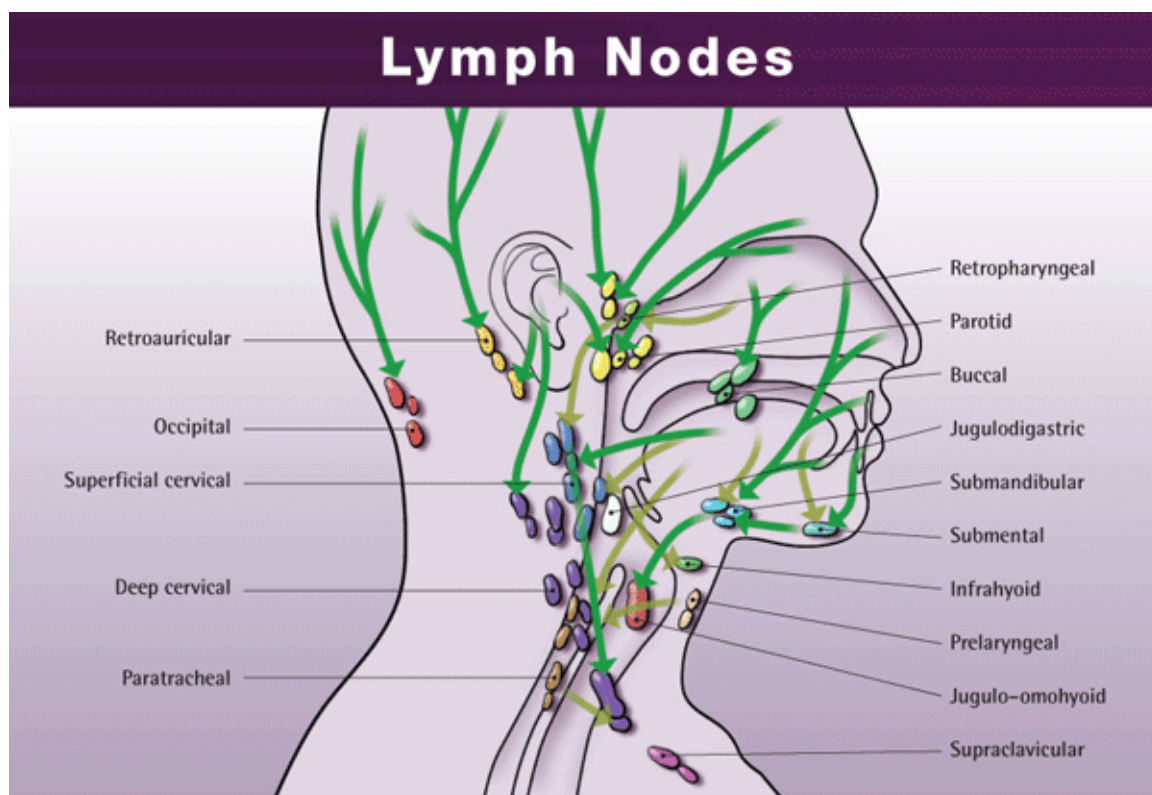


**BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ BUÔN MA THUẬT**  
**KHOA TAI – MŨI – HỌNG**

**BS VÕ NGUYỄN HOÀNG KHÔI**

# **HẠCH ĐẦU MẶT CỔ**



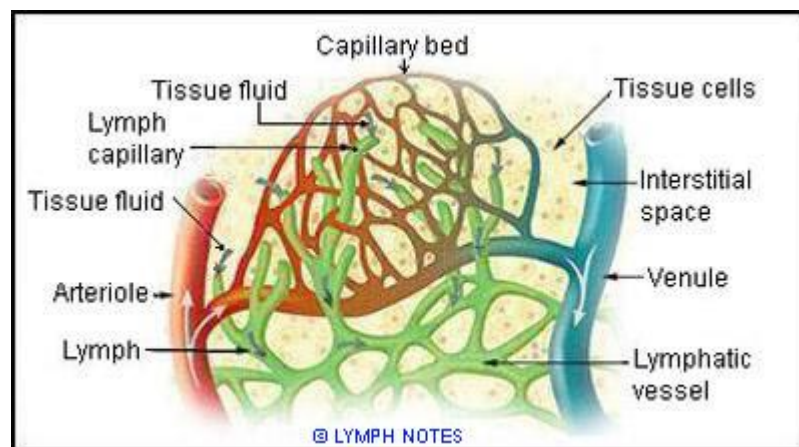
**Lưu hành nội bộ**

## 1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ HỆ BẠCH HUYẾT [1, 4, 5, 6, 7, 14]

Hệ thống bạch huyết là một hệ thống mạng lưới mô và cơ quan, gồm có hệ thống mạch bạch huyết, các mô bạch huyết và bạch huyết, ngoài ra còn có các cấu trúc lympho.

### 1.1. BẠCH HUYẾT

Bạch huyết là một chất lỏng trong suốt, gồm các tế bào lymphocytes, plasma rò rỉ ra ngoài từ mạch máu và của các mô cơ thể. Bạch huyết có nguồn gốc huyết tương, khi máu được vận chuyển đến các mô, lúc đi qua các giường mao mạch, máu lưu thông chậm lại tạo điều kiện cho huyết tương và một số thành phần của máu thoát ra lòng mao mạch đến mô (Hình 1) sau khi đã qua quá trình trao đổi chất, các chất lỏng này mang theo các chất thải của tế bào và các tế bào protein. Bạch huyết chảy được trong mạch bạch huyết theo một chiều nhất định là nhờ các van trong mạch bạch huyết và sự co bóp nhịp nhàng của thành mạch với tần số 10 – 12 lần/ phút với vận tốc chảy là 4 – 5mm/giây. Khoảng 90% các chất này đi vào tĩnh mạch trở về hệ tuần hoàn máu, 10% còn lại được thu nhận bởi hệ thống mạch bạch huyết.

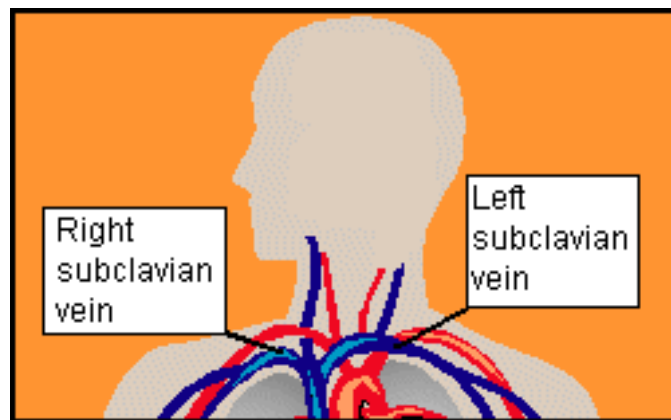


**Hình 1: Sự lưu chuyển máu và thu nhận huyết tương ở mô**

Tissue fluid: huyết tương; arteriod: động mạch; venule: tĩnh mạch;  
lymphatic vessel: mao mạch bạch huyết; lymph capillary: mạch mạch huyết;  
capillary: giường mao mạch; interstitial space: khoảng kẽ;

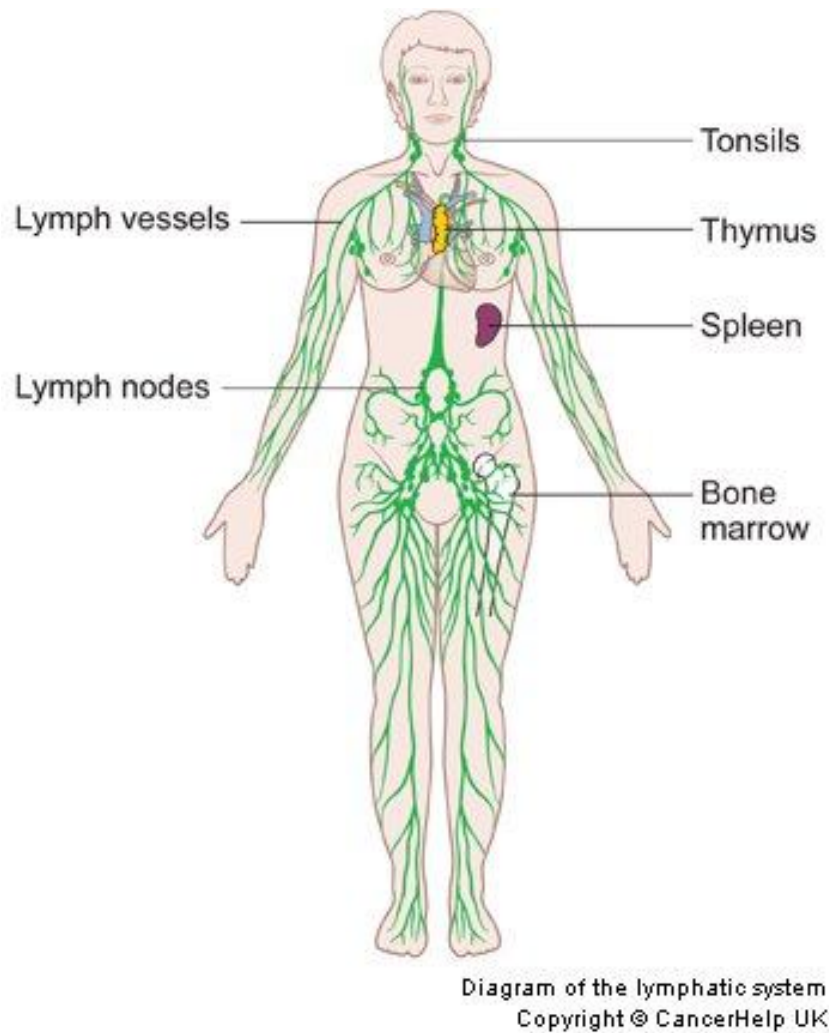
## 1.2. MẠCH BẠCH HUYẾT

Hệ thống mạch bạch huyết cũng giống như hệ thống mạch máu, là hệ thống ống chạy khắp cơ thể, nhưng mạng lưới bạch huyết phong phú hơn mạch máu và nó vận chuyển bạch huyết. Tuy nhiên khác với máu, máu thì được bơm bởi tim, nhưng bạch huyết không có bơm để hỗ trợ dòng chảy. Cấu tạo hệ thống bạch huyết để vận chuyển bạch huyết theo hướng đi lên suốt cơ thể từ các phần ngoại vi (tay, chân) và đi hướng về phía cổ. Trong quá trình lưu chuyển suốt cơ thể, bạch huyết đi qua các hạch huyết và tại đây nó được lọc. Và khi đến vùng cổ nó được đổ vào tĩnh mạch dưới đòn và lại trở thành huyết tương máu.



