

# 4 @: : 5: 5 FD 7?

Michael S. Weinstock, MD,\*<sup>†</sup> Neha A. Patel, MD,\* Lee P. Smith, MD\*

\*Cohen Children's Medical Center, Hofstra Northwell School of Medicine, New Hyde Park, NY

<sup>†</sup>Montefiore Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY

## Practice Gaps

@ [Z ŹU fd W à\_ fT`Zf`f [bZ Tl`h [Z] gV`Y]ZaU  
`ZSgf`àZfi`Zháf ]Z [ `aUfi`ZzH[ Ue V`YfZSk [ŹaUbZ`Y  
f[ `ZðZ`ZTsaY\_ e[eg\_ā\_ ŹU bUf^bh[fi`ZhāUZ bU`YZ`Yf Ź  
f[ bf UfZSk [h[ U āZYāUZ`aā`U]Zgk``YZz4a[h] f`āk  
Źg`YU b\_ fT`bZāUfZ aUZg`Yh Ź`aā`bZā`Tl`f [h [T`Z  
Z ŹU Źh [ŹaUUb`Z fh V`[gY`āk[ē`cgS``ŹaUbZ`Yf[`  
ZðZ`ZZ Źhāē`ZfZ[ f`Z`YV`ŹaŹāUe ]Z[`āaT`ZZ ŹU`  
U āZYāfZē\_ hā āZYā`Z`YYē

? Uf[ēg ESg]Z[Zaā`fZā`ZTā[h] f`āk ŹU[ e ŹbZ.

1. : [g`Z`Y^güU T`h Y[ bZ g]Z[ āZYāT`Z`üZ ŹU  
fd Wž
2. BZāfd[ ` \_ fVS`ZēāUZ`aā`bZā`Tl`fiTsaY\_ ŹaU`Ygkē  
`Zā`bZ`Tl``Z fhā W Sfi`Z\_`Y`Z fUST`ZZ ŹZ
3. JāU`Z\_ f^ fēbZUZ`aā`Z b`üZa`Z`YT`Z`Zā`ŹbTl`g  
Z[``[Z ŹU bŹā`Ubhā\_ē`fi`Zz
4. 4 f`g [gfd ŹaUfðZfd`Y`Z f`Z]Z[fZiŹZ bž

## Fò\_ f f

**AUTHOR DISCLOSURE** Drs Weinstock, Patel, and Smith have disclosed no financial relationships relevant to this article. This commentary does not contain a discussion of an unapproved/investigative use of a commercial product/device.

### ABBREVIATIONS

CMV	cytomegalovirus
CT	computed tomography
EBV	Epstein-Barr virus
FNA	fine-needle aspiration
HIV	human immunodeficiency virus
MRI	magnetic resonance imaging

4`ZZ ŹU`ZZ`Y`+", fd W f &`\*fg [l [g`āk]Z[`  
`Z[ gfd W bZ [ [ ]Zā`T`Zhā`Z bUbU gž5`jW jēf[ bU`hā  
āZYā\_ fŹaŹZ fZ`YfDā`YTā[ āZYāēSg ākŹUō`Yfō[`a`Y  
\_g`Źg`YU bZa ŹaŹāUe ā\_ēā`Y`Z[ fŹaŹf[ bU`Źg`YU Zā  
h[ ŹU [T`Ze hāfZ\_ ]Zā`fZiŹZ bl`YfZ [U`YU bZ`YV`  
][\_ fēb`Z`Yfd gUZ`Y`g[ē`ŹðZ`ZhāUZ`Zē`ZfZ[ fž? f  
fDā`Y`Z`Y`Ygkē`Zā`bZ`Tl`UST`Z`üZ Źhū`YU`ābZ``Y  
h [fāU`Zā`h[ēg ST[ fZa ŹU Sēž@Ygkē`Zā`bZ`Tl`fZ`ZS[`ā  
`Z[ē\_ ]Zg`TsaY`Źā[ ]Z[ ]Zi hā`kŹaŹUg\_ž4`Z`ŹaŹfi`Z  
Źg`Y`ā\_ f`Ygkē`Zā`Yāk`[Z ŹU hū`YU ž

E Tù`Y` fđà`Yh| Ue V`Yđêg\_ă`Z`\_ fbZ` `YfZ UZôZ`Z  
|Zó`YfSj` fd W` çfZSk` [UđUZfZ UUZ` `aâ`UZa`Z| gTâUe`\_ă  
eà`Yz5Zó`Yfó|\_ a`Y\_g` `Ug`YUub` fe fZó`Yf|` đòđà`Yh` g`|`  
hà`Z` U`|`\_ UStâUbZ` `Yf|`UZ` `aâ`ZôZ`ZZ|` `lòTSaY`\_  
eđêg\_ă`lUZ`bUf^b|h|f`Z hàU`YZ` `Yf`z

9; ; F; ; G

4`Z`ùZ UZ hù`YU`|ZabZ`T|`fZWUđU` Ufi`Z|ZaU`ZSg  
fzđf`^`fZSk`|f`(\$`fd`%fg` ``(`fZa`Yfg`|`&#  
`Z`Yfd`f`S`z`fg`|`è` ``+`,`f`fU`fd`f`&#`fg`|`z?`f`  
`YZ|`è`U`gUS>Saa` Ufi`Z`lò`&#`fd`TôZ`fZ` `Ylò`|`  
Z`UZ`9` ``Z`\_`|TâUe`Z|`|ZaS`\_ă` eà`Y`ge`Yb`Z`Y`  
T`Z`Z|`|Z`UZ|`è`fđà`YTâ|h|f`đUZó`Yfó|\_ a`Y\_g`  
Y|` ``UđTâUe`fZ`Uf`b`Z`YbZ` `YfZ`UUZg` `aâ`hà`  
|`gfd`Z|`Uđ`

4 @: E HÊ F: ? =: Â? ž

4`Z`e`hâfZ`\_`|Za`\_ă`lò`YU`UZg` `aâ`Z`g`lUZ`Z`đ  
d`f|` `hâfj`\_ă` ``Z`fz@Z` `YUđg`Z`|Y|òb` `ZZ` `Y`  
UZg` `aâ`bZâ`T|f`#z@`|Z`UZ` UTSa`\_ăg`d`|lS`=lUZ  
fZ`U`lò`fZSk`|\_|Zó`Yl`%Fđ`g`UZ` `Y|`i`\_`fZW`e`f`lâ`l`  
e`đ`\_`Zó|fd`\_lV`T`T`\_`VSl`\_`f`\_`|z&#4`Z`Zâ`ç`  
f` `Y`|`g`fd`fd`U`ò`ZSk`UZ`S1` `g`lò`fZôVù`Y`à`|`|Zâ`Y`  
e|`Z` `aa|`ž4`Z`Zâ`lò`f|`b`j`òU`h`|`h`f`gó|Yô|Zó`Y`lò`  
|Vg^UZ` \_ăg`h`|Zó`Yl`

