 2004; 124:1095-8.
3. Maran AGD. Benign diseases of the neck. In : Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. London : Butterworth; 1997. p. 1-19.
4. Lee KJ. Essential otolaryngology Head & Neck Surgery. 8<sup>th</sup> ed. USA. : McGraw-Hill; 2003.
5. สมชัย บวรกิตติ, นันทา มาระเนตร, รั้งสรรค์ ปุษปาคม, อรรถนานา, สุชัย เจริญรัตนกุล. วัณโรคนอกปอด. อูเวชปริทรรศน์ 2532; 8:163-71.
6. Wongthawatchai P, Ruegwerayuth R, Chottanapund S, Siripongpreeda B, Boonaumnuysook T, Jarat W. The diagnostic results of cervical lymph node FNAB compared to conventional biopsy in HIV/AIDS patients with TB lymph node in the Bamrasnaraduna Institute. Thai J Surg 2005; 26:50-4.
7. สัมฤทธิ์ ตันติวัฒนากุล. สถานการณ์วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่คอเปรียบเทียบกับวัณโรคชนิดอื่น ๆ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประมาณ 2547. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 2548; 20(3):43-9.
8. Daniel SR, Jayme RD, Leslie Winter, Carol AS, Gregory AG, Kenneth MG. Cervical tuberculosis : a Decision tree for protecting healthcare workers. The Laryngoscope 2008; 118:1345-9.
9. Bayazit YA, Bayazit N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. ORL 2004; 66:275-80.
10. Ying M, Ahuja AT, Evans R, King W, Metreweli C. Cervical lymphadenopath : sonographic differentiation between tuberculosis nodes and nodal metastasis from non head and neck carcinoma. J Clin Ultrasound 1998; 26:383-9.
11. Lee J, Fernandes R. Neck masses : evaluation and diagnostic approach. Oral Maxillofacial Surg ClinAm 2008; 20:321-7.
12. สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การรักษาวัณโรคแนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พรอนโทกราฟฟิคดีไซน์; 2541.

**Abstract Tuberculous Cervical Lymphadenitis: 5 Year Experience in Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachin Buri**

**Pramote Umpornsitthigool**

Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachin Buri

*Journal of Health Science* 2009; 18:696-702.

Tuberculous Cervical Lymphadenitis (TCL) is the most common extrapulmonary tuberculosis. The objective of this retrospective descriptive study was to assess TCL related to ages, sex, HIV infection, concomitant pulmonary tuberculosis, distribution of the involved lymphnodes, diagnostic procedures, treatment protocol and treatment outcomes in non HIV and HIV patients.

In all 128 cases of TCL in Chao Phya Abhaibhubejhr Hospital, Prachin Buri between 1st October 2003 and 30th September 2008 were included.

The study revealed that 70 females and 58 males (1.2:1) were included, reporting 44 cases (34.4%) of HIV infection and 30 cases (23.4%) with pulmonary tuberculosis. The common age group was 15-50 years.

Lymph nodes in the posterior triangle (PT) were found to be the most common (43.1%), while unilateral involvement was observed in 82 percent. A single group of lymph nodes was involved in 73.4 percent of cases with TCL. Conventional biopsies had been done in 108 cases (84.4%) followed by FNAB c AFB staining in 20 cases. (15.6%)

Good outcomes of treatment (85.7% cures), using 2 HRZ/4HR (CAT III) and 2 HRZE/4HR (CAT I) in TCL c Non HIV patients was found. Drug refractory and poor response to the treatment was observed in TCL c HIV patients leading to a markedly high case-fatality rate (15.9%).

**Key words:** TCL (Tuberculous Cervical Lymphadenitis), HIV (Human Immunosuppressive Virus)