**Hình 2: Hệ thống mạch đầu cổ**

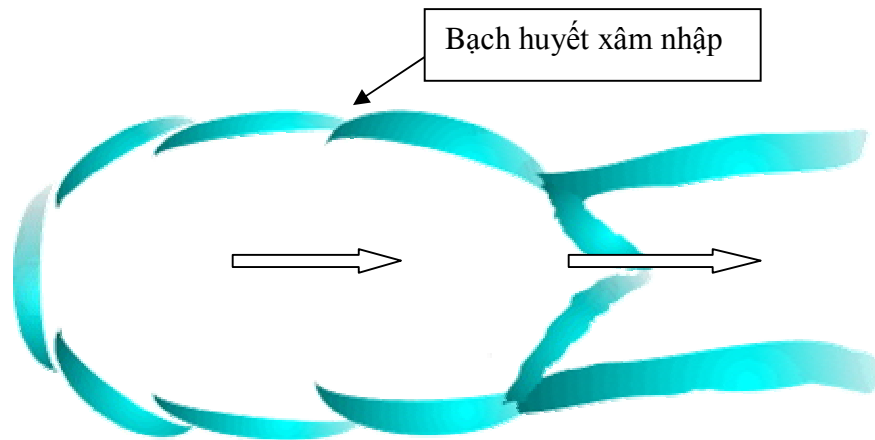
Nguồn <http://www.lymphnotes.com/article.php/id/151/>



**Hình 3: Hệ thống bạch huyết của cơ thể**

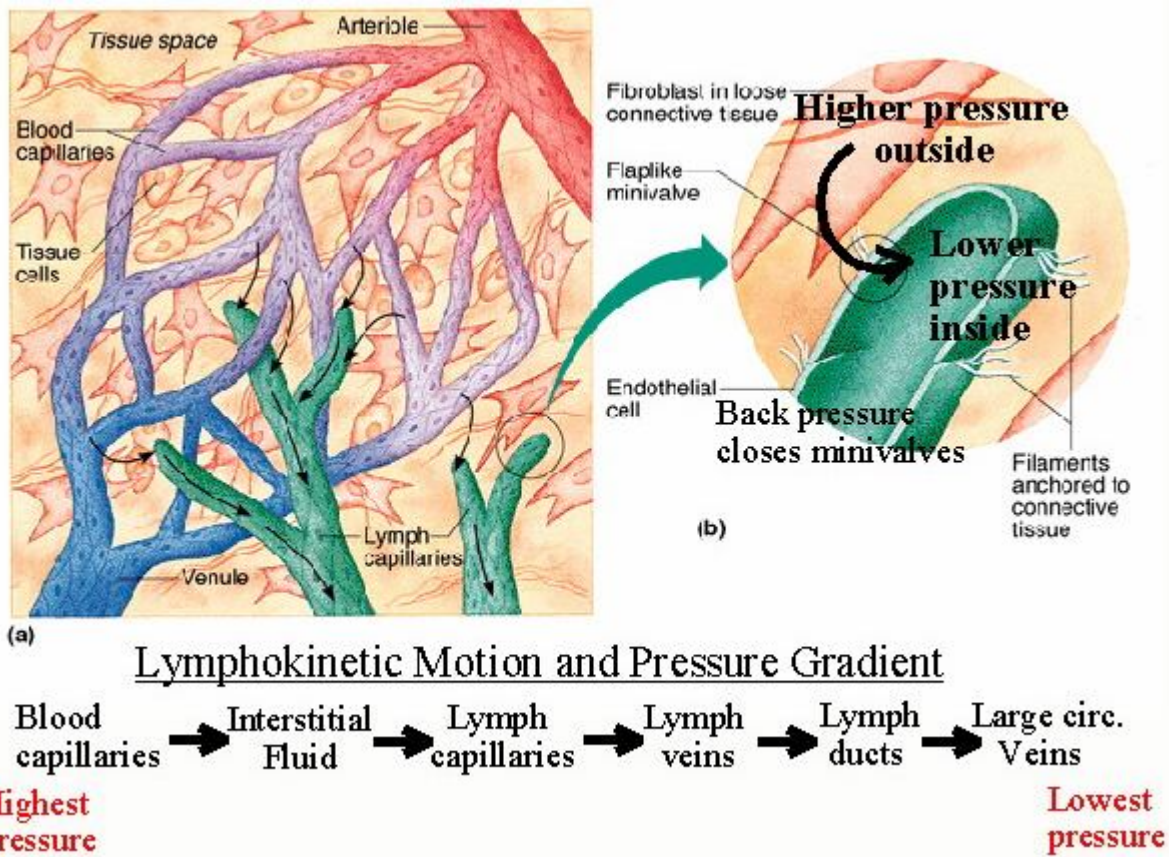
Nguồn <http://www.cancerhelp.org.uk/about-cancer/what-is-cancer/body/the-lymphatic-system>

Hệ thống bạch huyết bắt đầu từ các mao mạch bạch huyết, khoảng 70% mao mạch bạch huyết nằm ở gần da hoặc dưới da, 30% còn lại là các mao mạch bạch huyết sâu, chủ yếu nằm bao quanh các cơ quan. Các mao mạch bạch huyết, bắt đầu bởi những ống, mà đầu bịt kín, thành được lót chỉ bởi 1 tế bào, những tế bào này được xếp chồng lên nhau như vảy cá và mỗi tế bào được giữ chặt vào mô lân cận bởi một sợi nhỏ. Thành bạch huyết cũng được cấu tạo bởi 3 thành phần: lớp mô liên kết bên ngoài, lớp cơ đàn hồi ở giữa, lớp nội bì lót bên trong. Và mạch bạch huyết cũng có val như tĩnh mạch.



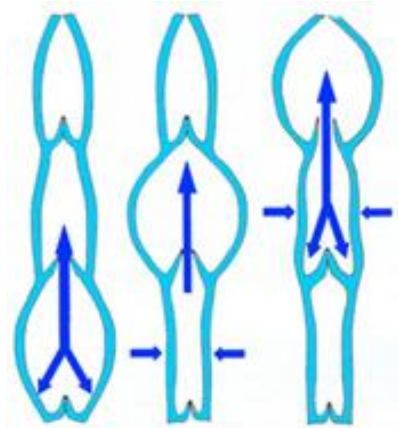
Hình 4 : phần đầu của mao mạch bạch huyết và sự thâm nhập bạch huyết

Nguồn <http://www.lymphnotes.com/article.php/id/151/>



Hình 5: Chu trình vận động bạch huyết.

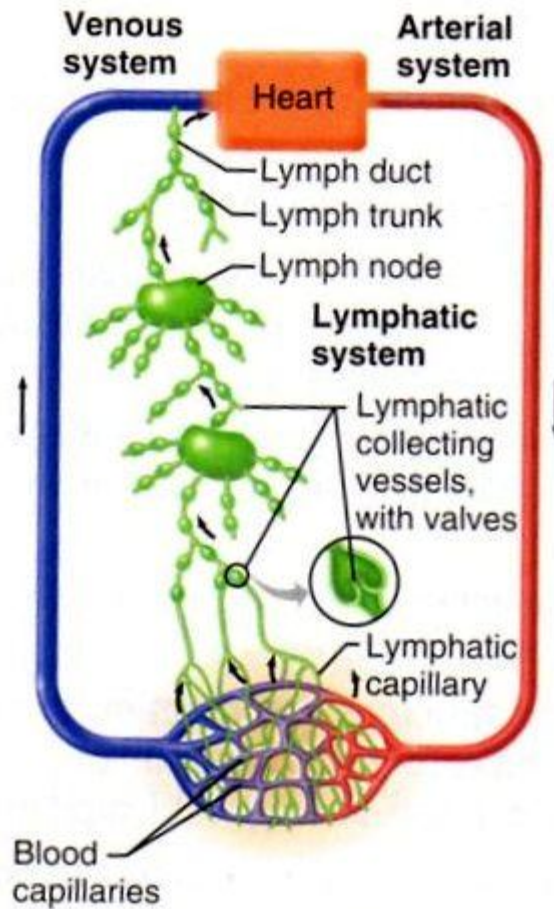
Các mao mạch bạch huyết hòa nhập với nhau và tạo thành mạch bạch huyết nằm sâu trong cơ thể. Các mạch huyết lớn dần và nằm gần các mạch máu lớn. Mạch bạch huyết cũng giống tĩnh mạch có val 1 chiều, để ngăn bạch huyết chạy ngược lại. Các cơ thành mạch bạch huyết co bóp để hỗ trợ dòng chảy bạch huyết đối với mạch bạch huyết vùng lồng ngực. Như hình 6



**Hình 6 : cơ thành bạch huyết co bóp**

Nguồn <http://www.lymphnotes.com/article.php/id/151/>





**Hình 7: Vòng bạch huyết**

### 1.3. HẠCH BẠCH HUYẾT

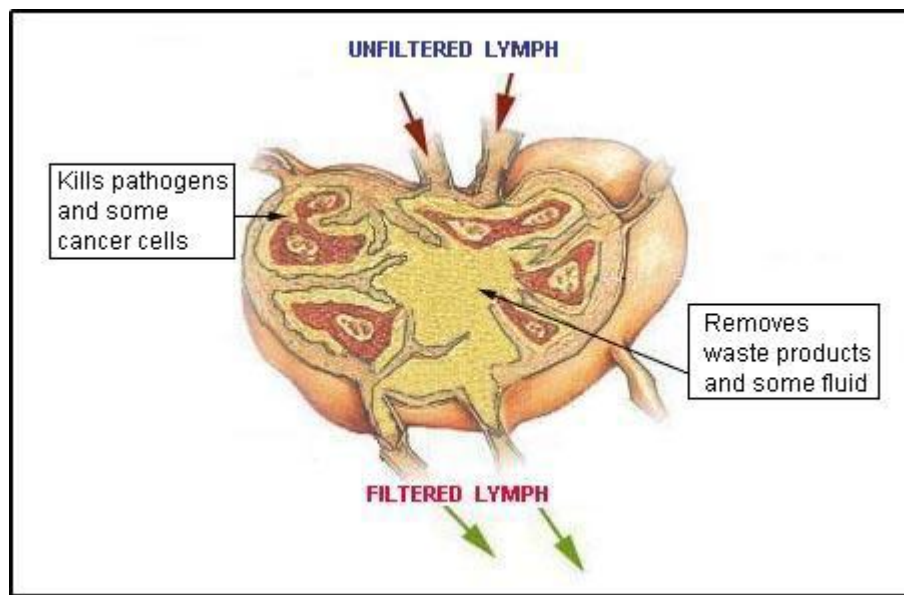
Hạch bạch huyết là cơ quan nhỏ có cấu trúc hình tròn hay hạt đậu, hạch bạch huyết thường có kích thước khoảng 1-1,5 cm nằm trên đường đi của hệ thống bạch huyết.

Hạch bạch huyết phát triển cho đến 8-12 tuổi, sau đó teo nhỏ dần ở giai đoạn dậy thì.