H|UfZ`\_`|Za`\_ă` eà`Y`è`f`b`fđ`Y`hâ`UZg`|Z`UZ`  
Zgk`f` `g`hâU`ž5Zg`|Z`UZ`T`UZ`Zgk`f`hù`YU`Y`\_`Z`UZ`  
V`|U`\_l`Z`UZ`V`|Za`\_l`Z`UZ`\_`S`YfS|`Z`UZ`U`fd`U`Z`UZ`  
U`eSg|Z`UZ`V`UU`U` `UZ`\_l`Z`UZ`fZ` `Y`ô`ž`=lUZ`  
fZ`U`h`fdl`|j` `Y`\$`Tê`ZSk`|Zó`Y`lò`fZ`Y|òb` `Z`  
Z` `YUZ` `aâ`bZâ`T|f`hâT`UZ`f`USZ`UZ`Z`UZ`U`Y`  
ZSk`\_`l`Y|`|Z` `đò`ZSk`|Zó`Y`V|` `YZSk`|Zó`Y` `Sg`  
ZSk`|Zó`Y` `ò`YZSk`|TS` 1Hù`YVSj`g`YcgS`Z`lò`|`  
\_ăg`ZSk`|Zó`Y`Z`Z` `YU` `YU`U`YU` `UUZô`UZ`  
E`fZ`kZ`UZ`fZ` `Y`ô` `â`V`g`Z|`g`Y`[`ù`âUfi`Z`U` `^`g`ũ`  
5âUZ`UZ`T`UZ`Zgk`f`eSg`U` `â`V` `^`g`f`hù`Y` `g`Y|òb` `ã`Y`  
lSa`UZg` `aâ`bZâ`T|f`h`|T`Z`f` `YT`UZ`Ug` ``Zâ`ž`  
: `UZ`V`|Za`\_ă`\_`f`V`g`Z|`g`Y`[`ù`f` `YT`UZ`Ug` ` `Zâ`  
`Zâ`Za`U`Z|`\_`?`klâb`Se`S|Zó`Y`|` `Zô`Zz`

5: @ AÂ@B: A@4; F

?`f`e`UZS`|ZôS`cgS`fd` `Y`fđà`Y`h|`UUZ` `aâ`T`Z`  
`Zâ`lò`T|`g`Z|` ``|Z`UZ`U`ž`5ò`fZ`Z`g`lUZ` `g`f|`b`U`  
fZW`lâU`lâg`Z`|`#fi`|`g`YôU`|Z` ` `Yj`k`đ`Z`f`bZ`  
T|` `Z`Z`f`Sfi`|`g`Yô`â`Ygk`Z|`\_` `Z`f`hâ`%fiUđUT`UUZ`  
`aâ`f|`b`fZW`l`g`U` `è`fZ`UZ|` `UZ` `aâ`ž` `lò`  
VS`Z`eâUZ`k` `Z` `h`UZ` `aâ`bZâ`T|f`h`|T`Z`  
Z`UZ`U`Z`çk`fZS`\_|Z`a`4` `Yž`

: 5: 5 F: B ÂFE3G @: ; ? EÍGH

@Ygkê` `Zâ` `|Z`UZ`U`fZ` `YY`b`Z`f`ò`â`|Z`UZ`U`  
fZ`bZâf`Va` `Z|`\_`eđêg`h|ž6a`fi`Z`UZ`f`h|`è`U`ST`Z`ù`  
Z`UZ`hù`YU` `è`UZó`Y`lò`fZ` UY`|`â`h|`è`Z`UZ`FZó`Y`  
fZ` `Yl`T`Z`Zâ`e`lò`fd`g`UZ` `Y`Z|`\_`eđêg`h|fd`U`òl`  
Z`UZ`e`\_` `l`#Tê`Za`U`STê`ž`|`g`cgS`fd` `Y`Z`f`â`Z`UZ`  
h|`è`e`f`|Z`|`|Z|Z`f`Z|`\_`eđêg`h|žH|đgefZ` `YY`b`Z`f`  
`à`DZ|`ah|đđđ`3Wah|đđđ`|XgWlS|bSđ|XgWlS|h|đđe`  
Z`b`Tâal`lò`fZ`lò`fd`g`UZ` `Y`Z|`è`eđêg`h|`Z` `Y`|Zó`Y`  
|i`\_`|Z`UZ`

Một số loại virus khác có thể gây nổi hạch cấp tính dưới 3w, bán cấp từ 3-6w, mạn tính 6w. Những nguyên nhân bao gồm: EBV, CMV, những virus gây bệnh trên người suy giảm miễn dịch (HIV). EBV, CME biểu hiện một cách tương tự gồm một môi cấp tính hoặc bán cấp, sốt, nổi hạch cổ thường là 2 bên. Thường EBV sẽ gây đau họng và viêm họng trong khi CMV ít hơn. Khi bệnh nhân có triệu chứng này, xét nghiệm mono-spot, có hay không có kháng thể EBV và CMV làm huyết thanh học có thể giúp xác định chẩn đoán.

## BẢNG. Nguyên nhân của bệnh nổi hạch cổ ở trẻ em

o Nhiễm trùng
■ Phản ứng với kháng nguyên virus
• Cấp tính: Rhinovirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, virus hô hấp hợp bào và các loại khác
Bán cấp hoặc mạn tính: Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, human immunodeficiency virus bacterial
• Cấp tính: Staphylococcus aureus, group A streptococcus
• Trẻ sơ sinh: Group B streptococcus
• Hiếm: vi khuẩn kỵ khí
• Bán cấp hoặc mạn tính: Bartonella
■ Mycobacteria không điển hình và lao
■ Nấm
■ Ký sinh trùng
o Khối vùng cổ bẩm sinh
■ U nang ống tuyến giáp, u quái, rò phế quản, dị dạng mạch bạch huyết, u máu, u tuyến ức
o U ác tính:
■ Lymphoma
■ Sarcôm cơ vân
■ U nguyên bào thần kinh
o Di căn (đặc biệt là ung thư vòm họng và ung thư tuyến giáp)
o Bệnh khác
■ Bệnh Kikuchi-Fujimoto
■ Bệnh Rosai-Dorfman
■ Tăng sinh tế bào langerhans
■ Bệnh Kawasaki
■ Bệnh Castleman

HIV cũng có thể gây ra bệnh hạch cổ bán cấp/mạn tính ở trẻ em. Điều này thường sẽ kèm theo một loạt các triệu chứng, bao gồm sốt và mệt mỏi, cũng là một nguồn lây tiềm năng.