Hạch bạch huyết không phải là tuyến như một số tài liệu mô tả mà nó là một phần của hệ bạch huyết và cũng thuộc hệ thống miễn dịch, được cấu tạo bởi mô tế bào bao quanh các ống, nang, các tế bào trong hạch bạch huyết gồm các tế bào lympho có nhiệm vụ sản xuất kháng thể và các đại thực bào có nhiệm vụ dọn sạch các mảnh vụn. Xung quanh hạch là lớp collagene, có những chỗ lõm vào gọi là rốn hạch là nơi các bó mạch đi vào, ra.

Cấu trúc của hạch lympho gồm có 2 vùng:

- Vùng vỏ: chứa các nang lympho tròn, phía ngoài là các tế bào lympho dày đặc sẫm màu. Ở giữa là vùng trung tâm mầm chứa các nguyên bào lympho xếp thưa hơn, sáng hơn. Các xoang vỏ ngoại vi dưới bao tiếp nhận bạch huyết đi tới, qua xoang trung gian tới xoang tủy.
- Vùng tủy: được bao quanh bởi vùng vỏ, được cấu tạo bởi một lớp tế bào liên võng, đại thực bào, các dây tủy chứa tế bào lympho.



**Hình 8: Hạch bạch huyết và sự lọc bạch huyết**

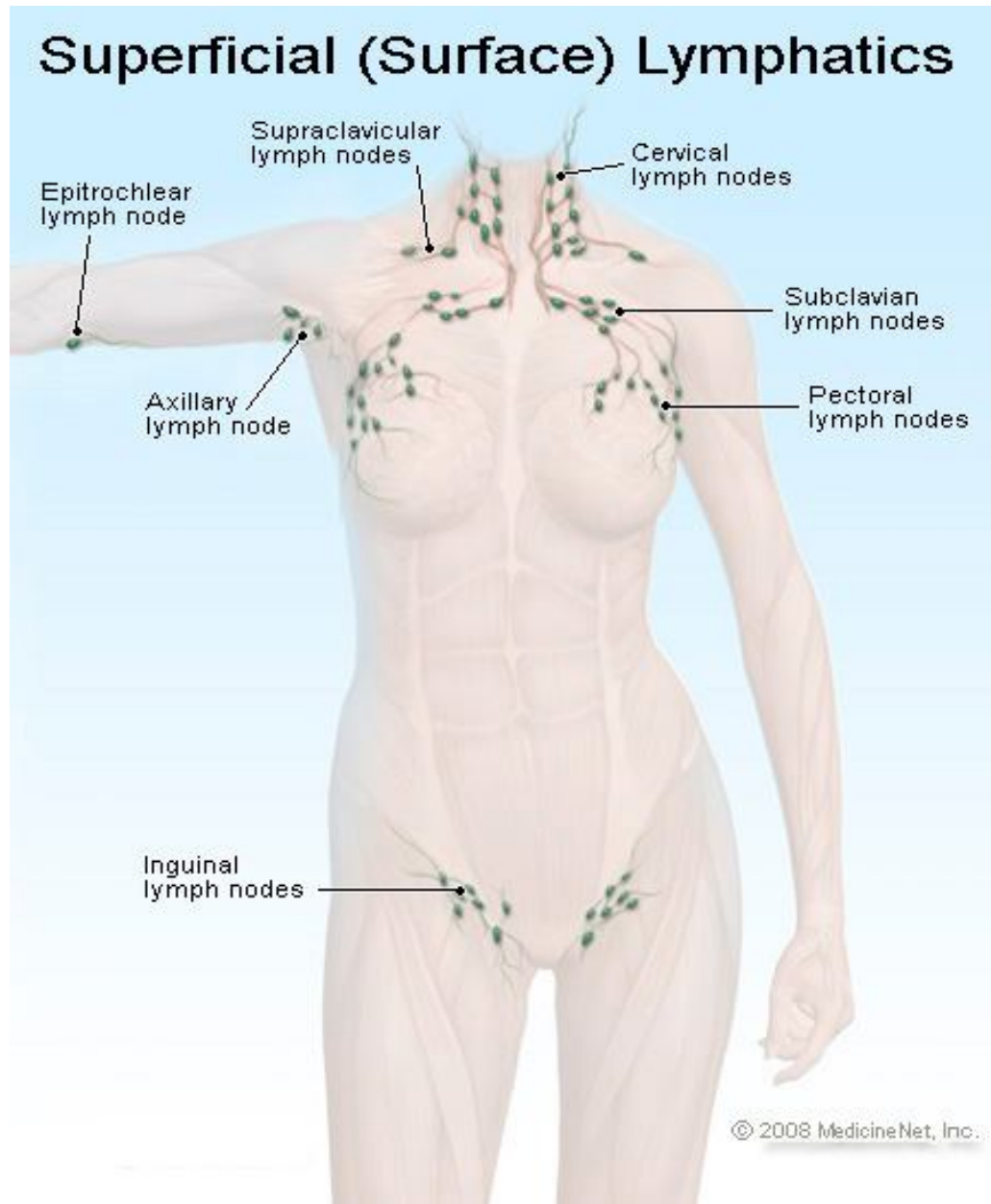
Nguồn <http://www.lymphnotes.com/article.php/id/151/>

Thông thường có khoảng 600 – 700 hạch bạch huyết trong cơ thể, nó đóng vai trò lọc bạch huyết trước khi bạch huyết trở về hệ thống tuần hoàn máu.

Bạch huyết chưa lọc được đưa vào hạch bởi những mạch bạch huyết hướng tâm, tại hạch bạch huyết được lọc bỏ các chất thải, mầm bệnh sẽ bị thực bào bởi các đại thực bào và làm hạch sưng to lên. Hạch bạch huyết cũng bắt các tế bào ung thư và làm chậm sự lan truyền ung thư, cho đến khi các tế bào ung thư tràn ngập hạch. Bạch huyết sau khi được lọc sẽ được đưa ra khỏi hạch bởi những mạch ly tâm trở về hệ tuần hoàn máu. Ngoài ra bạch huyết còn được lọc bởi lách, tuyến ức. Các hạch bạch huyết có ý nghĩa quan trọng trong



chẩn đoán bệnh. Hạch bạch huyết sưng, nóng, đỏ đau, quá phát biểu lộ những tình trạng bệnh lý khác nhau, từ nhẹ như viêm họng cho đến ung thư. Ở bệnh nhân ung thư, hạch bạch huyết có tầm quan trọng đến mức có thể được dùng để chẩn đoán giai đoạn ung thư.



**Hình 9: Hệ thống hạch bạch huyết**

Nguồn [http://www.emedicinehealth.com/swollen\\_lym.../article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/swollen_lym.../article_em.htm)

#### **1.4. HỆ THỐNG HẠCH BẠCH HUYẾT ĐẦU MẶT CỔ [1, 3,]**

Bạch huyết nông đầu, cổ dẫn lưu bạch huyết từ da, sau khi đi qua các hạch tại chỗ hoặc hạch vùng thì đổ vào nhóm hạch cổ nông (4 – 6 hạch) nằm dọc tĩnh mạch cảnh ngoài.

Bạch huyết sâu của đầu, cổ dẫn lưu bạch huyết từ phần đầu của ống tiêu hóa và đường hô hấp và các cơ quan vùng cổ (tuyến giáp, thanh quản, cơ) đổ vào nhóm hạch cổ sâu nằm dọc theo động mạch cảnh.

Hệ thống hạch bạch huyết đầu mặt cổ rất phong phú, được sắp xếp theo từng nhóm. Có nhiều hệ thống phân nhóm hạch bạch huyết.

##### **1.4.1. Phân chia nhóm hạch bạch huyết theo phân chia vùng đầu mặt**

###### **1.4.1.1. Nhóm hạch chẩm (occipitales)**

Có từ 1 – 3 hạch, nằm ở vùng chẩm, dẫn lưu bạch huyết da vùng chẩm đổ vào nhóm hạch cổ nông.

###### **1.4.1.2. Nhóm hạch sau tai (posterior auricular)**

Thường có 2 hạch, nằm ở sau tai, dẫn lưu bạch huyết vùng sau tai, trên tai và phần sau ống tai ngoài, đổ vào hạch cổ nông.

###### **1.4.1.3. Các hạch mang tai nông (nodi lymphatici parotidei superficiales)**

Có từ 1 – 3 hạch, nằm trước bình tai, dẫn lưu bạch huyết mặt ngoài loa tai, da vùng thái dương đổ vào nhóm hạch cổ sau trên.

###### **1.4.1.4. Các hạch mang tai sâu (nodi lymphatici parotidei profundi)**

Các hạch mang tai sâu ở giữa tuyến mang tai và ở dọc theo tĩnh mạch cảnh ngoài, nhận bạch huyết ở da vùng thái dương, vùng trán, mí mắt, ở tai ngoài và tai giữa, ở tuyến mang tai và ở niêm mạc mũi. Đổ vào nhóm hạch cổ sau trên.

###### **1.4.1.5. Các hạch sau hầu (nodi lymphatici retropharyngei)**

Có 1-3 hạch nằm trong mạc má hầu và đổ vào hạch cổ sâu trên.

###### **1.4.1.6. Các hạch má (nodi lymphatici buccales)**

Có thể không có, thường nằm ở bên trong ngành hàm dưới đổ vào hạch cổ sâu trên.

###### **1.4.1.7. Các hạch hàm dưới (nodi lymphatici mandibulares)**

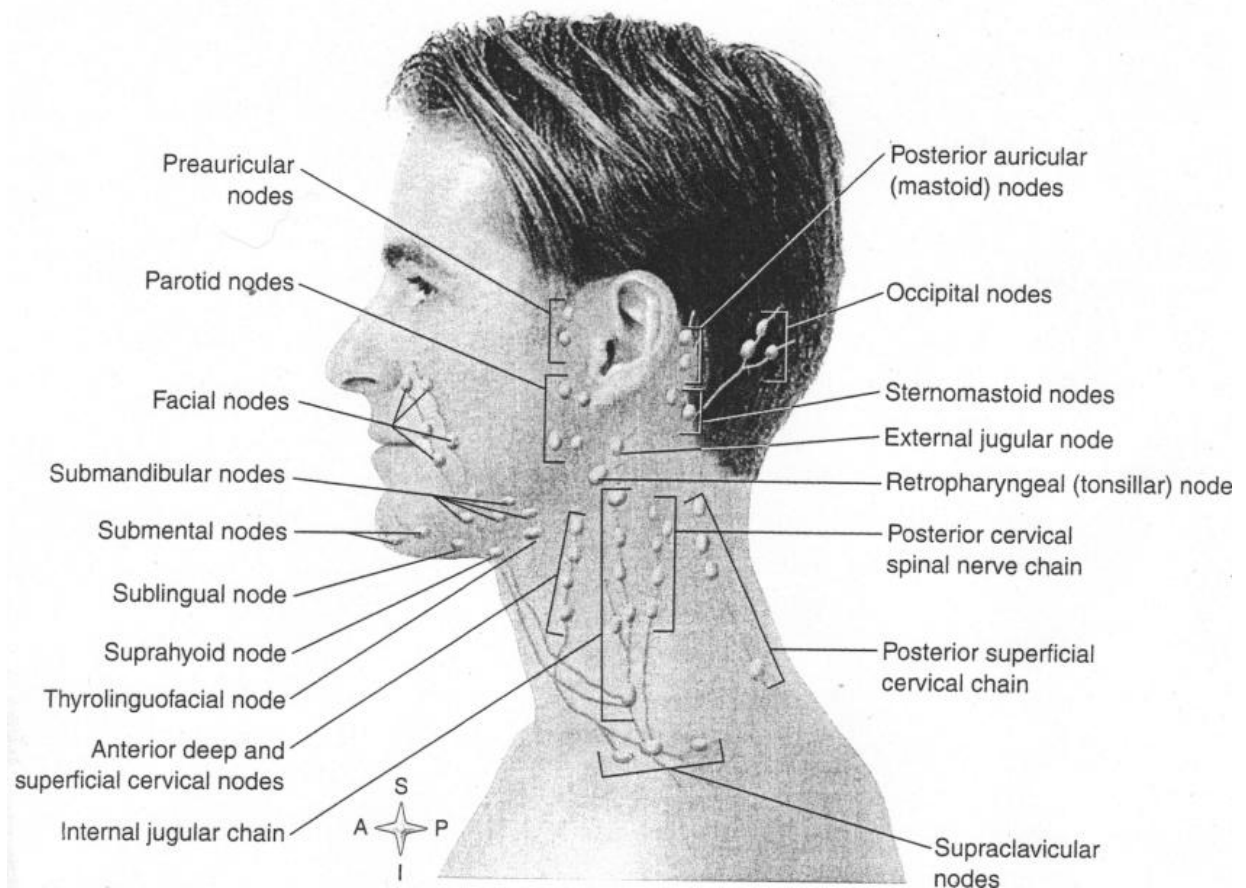
Nằm trên mặt ngoài của hàm dưới. Mạch đi đổ vào hạch dưới hàm.

#### 1.4.1.8. Các hạch dưới hàm (nom lymphatici submandibulares)

Có 3-6 hạch ở trước và sau tuyến nước bọt dưới hàm, ở trước và sau tĩnh mạch mặt. Nhận bạch huyết ở mũi, ở má, môi trên, lợi và ở sàn miệng.

#### 1.4.1.9. Các hạch dưới cằm (nodi lymphatici submentales)

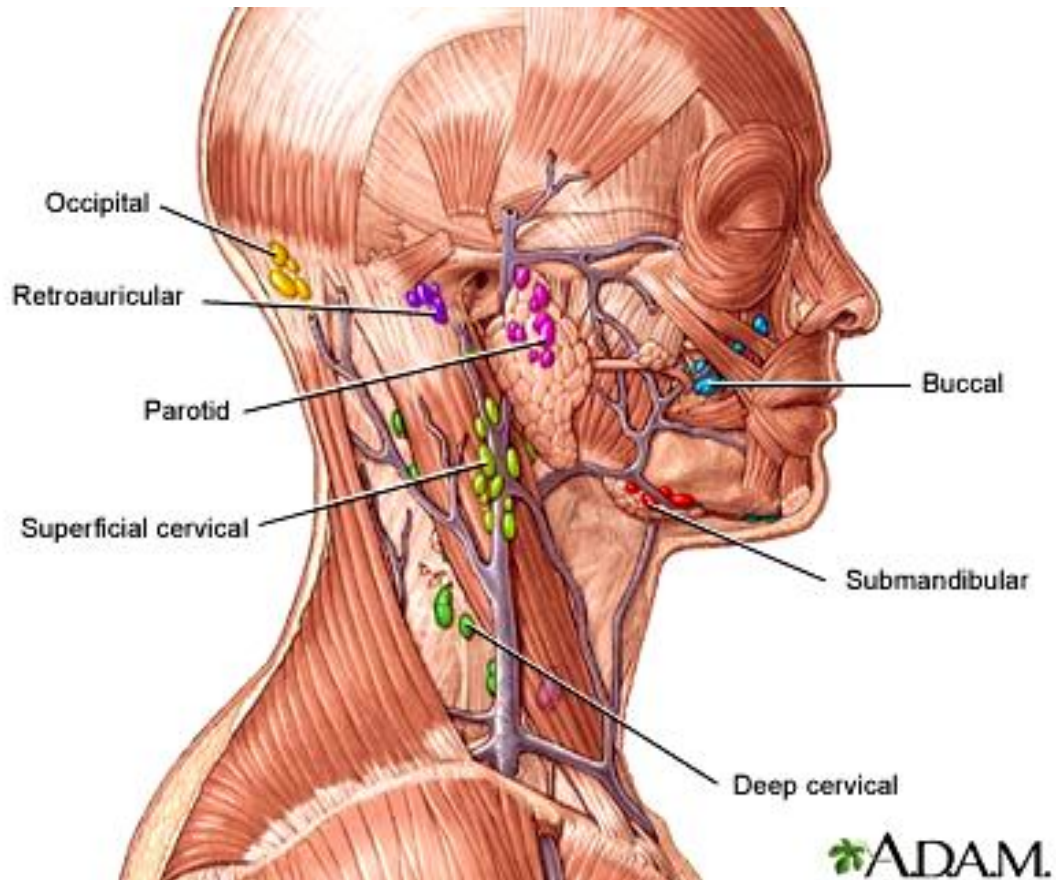
Có từ 2-3 hạch, nhận bạch huyết ở cằm, môi dưới, má, nền miệng và đầu lưỡi.



**Hình 10: các nhóm hạch đầu mặt cổ**

<http://uwlclinicaloncology2010.wikispaces.com/Oral+Cavity>

Preauricular node: hạch trước tai; parotid node : hạch vùng tuyến mang tai; facial node: hạch ở mặt; submental node: hạch dưới cằm; sublingual node: hạch dưới lưỡi; suprahyoid node: hạch trên xương móng; anterior deep and superficial cervical nodes: hạch cổ sâu và nông trước; internal jugular chain: chuỗi hạch tĩnh mạch cảnh; Posterior auricular nodes: những hạch sau tai; occipital nodes: hạch chẩm; sternomastoid nodes: hạch vùng chũm; supraclavicular nodes: hạch thượng đòn.



**Hình 12: Hạch đầu mặt cổ**

[http://www.ehealthconnection.com/regions/youngstown/content/healthinfo\\_report.asp?src=000083&typeid=10](http://www.ehealthconnection.com/regions/youngstown/content/healthinfo_report.asp?src=000083&typeid=10)

Occipital: hạch chẩm; Buccal: hạch má; retroauricular: hạch sau tai; parotid: hạch mang tai; submandibular: hạch dưới hàm.

#### **1.4.2. Các nhóm hạch vùng cổ**

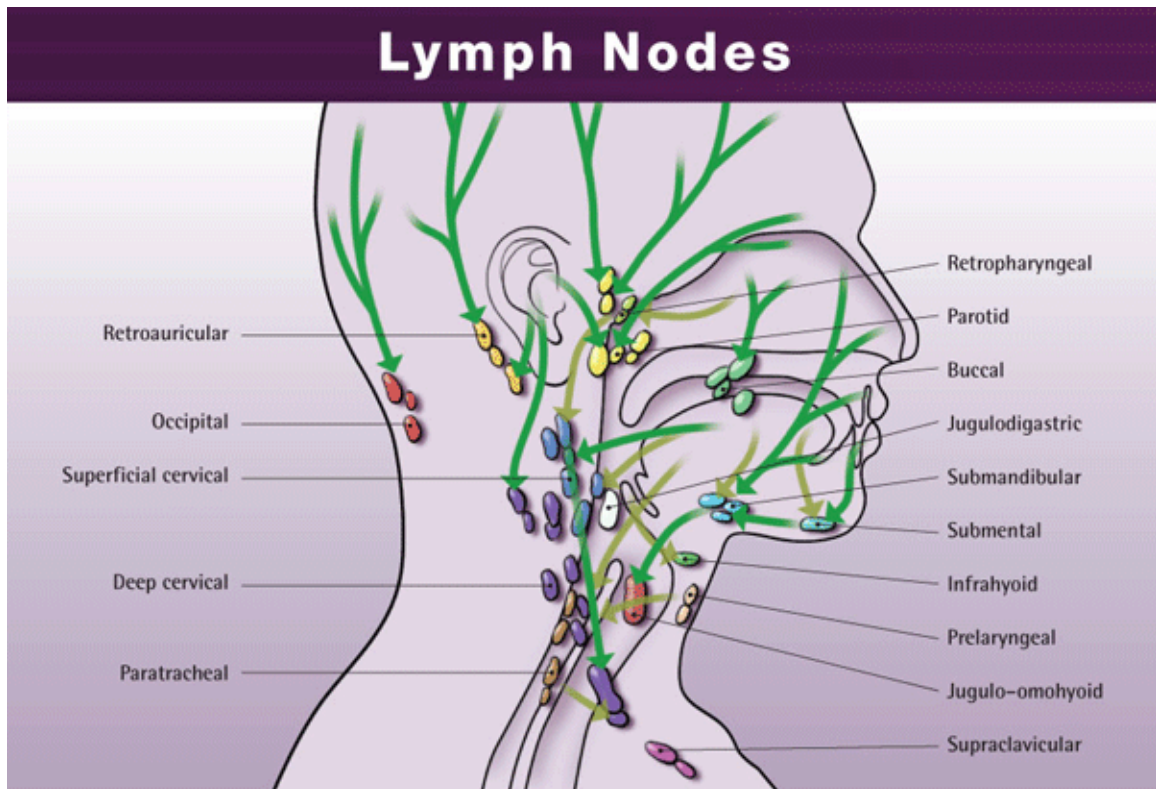
Có nhiều hệ thống phân nhóm hạch vùng cổ:

1.4.2.1. Phân chia theo từng lớp vùng cổ: Các hạch bạch huyết cổ nông, các hạch bạch huyết cổ sâu, các hạch bạch huyết cạnh tạng (Cạnh thanh quản, khí quản, tuyến giáp ...)

- Các hạch bạch huyết cổ nông:

- + Nhóm hạch bạch huyết tĩnh mạch cảnh trước.
- + Nhóm hạch tĩnh mạch cảnh ngoài: liên hệ mật thiết với tĩnh mạch cảnh ngoài, nằm trên cơ ức đòn chũm, mạch đi đổ vào hạch cổ sâu trên.