Nhìn chung, bệnh lí hạch do virus sẽ cần được chăm sóc hỗ trợ. Tuy nhiên, bệnh lí hạch do virus có thể phát triển thành bệnh lí hạch bội nhiễm? (suppurative lymphadenopathy) hoặc bệnh lí hạch do vi khuẩn.

### VIÊM HẠCH DO VI KHUẨN CẤP TÍNH/ VIÊM HẠCH BỘI NHIỄM? (SUPPURATIVE)

Nguyên nhân phổ biến thứ hai gây bệnh lí hạch ở trẻ em là thứ phát sau nhiễm trùng và gọi là *viêm hạch*. Vi khuẩn gây bệnh được phân lập nhiều nhất là Staphylococcus aureus và Streptococcus type B (ở trẻ sơ sinh), Streptococcus type A, và nhiễm trùng kỵ khí. (5) (6)

Bệnh sử và khám lâm sàng có thể hướng đến chẩn đoán viêm hạch do vi khuẩn cấp tính. Nhìn chung, khởi phát có thể vài ngày đến một tuần bé sốt và cổ sưng to. Khi khám nên hạn chế chuyển động cổ. Cổ bị sưng có thể chắc và/hoặc mềm, có hoặc không đỏ da.

Khoảng 25% bệnh nhân bị áp xe được ghi nhận khi khám lâm sàng. (7) Khối vùng cổ cũng có thể cứng và kém di động, nếu khối này xuất hiện trong thời gian dài thì bác sĩ nên nghĩ đến ác tính. Khi phân biệt giữa viêm hạch do virus và viêm hạch do vi khuẩn, cần nhớ là viêm hạch do virus có thể tự khỏi. Nếu bệnh nhân không bắt đầu hết nhiễm trùng trong 4 đến 7 ngày thì nên nghĩ đến viêm hạch nguyên phát do vi khuẩn hoặc viêm hạch do virus bội nhiễm.

CT hoặc MRI với thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch để có nhiều thông tin hơn. Điều này đặc biệt có giá trị nếu chẩn đoán phân biệt bao gồm nhiễm trùng khe hở phế quản hoặc dị tật hệ bạch huyết (Hình 1 và 2).

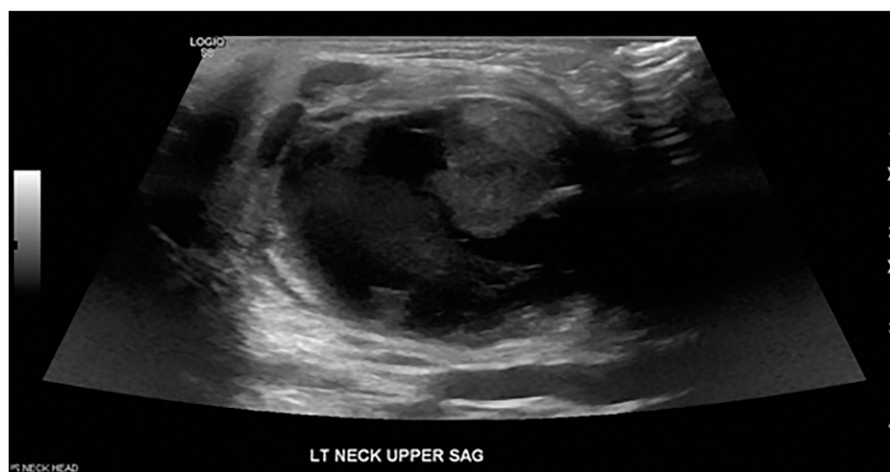
Điều trị viêm hạch cổ nghi ngờ do vi khuẩn bắt đầu bằng việc dùng kháng sinh thích hợp. Bệnh nhân có thể bắt đầu bằng kháng sinh đường uống kháng các mầm bệnh phổ biến nhất (*S aureus*, *Streptococcus pyogenes*, kỵ khí). Các kháng sinh này có thể bao gồm clindamycin, amoxicillin / clavulanate, hoặc macrolide. Nếu bệnh nhân phải dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, phác đồ điển hình bắt đầu với clindamycin hoặc ampicillin / sulbactam. Vancomycin và ceftriaxone có thể được kết hợp sử dụng nếu ban đầu phác đồ theo kinh nghiệm là không có tác dụng. Một phân tích gần đây về rạch và dẫn lưu hạch cổ viêm cấp tính do vi khuẩn cho thấy hơn 54% mầm bệnh được phân lập là *S aureus* hoặc *S pyogenes* (35,7% và 18,8%). Chỉ 1% số chủng phân lập là vi khuẩn kỵ khí và 2% là trực khuẩn kháng axit.

Chỉ dùng thuốc kháng sinh đã có thể điều trị nhiều loại vi khuẩn dẫn đến viêm hạch cổ. Viêm hạch cổ phức tạp hoặc dai dẳng không đáp ứng trong 48 đến 72h kèm các dấu hiệu toàn thân của nhiễm trùng gợi ý về khả năng hình thành áp xe. Trước tiên, bác sĩ lâm sàng có thể xem xét siêu âm để đánh giá sự hình thành áp xe. Độ nhạy và độ chuyên của siêu âm trong việc phát hiện hình thành áp xe phụ thuộc vào người làm và có thể thay đổi. Tuy nhiên, tác hại của siêu âm lên bệnh nhân là tối thiểu vì đây là một cận lâm sàng không xâm lấn, tiến hành nhanh và không nhiễm xạ. Nếu kết quả không rõ ràng hoặc viêm hạch nghi ngờ cao hình thành áp xe hoặc hiện diện trong một cấu trúc giải phẫu cần nhiều thông tin chi tiết hơn (vd: sâu đến cơ ức đòn chũm) thì nên chụp