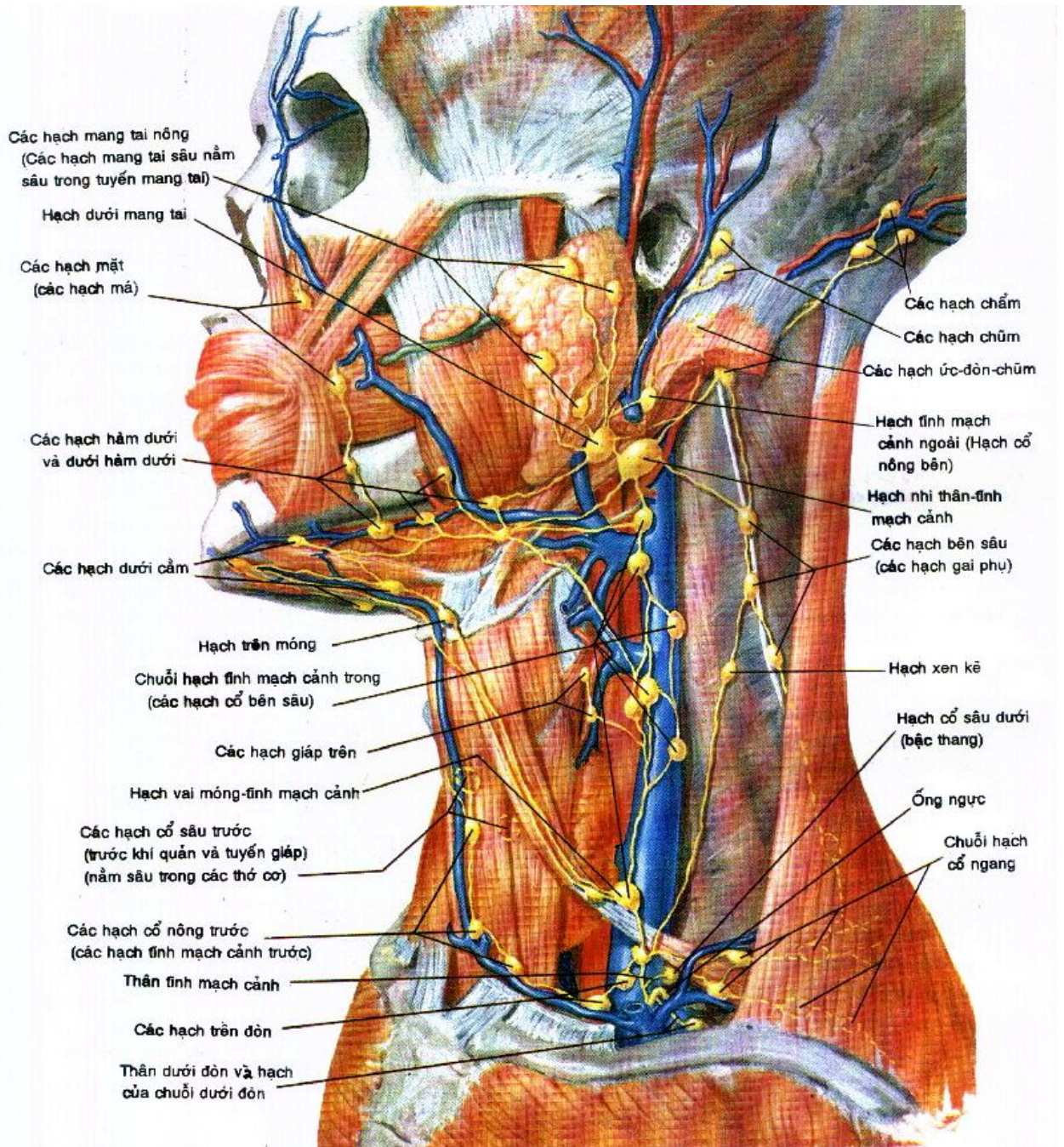
- Các hạch bạch huyết cổ sâu: gồm có 3 nhóm hạch:
  - + Nhóm tĩnh mạch cảnh trong: gồm các hạch nằm ở phía ngoài tĩnh mạch và nhiều hạch ở phía trước tĩnh mạch: nhóm hạch dưới cơ nhị thân, nhóm hạch ở trên cơ vai móng, nhóm hạch ở nơi tận hết tĩnh mạch cảnh trong.
  - + Nhóm hạch cổ sâu dưới gồm 1 hạch nằm dưới cơ thang.
  - + Nhóm hạch trên đòn.
- Các hạch bạch huyết cạnh tạng:
  - + Nhóm hạch sau hầu bên, nhận bạch huyết của mũi, vòm nhĩ, họng mũi.
  - + Nhóm hạch trước thanh quản: từ 1-2 hạch.
  - + Nhóm hạch nằm dọc theo dây thần kinh quặt ngược, nhận bạch huyết của thanh quản, khí quản, thực quản, tuyến giáp.



**Hình 13: Hạch bạch huyết và dẫn lưu**

<http://www.taxotere.com/default.aspx>





**Hình 14: Hạch vùng mặt cổ**

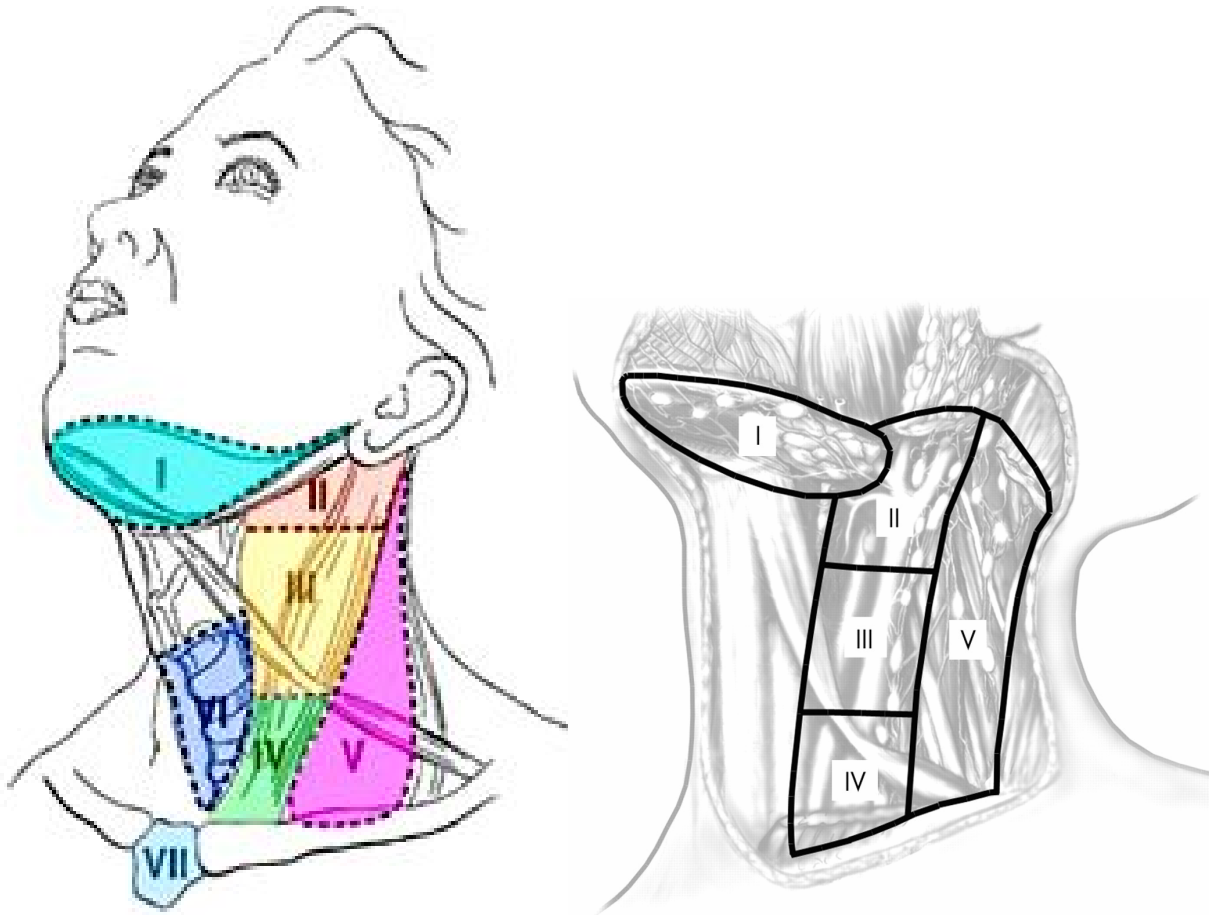
Nguồn Frank H. Netter

**Hệ thống phân chia nhóm hạch vùng cổ trên đây khó nhớ và khó xác định trên lâm sàng.**



1.4.2.2. Phân chia các nhóm hạch vùng cổ theo Reyt và Righini Chia thành 6 nhóm theo hình , [9, 10]:

- Nhóm I: gồm các hạch dưới hàm và dưới cằm, nằm trong tam giác dưới hàm. Các hạch này nhận bạch mạch của môi, tháp mũi, sàn miệng và phần lưỡi di động.
- Nhóm II: nhóm hạch cổ trên (thanh quản, họng, tuyến giáp, miệng, tuyến mang tai, tai), có giới hạn trước trên là bờ dưới của bụng sau cơ nhị thân, giới hạn dưới là đường ngang với xương móng, giới hạn sau là bờ sau cơ ức đòn chũm. Nhóm này nhận bạch huyết từ vùng khí quản, thực quản trên.
- Nhóm III: nhóm hạch cổ giữa (thanh quản, họng, tuyến giáp, miệng), nằm dưới nhóm hạch cổ trên, từ xương móng đến bờ dưới sụn nhẫn.
- Nhóm IV: nhóm hạch cổ dưới, nằm dưới nhóm hạch cổ giữa, giới hạn trước là bờ trước cơ ức đòn chũm, giới hạn sau là bờ trước cơ thang, giới hạn trên là bờ dưới sụn nhẫn, giới hạn dưới là bờ trên xương đòn.
- Nhóm V: nhóm hạch cổ sau (nhóm thượng đòn: mũi, vòm, tuyến mang tai, tai), nằm trong tam giác cổ sau, phía trước là bờ sau cơ ức đòn chũm, phía sau là cơ thang.
- Nhóm VI: nhóm hạch cổ trung tâm (nhóm trước tạng: thanh quản, tuyến giáp), từ dưới xương móng cho đến chuỗi xương ức, giới hạn 2 bên là động mạch cảnh ngoài.



**Hình 15: Hệ thống hạch vùng cổ**

[http://www.thyroid.org/patients/notes/dec08/08\\_12\\_29.html](http://www.thyroid.org/patients/notes/dec08/08_12_29.html)

<http://www.imaios.com/en/e-Anatomy/Thorax-Abdomen-Pelvis/Lymph-nodes-CT>

#### 1.4.2.3. Phân chia theo Robbins

Theo các nhóm hạch: Phân chia các nhóm hạch cổ theo vùng dựa trên các cấu trúc nhìn thấy được bao gồm xương, cơ, các mạch máu và thần kinh trong quá trình phẫu tích vùng cổ.

- Nhóm IA: nhóm dưới cằm: Các hạch nằm trong vùng giới hạn của bụng trước cơ nhị thân và xương móng. Dẫn lưu môi dưới, sàn miệng, đầu lưỡi, da vùng má.

- Nhóm IB. nhóm dưới hàm, các hạch nằm trong vùng giữa bụng trước và bụng sau cơ nhị thân và thân xương hàm dưới. Nhóm hạch này dẫn lưu lưỡi, tuyến nước bọt dưới hàm, miệng, môi.

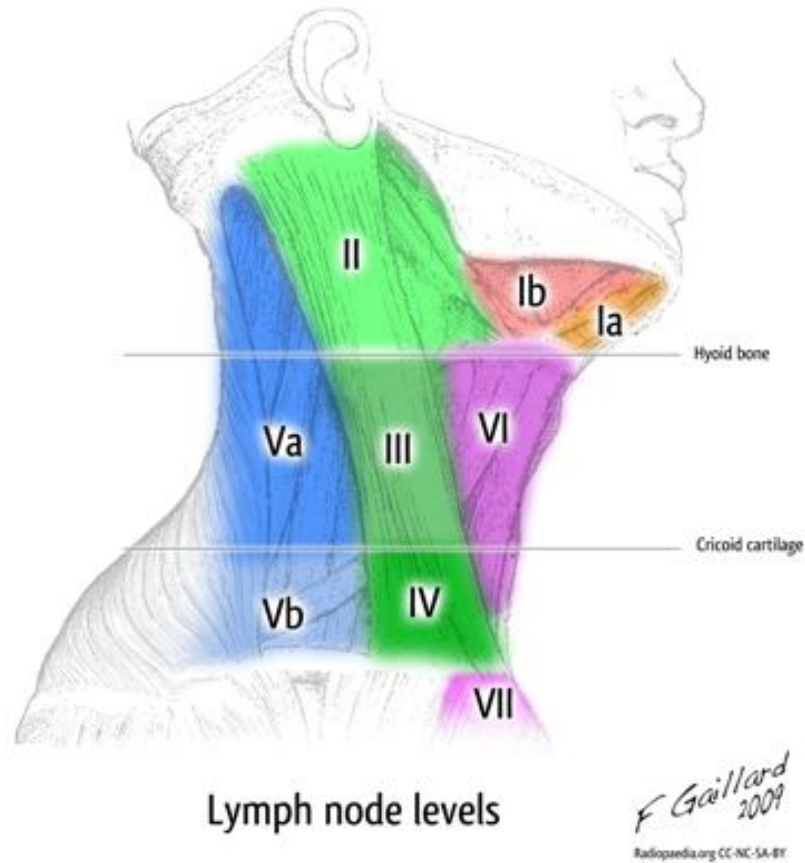
- Nhóm II: nhóm hạch cảnh trên, các hạch nằm trong khoảng 1/3 trên của tĩnh mạch cảnh trong và dây thần kinh phụ nằm sát cột sống ngang mức chia đôi động mạch cảnh (mốc phẫu thuật) hoặc xương móng (mốc giải phẫu lâm sàng) đến nền sọ. Giới hạn sau là bờ sau của cơ ức đòn chũm, giới hạn trước là bờ trước của cơ ức móng.

- Nhóm III: nhóm hạch cảnh giữa, các hạch nằm trong khoảng 1/3 giữa của tĩnh mạch cảnh trong xuất phát từ chỗ chia đôi động mạch cảnh, ở trên cơ vai móng (mốc phẫu thuật) hoặc ở dưới khe nhẫn giáp (khi thăm khám). Giới hạn sau là bờ sau của cơ ức đòn chũm, giới hạn trước là bờ bên của cơ ức móng.

- Nhóm IV: nhóm hạch cảnh dưới, các hạch nằm trong khoảng 1/3 dưới của tĩnh mạch cảnh trong xuất phát từ phía trên cơ vai móng đến phía dưới xương đòn. Giới hạn sau là bờ sau của cơ ức đòn chũm giới hạn trước là bờ bên của cơ ức móng.

– Nhóm V. Nhóm hạch thuộc tam giác (cổ) sau, gồm chủ yếu các hạch nằm dọc theo 1/2 dưới của thần kinh phụ cột sống và động mạch cổ ngang, bao gồm cả hạch thượng đòn. Giới hạn sau là bờ trước của cơ thang, giới hạn trước là bờ sau của cơ ức đòn chũm và giới hạn dưới là xương đòn.

- Nhóm VI: nhóm hạch thuộc tam giác (cổ) trước, gồm các hạch trước và sau khí quản, hạch trước nhẫn (Delphian) và các hạch quanh giáp, gồm cả các hạch dọc theo dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Giới hạn trên là xương móng, giới hạn dưới là hõm trên xương ức, giới hạn bên là các động mạch cảnh chung và giới hạn sau là các cân trước sống.



Background image is from [with modifications] the 20th U.S. edition of Gray's Anatomy of the Human Body, originally published in 1938 and therefore lapsed into the public domain

**Hình 16: Phân chia các nhóm hạch vòm cổ**

<http://radiopaedia.org/cases/lymph-node-levels>

## 2. HẠCH BỆNH

Bình thường hạch khoảng  $< 1\text{cm}$ . Hạch to khi kích thước  $> 1\text{cm}$ . Kích thước hạch còn tùy vào lứa tuổi phát triển. Bệnh hạch bạch huyết khi hạch bạch huyết có kích thước lớn hơn bình thường, cũng có thể hạch không lớn nhưng tính chất của hạch bất thường như cứng chắc, áp xe.... Gọi chung là hạch bệnh. Hạch bệnh có thể được gây ra do một nguyên nhân nào đó. Thường gặp là các nhiễm trùng cục bộ, nhiễm trùng toàn thân, bệnh lý hoặc rối loạn nào đó trong cơ thể.

Bệnh hạch cục bộ khi chỉ có một vùng hạch bệnh hoặc các vùng hạch kế cận nhau.

Bệnh hạch lan tỏa khi có ít nhất hai vùng hạch bệnh không kế cận nhau.

Nếu hạch bệnh nằm trong bệnh cảnh có nhiều hội chứng, thì vấn đề chẩn đoán thường dễ. còn nếu hạch bệnh lý chỉ là triệu chứng duy nhất thì chẩn đoán thường khó khăn, cần phải chọc hạch hoặc làm sinh thiết để chẩn đoán.

Bệnh hạch cấp: thời gian < 2 tuần.

Bệnh hạch bán cấp: 2 – 6 tuần.

Bệnh hạch mạn tính: > 6 tuần.

### **3. NGUYÊN NHÂN HẠCH BỆNH [11, 12, 13, 14]**

Nguyên nhân của hạch bệnh có thể do nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, bệnh tăng sinh mô bạch huyết, bệnh tự miễn dịch, bệnh nội tiết, phản ứng thuốc ...

#### **3.1. NGUYÊN NHÂN HẠCH BỆNH LAN TỎA**

##### **3.1.1. Nhiễm trùng**

###### **3.1.1.1. Do virus**

- Nhiễm virus đường hô hấp trên.
- Viêm hạch bạch huyết do virus Epstein – Barr (gây sốt, sưng viêm hạch bạch huyết, đau họng, tăng bạch cầu máu).
- Cytomegalovirus (CMV).
- Human immunodeficiency virus (HIV).
- Rubella (sởi đức)
- Varicella (thủy đậu)
- Measles (virus sởi thuộc họ paramyxoviridae)

###### **3.1.1.2. Do vi khuẩn**

- Sự nhiễm khuẩn máu
- Bệnh thương hàn (do vi khuẩn *Salmonella typhi*)
- Lao (vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*)
- Giang mai (xoắn khuẩn *Treponema pallidum*)
- Dịch hạch (vi khuẩn *Yersinia pestis*)

###### **3.1.1.3. Nấm: Histoplasmosis, Coccidioidomycosis, Cryptococcosis.**

###### **3.1.1.4. Nhiễm kí sinh trùng: protozoa (đơn bào), toxoplasmosis**

### **3.1.2. Các rối loạn miễn dịch và phản ứng thuốc**

- Viêm khớp dạng thấp.
- Lupus ban đỏ hệ thống
- Bệnh huyết thanh
- Phản ứng với thuốc: các thuốc thường gặp: Allopurinol (Zyloprim), Atenolol (Tenormin), Captopril (Capozide), Carbamazepine (Tegretol), Cephalosporins, Hydralazine (Apresoline), Penicillin, Phenytoin (Dilantin), Primidone (Mysoline), Pyrimethamine (Daraprim), Quinidine, Sulfonamides, Sulindac (Clinoril) [16].

### **3.1.3. Bệnh ác tính**

- Ung thư di căn.
- Bệnh bạch cầu
- Lymphomas (Hodgkin, non-Hodgkin)
- Bệnh mô bào (Histiocytoses)

### **3.1.4. Bệnh tăng sinh mô bạch huyết**

#### **2.1.5. Bệnh nội tiết**

- Nhược giáp
- Cường tuyến thượng thận nguyên phát

#### **2.1.6. Nguyên nhân khác**

- Lắng đọng lipid
- Thoái hóa tinh bột Amyloidosis
- .....

## **3.2. NGUYÊN NHÂN HẠCH BỆNH CỤC BỘ (HẠCH BỆNH VÙNG)**

Tất cả những nhiễm trùng vùng da tại chỗ, đầu đều có thể gây viêm hạch tại chỗ.

### **3.2.1. Hạch vùng cổ**

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên do virus.
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân do nhiễm khuẩn.
- Rubella
- Bệnh Catscratch
- Viêm họng



- Viêm hạch bạch huyết cấp tính
- Nhiễm kí sinh trùng
- Lao.
- Bệnh bạch cầu cấp
- Ung thư hạch bạch huyết (Hodgkin và Non Hodgkin)
- U nguyên bào thần kinh
- Ung thư cơ (Rhabdomyosarcoma)
- Bệnh Kawasaki

### **3.2.2. Hạch dưới hàm và dưới cằm**

- Nhiễm trùng ở miệng và răng
- Viêm hạch bạch huyết cấp.