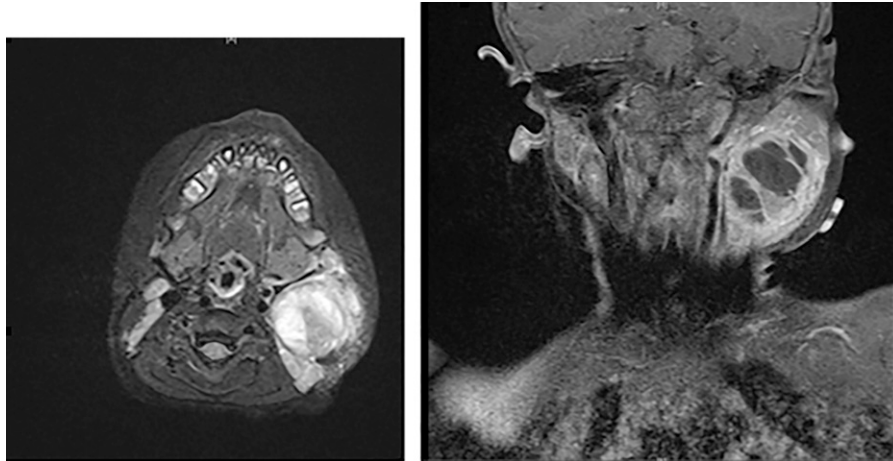
Áp xe nhỏ hơn 1 x 1 x 1 cm có thể không cần phẫu thuật dẫn lưu. Một số trẻ bị áp-xe khoảng 1,5 cm cũng có thể tự khỏi bằng phương pháp thử thuốc kháng sinh. Các bác sĩ lâm sàng có thể cân nhắc thử nghiệm từ 24 đến 48 giờ kháng sinh tiêm tĩnh mạch trước khi rạch và dẫn lưu cho áp xe dưới 1,5 - 2 cm nếu trẻ ổn định về mặt lâm sàng. Nếu vị trí của áp xe khó khăn về mặt giải phẫu, hoặc nếu áp xe nhỏ nhưng dai dẳng, chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm có hoặc không có đặt ống dẫn lưu có thể phù hợp, mặc dù tỷ lệ tái phát có thể cao hơn so với rạch và dẫn lưu. Tùy vào dịch tễ và điều kiện của từng nơi mà có phác đồ kháng sinh phù hợp.

## BỆNH LÝ HẠCH BÁN CẤP HOẶC MẠN TÍNH

Khi quá trình nhiễm trùng, nguyên nhân của bệnh lý hạch cổ, kéo dài từ 2 đến 6 tuần, nó được gọi là nhiễm trùng bán cấp, nếu kéo dài trên 6 tuần thì được gọi là mạn tính. Nguyên nhân có thể là nhiễm trùng *Bartonella* gây ra bệnh mèo cào, bệnh toxoplasma, nhiễm vi rút (ví dụ: CMV, HIV), và nhiễm trùng do vi khuẩn mycobacteria. Tất nhiên, với tình trạng nổi hạch kéo dài, không thể loại trừ bệnh lý ác tính. Các bác sĩ không nên nghĩ rằng nhiễm trùng là nguyên nhân duy nhất gây nên hạch cổ lớn.



**Figure 1.** A 20-month-old girl presents with fever and tender lymphadenopathy. Ultrasonography shows a large complex collection measuring 4.0 x 2.6 x 3.0 cm, consistent with a suppurative lymph node.



**Figure 2.** A 20-month-old girl presents with a large lateral neck collection. T2-weighted axial and coronal magnetic resonance images show a 3.9 × 2.7 × 3.0-cm multiloculated neck abscess.

*Bartonella henselae* (vi khuẩn gây bệnh mèo cào) gây ra nhiễm trùng u hạt thường lây truyền qua vết xước hoặc vết cắn của mèo, gây ra nổi hạch có thể xảy ra ngay lập tức hoặc một vài tuần sau đó. Nhiều bệnh nhân sẽ tự cải thiện triệu chứng mà không cần bất kỳ loại thuốc kháng sinh nào. Kháng sinh đầu tay là Azithromycin, tuy nhiên, có thể cân nhắc Clarithromycin, Ciprofloxacin, hay sulfamethoxazole/trimethoprim. Nếu bệnh nhân không cải thiện với liệu pháp kháng sinh, phẫu thuật cắt bỏ ổ nhiễm có thể thực hiện.

Nhiễm *Mycobacterial* không điển hình gây nổi hạch cổ mãn tính không đau, thường xuất hiện vùng dưới hàm – cổ. Trẻ em thường không sốt, hạch thường to, cứng và có thể di động, vùng da bị rậm lông dẫn đến thay đổi màu sắc da. Purified protein derivative skin testing (không biết dịch) có thể cho kết quả dương tính yếu, nhưng nó sẽ âm tính ở nhiều trường hợp nhiễm *mycobacteria* không điển hình. Nếu nghi ngờ nhiễm *Mycobacteria* không điển hình, chẩn đoán có thể dựa trên kỹ thuật hút kim nhỏ (FNA). Lựa chọn điều trị có thể thay đổi và gây tranh cãi, bao gồm điều trị nội hoặc phẫu thuật đơn lẻ hoặc kết hợp cả hai. Điều trị phẫu thuật thường bao gồm cắt bỏ toàn bộ hạch bạch huyết liên quan. Tránh rạch da và dẫn lưu vì nó có thể dẫn đến rò dịch mãn tính. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn có tỷ lệ khỏi bệnh cao hơn 95% so với điều trị nội khoa với 66%. Nếu hạch bạch huyết không thể cắt bỏ một cách an toàn (do gần dây thần kinh mặt), phẫu thuật viên có thể cân nhắc nạo mô bị ảnh hưởng và kết hợp điều trị bằng thuốc (thường là liệu pháp kép giữa Clarithromycin và Rifampin).

Bệnh tràng nhạc hay vi khuẩn lao cũng có thể gây ra viêm hạch cổ mạn tính. Dẫn xuất protein tinh khiết (PPD) và xét nghiệm máu (IGRAs) - QuantiFERON có thể được sử dụng để chẩn đoán, chọc hút hạch bằng kim nhỏ (FNA) cũng có thể thử để chẩn đoán xác định. Khi nghi ngờ, có thể yêu cầu sinh thiết hạch. Nếu dương tính, điều trị bằng nội khoa. Mặc dù có thể xảy ra ở bất kỳ đâu, những tổn thương này thường xuất hiện ở vùng thượng đòn. Nhắc lại, thủ thuật rạch da và dẫn lưu có thể dẫn đến rò dịch mãn tính. FNA cũng có thể hữu ích cho chẩn đoán.