### **3.2.3. Hạch vùng cằm**

- Nhiễm chấy rận ở đầu (Pediculosis capitis)
- Nấm da đầu.
- Nhiễm khuẩn da tại chỗ.
- Rubella
- Bệnh sốt phát ban (Roseola)

### **3.2.4. Hạch sau tai**

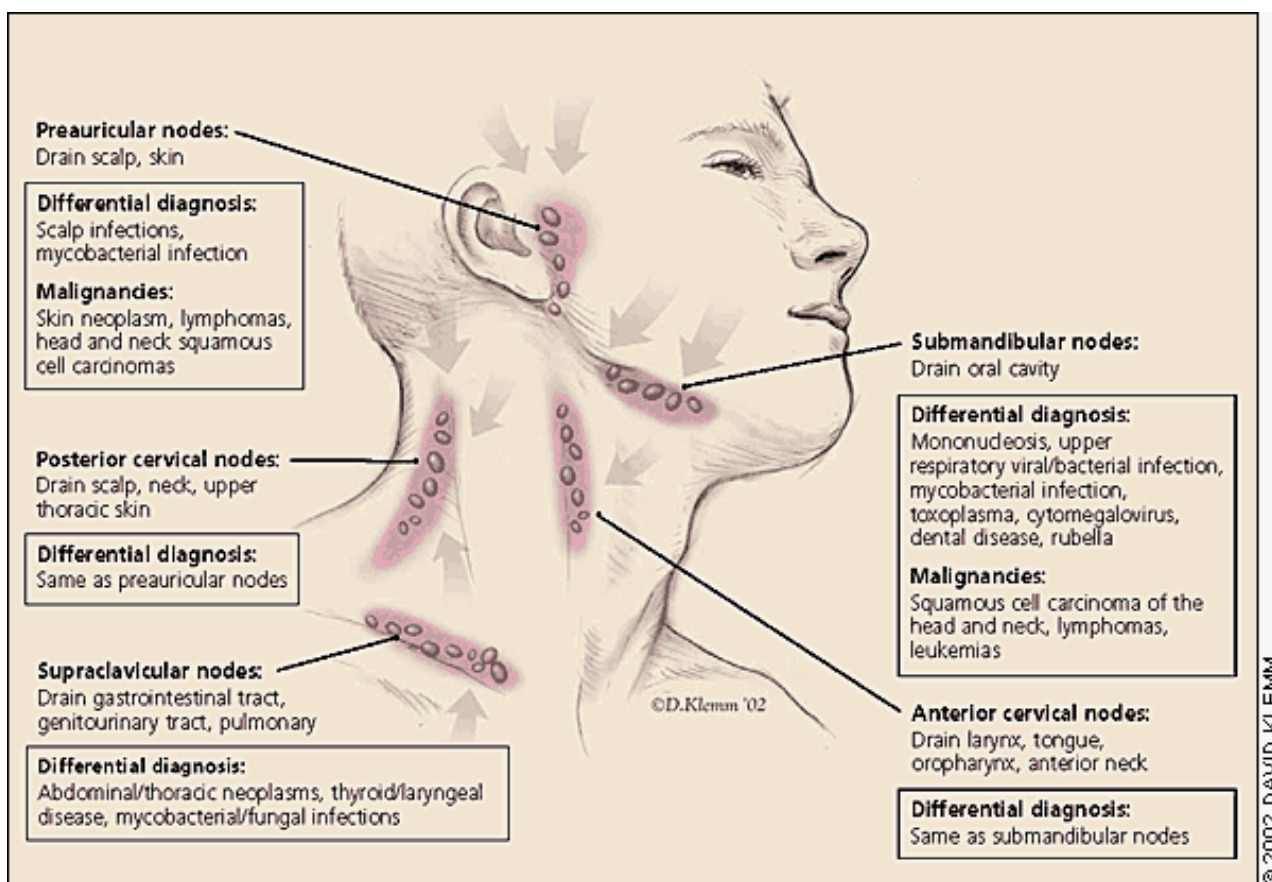
- Nhiễm trùng da đầu.
- Di căn K vòm

### **3.2.4. Hạch trước tai**

- Nhiễm trùng da tại chỗ.
- Nhiễm trùng mắt mạn tính
- Bệnh Catscratch

### **3.2.5. Hạch thượng đòn**

- Ung thư hạch bạch huyết (Hodgkin và Non Hodgkin)
- Lao.
- Bệnh nấm Histoplasma (bệnh Darling)
- Nhiễm nấm Coccidioidomycosis



**Hình 17: Hạch đầu mặt cổ và vùng dẫn lưu**

Nguồn ANDREW W. BAZEMORE

<http://www.aafp.org/afp/2002/1201/p2103.html>

## 4. TRIỆU CHỨNG HỌC HẠCH ĐẦU MẶT CỔ [11, 12, 13, 15]

### 4.1. TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

- Sốt.
- Hội chứng nhiễm trùng.
- Gầy sút.
- Đỏ mề hôi trộm.
- Ngứa
- Chảy máu, thiếu máu
- Gan, lách lớn ...

## **4.2. TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG**

### **4.2.1. Đau**

- Đau tăng khi sờ nắn : thường gặp hạch viêm cấp.
- Đau tự nhiên và đau tăng về đêm: hạch ác tính, di căn ..
- Không đau: hạch viêm mãn, bệnh bạch cầu, hạch ác tính thời kì đầu.

### **4.2.2. Sự phát triển của hạch về kích thước, số lượng.**

- Nhanh: thường là hạch ác tính.
- Chậm: thường lành tính.
- Từng đợt: hạch của bệnh Hodgkin thường phát triển từng đợt.
- Liên tục.
- Giảm về kích thước, số lượng: thường lành tính.

## **4.3. TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ**

### **4.3.1. Vị trí và số lượng hạch**

#### **4.3.1.1. Vị trí**

- Hạch một vùng hoặc nhiều vùng kế cận: hạch cục bộ.
- Hạch nhiều vùng không kế cận: hạch lan tỏa.

#### **4.3.1.2. Số lượng hạch**

- Một hạch hoặc ít hạch trong một vùng không có sự tăng thêm số lượng: thường hạch viêm.
- Nhiều hạch ngay từ đầu: thường gặp bệnh bạch cầu cấp, mạn ...
- Lúc đầu ít hạch, sau nhiều và lan rộng: u lympho (Hodgkin, Non Hodgkin).....

### **4.3.2. Da vùng hạch**

- Nóng, đỏ, đau: hạch viêm cấp...
- Tím đỏ: u lympho Non Hodgkin
- Loét, lở dờ, sẹo : lao, giang mai, hạ cam ...

### **4.3.3. Hạch to**

Bình thường hạch có kích thước khoảng 1 cm. Hạch to khi kích thước  $> 1\text{ cm}$ . Tiêu chuẩn chẩn hạch to còn chưa được thống nhất, theo một số tác giả khác, hạch to khi kích thước  $> 1,5\text{ cm}$ .

Theo tác giả Vikramjit S Kanwar (ở Anh) [14]: ở trẻ em hạch bạch huyết vùng cổ bình trước thường có thể lớn đến 2 cm.

#### **4.3.4. Mật độ hạch**

- Hạch căng, không cứng, chắc: hạch viêm cấp, hạch bình thường.
- Hạch mềm và ấn cảm giác lũng nhùng: hạch áp xe, hạch ung thư áp xe hóa ...
- Hạch chắc: bệnh bạch cầu, ...
- Hạch chắc và cứng: hạch ung thư di căn, u lympho ...
- Mật độ các hạch không đồng đều, cái thì chắc (vôi hóa, xơ hóa), cái thì mềm nhũn (áp xe): hạch lao.

#### **4.3.5. Tính di động và hình thể hạch, ranh giới**

- Hạch di động dễ: hạch bình thường, hạch viêm.
- Hạch di động kém do dính vào da, tổ chức dưới da thành một khối: u lympho, hạch di căn, lao ...
- Hạch tròn đều nhẵn, bờ rõ rệt, ranh giới rõ ràng: hạch bình thường, hạch viêm, bệnh bạch cầu.
- Hạch lồi nhon không đều, giới hạn không rõ (do dính với nhau và tổ chức xung quanh): hạch lao, hạch ung thư ...

#### **3.3.6. Tính chất hạch của một số bệnh**

##### **3.3.6.1. Hạch viêm cấp tính.**

Hạch có tính chất của một viêm nhiễm: sưng, nóng, đỏ, đau. Mật độ thường căng chắc không cứng. Số lượng ít, chỉ một, hai hạch, di động được và không dính vào nhau. Hạch có thể tiến triển thành áp xe hạch.

##### **3.3.6.2. Hạch trong bệnh nhiễm khuẩn tại chỗ**

- Hạch lớn, căng chắc, không đau, dễ di động.
- Thường liên quan đến vùng nhiễm khuẩn mà nó dẫn lưu.

##### **3.3.6.3. Hạch lao:**

- Lúc đầu, xuất hiện hạch ở hai bên cổ, trước và sau cơ ức đòn chũm, sau lên hạch chằm, hố thượng đòn. Hạch nổi thành từng chuỗi (như tràng hạt hoặc dây thừng). Cũng có khi chỉ có một hạch to nổi lên một bên cổ. Tiến triển chậm. Lúc đầu thường chắc nhẵn, dễ

di động không đau. Về sau nhiều hạch dính vào nhau hoặc dính vào da phía trên nên di động khó khăn hơn.

- Hạch đã có thể bã đậu hoá nên mềm và to nhanh hơn. Hạch bã đậu có thể thủng ra ngoài da gây một lỗ rò rất lâu lành làm miệng lỗ rò nham nhở, màu hơi tím, luôn chảy ra một thứ nước vàng xanh, lổn nhồn trắng như bã đậu. Khi lỗ rò gần miệng, để lại một vết sẹo nhăn dúm. Cũng có thể hạch không bã đậu hoá mà vôi hoá nên bé lại và mật độ rắn. Trên cùng một đám hạch lao, ta có thấy những hạch có mật độ khác nhau, tùy theo thời gian xuất hiện của mỗi hạch.

#### 3.3.6.4. Hạch ung thư

- To, cứng chắc, có thể bị áp xe gây nhũn, giới hạn không rõ, dính vào nhau hoặc mô xung quanh.

- Tiến triển nhanh.

- Hạch di căn từ ung thư tạng nào thường nằm trên đường dẫn lưu bạch huyết của tạng đó:

- + Hạch thượng đòn trái của K dạ dày
- + Hạch góc trong hố thượng đòn của K phế quản
- + Hạch chũm thường là di căn của K vòm họng
- + ...

#### 3.3.6.5. Hạch Hodgkin

- Nhiều hạch, kích thước khác nhau.
- Thường xuất hiện ở hố thượng đòn trước, phát triển thành từng đợt.
- Mật độ chắc, cứng.
- Lúc đầu còn di động dễ, về sau khó do dính vào da và tổ chức xung quanh.
- Không có dò.

#### 3.3.6.6. Hạch bệnh Non Hodgkin

- Có thể xuất hiện đầu tiên bất kì vùng nào.
- Hạch xuất hiện và to dần không thành đợt, hay xâm lấn, chèn ép gây đau.

#### 3.3.6.7. Bệnh bạch cầu

- Hạch to, bờ đều, tròn nhẵn, giới hạn rõ, mật độ chắc, di động dễ, không có dò.

- Xuất hiện nhiều nơi, không đau.
- Thường đi kèm với gan lách to, đau xương khớp, thiếu máu, nhiễm khuẩn.