Viêm hạch mạn tính cũng có thể do ký sinh trùng gây ra, hầu hết là *Toxoplasma*. *Toxoplasma gondii*, thường hiện diện trong phân mèo và thịt heo sống, có thể gây viêm hạch. Nếu nghi ngờ nhiễm *toxoplasma*, PCR có thể được sử dụng trong phân tích bệnh phẩm máu với mục đích chẩn đoán. Điều trị khởi đầu với pyrimethamine, sulfadiazine, và leucovorin. Nhiễm trùng thường khỏi sau 4 đến 6 tuần.



**Figure 3.** A 4-year-old girl with an atypical mycobacterial infection. The overlying skin is violaceous and indurated.

## CÁC NGUYÊN NHÂN KHÔNG DO NHIỄM TRÙNG CỦA BỆNH LÝ HẠCH VÙNG CỔ Ở TRẺ EM

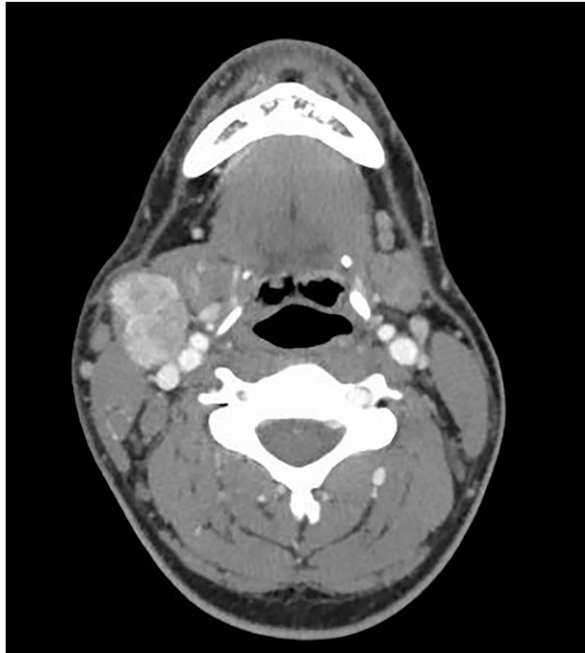
Mặc dù hầu hết các trường hợp bệnh lý hạch cổ ở trẻ em là do quá trình nhiễm trùng, các bệnh lý hạch vùng cổ có thể do các nguyên nhân khác gây nhầm lẫn với bệnh lý này và được đề cập trong bài này.

### U ÁC TÍNH

Bệnh nhân nổi hạch cổ dai dẳng có thể do với bệnh ác tính nguyên phát hoặc di căn. Trước 6 tuổi, các khối u ác tính phổ biến nhất là u cơ vân và u lympho không Hodgkin. Sau 6 tuổi, bệnh ác tính phổ biến nhất là u lympho Hodgkin. Tiền căn đổ mồ hôi đêm, mệt mỏi, sốt, dễ chảy máu hoặc bầm tím và có thể sụt cân, bác sĩ lâm sàng hướng tới nguyên nhân ác tính có thể xảy ra. Ung thư di căn đến cổ có thể xảy ra (mặc dù vẫn rất hiếm) bao gồm ung thư tuyến giáp dạng nhú và ung thư vòm họng. các đặc điểm của khối u ác tính bao gồm: khối rắn chắc, không di động và không mềm khi sờ. Các hạch hai bên ít được quan tâm hơn các hạch bạch huyết một bên; trong một nghiên cứu gần đây, không có bệnh nhân nào có hạch hai bên có liên quan đến bệnh lý, trong khi có tới 20% bệnh nhân có hạch một bên có liên quan đến bệnh lý. Tuy nhiên, hạch 1 bên không nhất thiết phải được xem như một yếu tố dự đoán bệnh lý đáng tin cậy. Niedzielska và cộng sự phát hiện ra rằng có tới 70% bệnh nhân có những thay đổi ở hạch phản ứng chỉ mắc bệnh một bên (Hình 4).

### KHỐI U VÙNG CỔ BẨM SINH

Khối u cổ bẩm sinh có thể bị nhầm lẫn với bệnh lý hạch. Các khối ở đường giữa cổ thường không phải là hạch. Những tổn thương này thường là nang ống giáp lưỡi hoặc nang bì. Siêu âm có thể giúp để xác định đặc điểm của những khối u này và phân biệt chúng với bệnh lý hạch. Hầu hết các nang bì và nang ống giáp lưỡi nên được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ. Nên thực hiện siêu âm trước phẫu thuật để xác nhận sự hiện diện của tuyến giáp bình thường trước khi cắt bỏ nang ống giáp lưỡi để đảm bảo rằng nang ống giáp lưỡi không phải tuyến giáp lạc chỗ.



Hình 4: mặt cắt axial chụp CT-sacn có cản quang của một bé gái 8 tuổi bị ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú. Các hạch bạch huyết 3 × 4 cm ở bề mặt của các mạch lớn ở cổ bên phải thể hiện sự di căn hạch vùng của bệnh.

Ở vùng cổ bên, nang khe mang thứ hai có thể sưng đến cơ ức đòn chũm có thể bị nhầm lẫn với bệnh lý hạch. Siêu âm sàng lọc có thể được thực hiện. Chụp cắt lớp vi tính hoặc MRI thường là chẩn đoán. Nếu không chắc chắn, FNA có thể được thực hiện. Hầu hết các nang khe mang thứ hai được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn.

Dị tật khe hở phế quản thứ ba (hoặc dị tật xoang pyriform) thường sẽ biểu hiện ngay ngoài đường giữa trong vùng của tuyến giáp, thường là sau thùy trái của tuyến giáp. Chụp cắt lớp vi tính hoặc MRI để chẩn đoán trong những trường hợp này và việc điều trị thường cần phải phẫu thuật, trong thời gian đó, bác sĩ phẫu thuật có thể sử dụng kỹ thuật nội soi để cắt bỏ đường thoát của xoang pyriform.

U tuyến ức bên ngoài cũng có thể biểu hiện như một khối ở vùng cổ bên. Siêu âm để chẩn đoán và tránh phẫu thuật không cần thiết. FNA có thể được thực hiện nếu chẩn đoán vẫn chưa chắc chắn.



## NGUYÊN NHÂN KHÔNG DO VIÊM NHIỄM

Một số quá trình bệnh không phải bẩm sinh, truyền nhiễm, hoặc ác tính có thể gây bệnh lý hạch cổ. Bệnh Kikuchi-Fujimoto (viêm hạch hoại tử mô bào) là một bệnh lành tính, tự giới hạn có đặc điểm nổi hạch cổ mềm kèm theo đổ mồ hôi ban đêm cũng như tình trạng khó chịu nói chung và đau họng, buồn nôn, và nôn. Chẩn đoán thường được thực hiện bằng sinh thiết. Nó là một căn bệnh tự giải quyết, hoàn toàn dứt điểm các triệu chứng trong 1 đến 3 tháng. Khởi phát các triệu chứng thường trong phạm vi bán cấp, với đau cổ khoảng 2 đến 4 tuần và bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ trẻ Nhật Bản.

Bệnh Rosai-Dorfman, còn được gọi là bệnh mô bào không Langerhans là những rối loạn tăng sinh hạch bạch huyết, bệnh này cũng có thể ảnh hưởng đến trẻ em. Bệnh nhân mắc bệnh Rosai-Dorfman điển hình biểu hiện với nổi hạch không đau hai bên, sốt, và các phát hiện bất thường trong xét nghiệm bao gồm tăng tốc độ lắng hồng cầu. (17) Những thương tổn này yêu cầu sinh thiết để xác định chẩn đoán. Bệnh mô bào Langerhans được đặc trưng bởi sự tích tụ của tế bào Langerhans trong các hạch bạch huyết, chẩn đoán được thực hiện dựa trên sinh thiết. (18)

Bệnh Kawasaki cũng có thể xuất hiện với nổi hạch mềm ở cổ, đây là 1 trong 5 tiêu chí chính cần thiết để chẩn đoán bệnh Kawasaki, các tiêu chí khác bao gồm phù nề và bong tróc các chi, nổi ban da đa hình thái, xung huyết kết mạc, nứt môi, và lưỡi dâu tây, ngoài ra còn có sốt hơn 5 ngày. (19)

Bệnh Castleman là một bệnh rối loạn tăng sinh bạch huyết hiếm gặp khác. Có thể xuất hiện với nổi hạch cổ mềm. Bệnh nhân thường bị sốt, đổ mồ hôi ban đêm, mệt mỏi và suy mòn với 2 đến 4 tuần nổi hạch cổ bán cấp. Bệnh có đặc điểm là sự phát triển quá mức của tế bào lympho B và tương bào. Bệnh thông thường sẽ tự giải quyết, mặc dù liệu pháp miễn dịch mới cũng đã có ích trong các trường hợp khó. (20)

## BỆNH HỌC TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI, DƯỚI CÀM VÀ DƯỚI LƯỠI

Bệnh lý tuyến nước bọt cũng có thể bị nhầm lẫn với nổi hạch cổ. Đuôi của tuyến mang tai lõm xuống ra sau và đôi khi thấp hơn góc của hàm dưới, điều này có thể gây nhầm lẫn với hạch bạch huyết nằm phía trên trên cao của cổ. Các tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi cũng có thể bị nhầm lẫn với các hạch bạch huyết nằm cao của cổ.

Các tuyến nước bọt dưới hàm và dưới lưỡi cũng có thể bị nhầm lẫn với các hạch bạch huyết nằm cao của cổ. Thường gặp nhất của bệnh lý tuyến nước bọt ở trẻ em là viêm tuyến nước bọt, tác nhân gây bệnh thường nhất là *S. aureus*. Điều trị bao gồm xoa bóp vùng bằng gạc ấm, kháng sinh dùng cho *S. aureus*, thuốc tăng tiết nước bọt, và hấp thu nước qua đường miệng hoặc tĩnh mạch?

## HÌNH ẢNH HỌC

Nếu chẩn đoán được nghi ngờ hoặc bác sĩ đang xem xét khả năng mắc bệnh ác tính hoặc nếu quá trình viêm nhiễm được đề cập có thể cần can thiệp phẫu thuật như dẫn lưu áp xe thì thường cần phải chụp ảnh.

Siêu âm có thể được tiến hành để xác định thêm bản chất của hạch bạch huyết. Các đặc điểm liên quan đến bệnh lý ác tính trên siêu âm có thể bao gồm sự không đồng nhất, hình tròn (trái ngược với hình bầu dục) hẹp hoặc vắng mặt đường viền, không đều, hoại tử nang hoặc mô hình dòng máu không đều đến nang. (21) Áp xe cũng có thể được chẩn đoán bằng cách sử dụng siêu âm; các nút viêm hoặc phản ứng có thể có tăng mạch máu, có hoặc không có hoại tử trung tâm và viêm mô mềm liên kế với nút. (22) Trên siêu âm hình ảnh áp xe thường có “mô hình mảnh vụn xoáy” đặc trưng. Phương thức chẩn đoán này có thể là tất cả những gì được thực hiện trước khi rạch và dẫn lưu áp xe nông.

Chụp CT có thể cung cấp thêm thông tin chẩn đoán. Hơn nữa, nếu can thiệp phẫu thuật là cần thiết cho các hạch bạch huyết sâu hơn thì chụp CT có can quang sẽ hữu ích trong việc lập kế hoạch và chẩn đoán trước phẫu thuật. Mặc dù nguy cơ phơi nhiễm bức xạ từ chụp CT là thấp, các bác sĩ nên thận trọng khi sử dụng CT. Chụp MRI cung cấp thông tin tương tự như chụp CT mà không cần tiếp xúc với bức xạ, tuy nhiên MRI tốn nhiều thời gian hơn và có nhiều khả năng cần an thần hơn đối với trẻ nhỏ. Hơn nữa, có thể là một thách thức để có được máy chụp MRI tại nhiều trung tâm. Vì những lý do này, chúng tôi sẽ ủng hộ việc sử dụng hợp lý cả CT và MRI. Trong nhiều trường hợp không biến chứng của viêm hạch cổ do vi khuẩn, khám sức khỏe có hoặc không có siêu âm có thể là tất cả những gì được yêu cầu trước khi bắt đầu một đợt kháng sinh. Nếu trẻ không đáp ứng sau 24 đến 72 giờ điều trị kháng sinh thì có thể thích hợp để chụp CTscan hoặc MRI để chuẩn bị cho can thiệp phẫu thuật có thể xảy ra (Hình 5).



Hình 5. Một bé gái 8 tuổi bị đau cổ bên phải 6 ngày kèm sốt, buồn nôn và nôn đã được phát hiện có một hạch hóa mũ do vi khuẩn chèn ép lan vào trung thất cần phải phẫu thuật dẫn lưu. Chụp CT-scan (coronal) với thuốc cản quang cho thấy áp xe đã kéo dài từ cổ bên phải vào trung thất.

Chụp MRI có thể được ưu tiên hơn chụp CT để đánh giá thêm tình trạng bệnh hạch nếu nghi ngờ có bệnh ác tính. MRI thường cung cấp độ phân giải tốt hơn về sự liên quan của mô mềm và dây thần kinh vì vậy nếu bác sĩ nghi ngờ Sarcôm cơ vân hoặc u nguyên bào thần kinh thì MRI có thể hữu ích hơn chụp CT. Bệnh hạch trung thất được chẩn đoán dựa vào X-quang ngực đã quan sát thấy trong 56% trường hợp ác tính chỉ có 2,6% trường hợp lành tính. (23)

## SINH THIẾT HAY FNA?

Những bệnh nhân tiếp tục có các triệu chứng dai dẳng hơn 4 đến 6 tuần mặc dù có các liệu pháp điều trị thích hợp có thể cần chẩn đoán mô bệnh học. Bệnh nhân có bệnh sử, thăm khám hoặc kết quả hình ảnh phù hợp với u ác tính nên được chẩn đoán mô bệnh học kịp thời.

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán mô bệnh học là sinh thiết cắt bỏ. Sinh thiết nên được xem xét vì những lý do sau 1) nghi ngờ bệnh lý ác tính, 2) nếu bệnh nhân không hết nổi hạch trong 4 đến 6 tuần, 3) nổi hạch tăng dần về kích thước trong 2 đến 3 tuần, 4) hạch lớn hơn 2 cm hoặc 5) nhiều hạch bạch huyết có các đặc điểm đáng lo trên siêu âm hoặc CT. (24) (25) Sinh thiết FNA đã được chứng minh là có độ nhạy 86% và độ đặc hiệu là 96%. (26) Thật không may, FNA có một số hạn chế. Lên đến 20% kết quả sinh thiết FNA không có khả năng chẩn đoán, cần can thiệp thêm để chẩn đoán chắc chắn (27) và lên đến 39% bệnh nhân làm sinh thiết FNA vẫn yêu cầu phẫu thuật thêm để chẩn đoán.

Thêm nữa, FNA ở trẻ nhỏ thường cần dùng thuốc an thần. (28) Mặc dù biến chứng đi kèm của FNA là hiếm, song khả năng lấy được mẫu sinh thiết chất lượng có thể bị hạn chế ở bệnh nhi. Tuy nhiên, các bác sĩ không nên ngần ngại thực hiện sinh thiết FNA ở trẻ lớn có khả năng hợp tác vì điều này thường có thể được thực hiện mà không cần an thần và ít rủi ro.

Mặc dù sinh thiết cắt bỏ mở vẫn là tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán bệnh hạch kéo dài, diễn tiến xấu, quy trình này không nên được thực hiện thường quy. Connolly và MacKenzie (29) báo cáo tỷ lệ biến chứng là 11% ở 360 bệnh nhân được sinh thiết mở và cắt bỏ khối cổ.

## TÓM TẮT

- Căn nguyên phổ biến nhất của bệnh nổi hạch cổ cấp tính ở trẻ em là phản ứng với kháng nguyên virus. Bệnh nổi hạch bán cấp hoặc mãn tính với các triệu chứng đi kèm như khó chịu, đau họng và mệt mỏi nên được xét nghiệm để tìm EBV, cytomegalovirus hoặc thậm chí HIV.
- Dựa trên triệu chứng lâm sàng, siêu âm có thể là một phương tiện chẩn đoán ban đầu hữu ích. (20) (21) Độ nhạy và đặc điểm phụ thuộc vào người thực hiện và thiết bị. Nếu lo lắng về sự hình thành áp xe ở vùng nhạy cảm về mặt giải phẫu, nên chụp CT hoặc MRI từ với thuốc cản quang để xác định rõ hơn giải phẫu.
- Dựa trên ý kiến và sự đồng thuận của chuyên gia, có thể bắt đầu thử nghiệm kháng sinh đường tĩnh mạch từ 24 đến 48 giờ cho những bệnh nhân có hình thành áp xe nhỏ (kích thước lớn nhất <1-1,5 cm) vì nhiều bệnh nhân này sẽ đáp ứng mà không cần rạch và dẫn lưu.
- Sự hình thành áp xe ở bệnh hạch cổ bán cấp/mãn tính làm tăng mối lo ngại về nhiễm trùng mycobacteria, *Bartonella* hoặc nhiễm ký sinh trùng đơn bào như bệnh toxoplasma.
- Dựa trên các bằng chứng lâm sàng, bệnh hạch cổ cũng có thể do bệnh lý ác tính, mặc dù trường hợp này hiếm gặp ở trẻ em. (11) (12) (13)
- Các khối bẩm sinh ở cổ, chẳng hạn như dị tật cung mạng và u nang bì và u nang ống giáp-lưỡi có thể giả dạng như bệnh hạch cổ. Chẩn đoán hình ảnh cùng với bệnh sử và thăm khám lâm sàng thường giúp phân biệt chúng với nguyên nhân nhiễm trùng hoặc ác tính.



- Bệnh lý tuyến nước bọt cũng có thể biểu hiện như một khối u ở cổ hoặc có thể nổi hạch.
- Các nguyên nhân không do nhiễm trùng gây nổi hạch cũng nên được xem xét trong trường hợp nổi hạch bán cấp hoặc mãn tính.
- Dựa trên bằng chứng lâm sàng mạnh mẽ và ý kiến chuyên gia, sinh thiết hạch nên được thực hiện nếu có nghi ngờ bệnh lý ác tính, bệnh hạch bán cấp/mãn tính, bệnh hạch diễn tiến xấu đi mặc dù đã được điều trị thích hợp, hạch bạch huyết dai dẳng lớn hơn 2 cm hoặc nhiều hạch bạch huyết với các đặc điểm đáng lo trên CT, siêu âm hoặc MRI. (23) (24)
- Dựa trên bằng chứng lâm sàng và ý kiến chuyên gia, FNA nên được coi là một phương tiện chẩn đoán ở những bệnh nhân cần sinh thiết miễn là họ có thể chịu được thủ thuật dưới gây tê tại chỗ. (26) (27)

## PIR Quiz

There are two ways to access the journal CME quizzes:

1. Individual CME quizzes are available via a handy blue CME link under the article title in the Table of Contents of any issue.
2. To access all CME articles, click "Journal CME" from Gateway's orange main menu or go directly to: <http://www.aappublications.org/content/journal-cme>.
3. To learn how to claim MOC points, go to: <http://www.aappublications.org/content/moc-credit>.

1. Một bé trai 2 tuổi được đưa đến phòng khám với khối sưng ở cổ bên phải. Chảy mũi, sốt và ho 7 ngày, tăng dần. Mẹ bé để ý khối sưng có từ 3 ngày trước và khiến bé khó chịu. Khám ghi nhận T 38°C, mạch 100l/phút, nhịp thở 24l/phút. Sờ được 1 hạch kích thước 1x1.5cm vùng hạch cổ trước bên phải, hơi mềm, di động, không nóng, đỏ. Kèm nghẹt mũi. Khám các cơ quan khác bình thường. Bước tiếp theo làm gì thích hợp nhất:

- A. Xquang ngực
- B. FNA hạch
- C. Xét nghiệm monospot
- D. Trấn an bệnh nhân
- E. Siêu âm cổ

2. Một bé gái 15 tuổi được đưa đến phòng khám với đau họng, nuốt khó, mệt mỏi, sốt liên tục 5 ngày. 2 ngày trước mệt tăng lên và sưng hạch cổ. Khám bệnh nhân yếu, mệt. 38.5°C, thở 18l/phút, mạch 80l/phút. Amidan sưng, có dịch nhầy trắng. Hơi thở hôi. Nhiều hạch ở vùng hạch cổ sau đường kính thay đổi từ 0.5cm đến 1.5cm. Tim phổi bình thường. Lách 2cm dưới bờ sườn trái. Gan không sờ chạm. CLS: WBC 15x10<sup>9</sup>, Hemoglobin 13g/dL, Hct 42%, PLT 300x10<sup>9</sup>, MCV 84fL, ALT 100U/L, AST 80U/L, bilirubin toàn phần 1.5mg/dL, kháng nguyên streptococcus âm. Chẩn đoán phù hợp nhất:

- A. Bạch cầu cấp dòng lympho
- B. Mycobacterium không điển hình
- C. Bệnh mèo cào
- D. Nhiễm EBV
- E. Viêm họng do Streptococcus

3. Một bé trai 3 tuổi nhập viện vì sưng đỏ vùng cổ trái. Bé bị nhiễm trùng hô hấp trên 1 tuần trước đó với sốt và ho. Cũng lúc mẹ thấy một vùng sưng nhỏ ở cổ trái. Sau 2 ngày hồi phục, bé sốt trở lại và sưng, đỏ đau nhiều hơn. Nhiệt độ là 38.4, nhịp thở 18 l/p, nhịp tim 110 l/p. Khối đỏ 2x2cm, ấm, hạch cổ trước trái, chắc, di động. Họng đỏ không chảy dịch, amidan bình thường. Không bất thường cơ quan khác. Cần làm gì trên bệnh nhân này?

**REQUIREMENTS:** Learners can take *Pediatrics in Review* quizzes and claim credit online only at: <http://pedsinreview.org>.

To successfully complete 2018 *Pediatrics in Review* articles for AMA PRA Category 1 Credit™, learners must demonstrate a minimum performance level of 60% or higher on this assessment. If you score less than 60% on the assessment, you will be given additional opportunities to answer questions until an overall 60% or greater score is achieved.

This journal-based CME activity is available through Dec. 31, 2020, however, credit will be recorded in the year in which the learner completes the quiz.



2018 *Pediatrics in Review* now is approved for a total of 30 Maintenance of Certification (MOC) Part 2 credits by the American Board of Pediatrics through the AAP MOC Portfolio Program. Complete the first 10 issues or a total of 30 quizzes of journal CME credits, achieve a 60% passing score on each, and start claiming MOC credits as early as October 2018. To learn how to claim MOC points, go to: <http://www.aappublications.org/content/moc-credit>.

- A. CT ngực
- B. Sinh thiết cắt bỏ
- C. Rạch dẫn lưu hạch
- D. Kháng sinh uống
- E. Siêu âm cổ

4. Một bé gái 12 tuổi được đưa đến phòng khám với khối phồng tăng dần trên xương đòn. Bé khỏe cho đến 8 tuần trước phát hiện 1 khối phồng nhỏ vùng cổ thấp bên trái. Bé được đưa gấp đến trung tâm y tế và điều trị với amoxicillin uống. Khối phồng không mất, và 4 tuần trước được tái khám và điều trị với clindamycin. Khối phồng tiếp tục và lan đến xương đòn trái. Vùng này không nặng và chỉ đỏ nhẹ. Một môi nhiều hơn và không đỏ mọng hời dềm. Bé không nghi bị sứt cân. Không sốt từ 8 tuần trước, chạm vào khối phồng thấy ấm. Không tiền căn du lịch nước ngoài, không tiếp xúc vật nuôi, hoặc ai nghi ngờ bị lao. Khám cân nặng bách phân vị 40( 6 tháng trước là bách phân vị 45), chiều cao nằm ở bách phân vị 50, nhiệt độ 37,8, nhịp thở 16l/p, mạch 80l/p. Khoang miệng bình thường. cổ có khối 2,5x3cm, chắc, không di động, không sung huyết....Nhiều hạch cổ nhỏ 1,5x1 cm và 1cmx1cm cổ thấp bên trái. Không phát hiện bướu cổ. Nách và bẹn không sờ thấy hạch. Khám lâm sàng còn lại bình thường. Kết quả xét nghiệm ( bao gồm công thức máu), sinh hóa, xquang ngực bình thường. Chẩn đoán nghi nhiều nhất ở bệnh nhân này?

- A. Hodgkin lymphoma
- B. Carcinoma hầu họng
- C. U nguyên bào thần kinh
- D. Sarcoma cơ vân
- E. Carcinoma tuyến giáp

5. Một bé trai 5 tuổi được bố mẹ đưa đến phòng khám với khối phồng vùng cổ. Mẹ phát hiện vài tháng trước. Ban đầu sưng to hơn nhưng không thay đổi kích thước trong 8 tuần qua. Khối nằm giữa cổ và di chuyển khi bé thè lưỡi ra ngoài. Vùng này thỉnh thoảng đỏ lên. Khám lâm sàng có 1 khối mềm 2cm giữa cổ phía trước thanh quản. Không sờ thấy hạch cổ, nách, bẹn. Cơ quan khác không ghi nhận bất thường. Siêu âm cổ thấy tuyến giáp bình thường với 1 cấu trúc dạng nang ở giữa và phía trước thanh quản. Xạ hình tuyến giáp bình thường. Xử trí phù hợp nhất với vấn đề của bệnh nhân?

- A. Chọc hút bằng kim nhỏ
- B. đồng vị phóng xạ iot 131
- C.. Levothyroxine
- D. Propylthiouracil
- E. Phẫu thuật cắt bỏ