#### **4.4. CẬN LÂM SÀNG**

##### **4.4.1. Các xét nghiệm máu**

- Công thức máu
- Chức năng gan.
- Huyết đồ
- Huyết thanh học khi nghi ngờ hạch bệnh truyền nhiễm, hoa liễu.

##### **4.4.2. Các xét nghiệm hình ảnh**

- X quang, CT-Scan, IMR, siêu âm, chụp bạch mạch (lymphography)

##### **4.4.2. Xét nghiệm vi thể**

4.4.2.1. Chọc hạch làm hạch đồ: Là một biện pháp dễ làm và rất có giá trị để xác định bệnh lý hạch to.

- Hạch đồ bình thường: 90 - 98% lymphocyte
  - < 3% lymphoblaste và prolymphocyte
  - < 1% tế bào lưu ý vôi
  - < 4% monocyte và tổ chức bào
  - < 2% plasmoblaste và plasmocyte

Ngoài ra còn có thể có một số rất ít bạch cầu trung tính, toan tính do máu ngoại vi lẫn vào khi chọc hạch.

- Hạch đồ bệnh lý :

- + Nhiều bạch cầu trung tính, bạch cầu trung tính thoái hoá, đại thực bào: gặp trong hạch viêm cấp.
- + Có tế bào Langhans, tế bào dạng biểu mô (bán liên), chất bã đậu gặp trong hạch lao.
- + Có tế bào Sternberg, cùng với các tế bào N, E, tương bào, các tế bào lymphô: thường gặp trong bệnh Hodgkin.
- + Nhiều plasmoblaste, plasmocyte bất thường: gặp trong bệnh Kahler
- + Nhiều tế bào lymphoblaste quái dị: bệnh u lymphô ác tính non-Hodgkin



- + Nhiều leucoblaste gặp trong bệnh bạch cầu cấp
- + Có từng cụm tế bào hình thái bất thường (không phải là tế bào của hạch) gặp trong bệnh di căn K...

#### 4.4.2.2. Giải phẫu bệnh

### 5. KHÁM HẠCH ĐẦU MẶT CỔ

#### 5.1. HỎI BỆNH

##### 5.1.1. Bệnh sử

- Thời gian từ khi nổi hạch đến khi thăm khám.
- Kích thước hạch: lớn dần, không đổi, nhỏ dần
- Số lượng hạch: tăng, giảm.
- Tính chất hạch.
- Các triệu chứng kèm theo: sốt, gầy sút ....

##### 5.1.2. Tiền sử

- Tiền sử cá nhân: tiền sử bệnh, tật, tiền sử dùng thuốc...
- Tiền sử gia đình: gia đình có người bệnh truyền nhiễm, bệnh lympho....
- Tiền sử xã hội: vùng dịch tễ, nghề nghiệp liên quan dịch tễ.

##### 5.1.3. Triệu chứng cơ năng

- Đau
- Không đau nhưng cảm giác khó chịu.: căng, tức, vướng
- Các triệu chứng bệnh lý nghi ngờ gây hạch bệnh.

#### 5.2. KHÁM HẠCH [15]

**5.2.1. Kỹ thuật và nguyên tắc khám:** khám hạch chủ yếu là nhìn, sờ. Khi khám cân cơ vùng khám phải ở tư thế chùn. Khám có hệ thống từ đầu cổ, nách, bẹn ... Amidan, gan, lách. Khi phát hiện hạch bệnh cần khám kỹ cơ quan liên quan và vùng cơ thể mà hạch đó dẫn lưu bạch huyết. Tuy nhiên tính dẫn lưu của hạch chỉ tương đối vì có sự dẫn lưu chéo giữa các vùng.

- Nhìn: màu sắc da vùng hạch, có dò hay không. Nếu hạch to nhiều có thể lồi lên dưới da.

- sờ: dùng đầu các ngón tay, không được dùng một ngón mà phải kết hợp các ngón tay để sờ nắn. Cần xác định:

- + Vị trí, số lượng hạch.
- + Kích thước hạch.
- + Bờ, bề mặt: nhẵn hay lồi nhô, bờ đều rõ hay không rõ.
- + Mật độ hạch: cứng chắc, chắc, căng mềm, mềm nhũn ...
- + Tính di động: di động tốt, vừa phải, không di động.
- + Tính chất da vùng xung quanh hạch: viêm, áp xe, thâm nhiễm ....

### **5.2.2. Thao tác khám hạch vùng đầu mặt cổ**

Bệnh nhân ngồi đối diện thầy thuốc, lần lượt sờ nắn từ vùng cằm, quanh xương chũm, sau tai, trước tai, vùng dưới hàm, dưới cằm, rồi dọc theo bờ trước, bờ sau ức đòn chũm, hố thượng đòn. Khi khám hạch dưới cằm, dưới hàm thì bệnh nhân hơi cúi đầu để chùn các cơ, ngón cái tỳ lên má bệnh nhân, bốn ngón còn lại sờ, nắn vùng dưới hàm để khám hạch.

### **5.2.2. Khám từng vùng hạch đầu mặt cổ**

#### **5.2.2.1. Khám vùng cằm**



#### 5.2.2.2. Khám vùng sau tai



#### 5.2.2.3. Khám vùng chũm



#### 5.2.2.4. Khám hạch trước tai



**5.2.2.5. Khám hạch vùng dưới hàm****5.2.2.6. Khám hạch dưới cằm**

#### 5.2.2.7. Khám hạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm

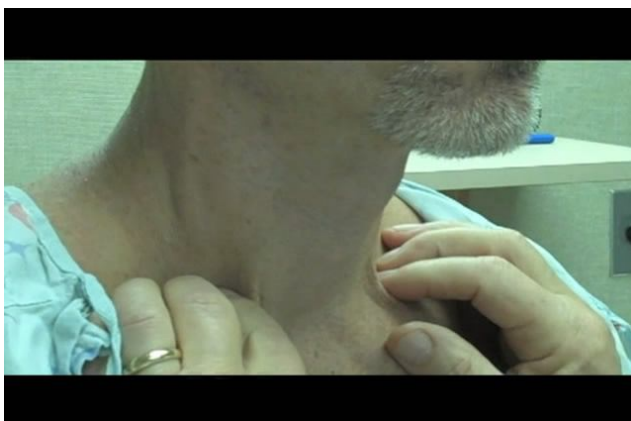
Khám hạch bờ trước cơ ức đòn chũm nên đứng sau lưng bệnh nhân dùng đầu các ngón tay sờ dọc bờ trước cơ ức đòn chũm.



#### 5.2.2.8. Khám hạch bờ sau cơ ức đòn chũm



## 5.2.2.9. Khám hạch thượng đòn



Nguồn từ Saul Rosenberg <http://stanford25.wordpress.com/lymph-node-exam/>  
[http://wn.com/head\\_lymph\\_nodes\\_examination](http://wn.com/head_lymph_nodes_examination)

## 6. BỆNH HỌC MỘT SỐ BỆNH GÂY HẠCH BỆNH [16, 17]

Bệnh	Tính chất hạch	Triệu chứng kèm	Xét nghiệm cần làm
Viêm nhiễm cấp một vùng	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch viêm cấp: sưng nóng đỏ đau. Xuất hiện nhanh.</li> <li>- Mật độ thường căng, bờ rõ.</li> <li>- Số lượng ít, chỉ một hai hạch, di động tốt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Triệu chứng viêm tủy vào vùng viêm nhiễm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Công thức máu</li> </ul>
Sốt phát ban	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch nổi nhiều nơi.</li> <li>- Bờ đều, di động tốt, căng chắc.</li> <li>- Ấn đau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ban nổi khắp người</li> <li>- Có liên quan dịch tễ</li> <li>- Khi khỏi bệnh ban biến mất, nhưng hạch trở về bình thường chậm.</li> </ul>	
Bệnh nhiễm khuẩn có tăng bạch cầu đơn nhân	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch nổi nhiều nơi.</li> <li>- Bờ đều, di động dễ, không đau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hội chứng nhiễm trùng</li> <li>- Có thể phát ban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Công thức máu: Tăng bạch cầu đơn nhân.</li> </ul>
Do cơ địa suy kiệt, gầy yếu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch thường gặp ở bẹn</li> <li>- Nhỏ, không đau, di động tốt.</li> <li>- Hạch hết khi sức khỏe tốt lên.</li> </ul>		



Viêm hạch cấp	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch to chắc, đường kính có thể vài cm.</li> <li>- Sờ ấn đau, di động tốt.</li> </ul>		Siêu âm phát hiện tụ dịch giữa hạch.
Lao	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thường bắt đầu ở cổ rồi lan xuống dưới.</li> <li>- Bao giờ cũng có hạch cứng, hạch mềm. Có thể có lỗ rò.</li> <li>- Tiến triển chậm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gặp ở người trẻ tuổi.</li> <li>- Sức khỏe toàn thân tương đối tốt trong thời gian dài.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phản ứng bì (+).</li> <li>- Sinh thiết hạch thấy tế bào không lồ, hang lao và bã đậu.</li> </ul>
Ung thư hạch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- To cả hai bên</li> <li>- Rất rắn, dễ bị loét</li> <li>- Dính vào nhau hoặc vào các mô xung quanh</li> <li>- Chèn ép bó mạch thần kinh bên cạnh.</li> <li>- Tiến triển nhanh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gặp nhiều ở người có tuổi</li> <li>- Sức khỏe toàn thân suy sụp nhanh.</li> <li>- Bệnh tiến triển liên tục.</li> </ul>	Sinh thiết hạch thấy tế bào ung thư.
Hodgkin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch nhiều, cái to, cái nhỏ, thường ở hố thượng đòn trước.</li> <li>- Hơi rắn, lúc đầu di động dễ, hạch riêng rẽ.</li> <li>- Không bao giờ rò.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gặp nhiều ở người có tuổi</li> <li>- Tiến triển từng đợt: sốt ngứa.</li> <li>- Tình trạng toàn thân suy sụp dần.</li> <li>- Có thể có hạch ở nội tạng, trung thất, ở bụng.</li> </ul>	Sinh thiết hạch thấy hình thức đa dạng tế bào, có nhiều Sternberg.
Bệnh bạch cầu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạch to đều hai bên nhiều nơi.</li> <li>- Di động dễ dàng, bờ tròn nhẵn, dễ giới hạn.</li> <li>- Không bao giờ rò.</li> </ul>	Bệnh cầu kinh: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Người có tuổi.</li> <li>- Có thể thêm lách to.</li> <li>- Thiếu máu ít.</li> </ul> Bạch cầu cấp: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trẻ tuổi</li> <li>- Sốt. Chảy máu nhiều nơi.</li> <li>- Thiếu máu nhiều</li> </ul>	- Bạch cầu tuỷ tăng cao.

## **7. SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH HẠCH ĐẦU MẶT CỔ [13, 15, 16]**

### **7.1. CHẨN ĐOÁN HẠCH**

Hạch có thể do bệnh nhân phát hiện báo với thầy thuốc hoặc do thầy thuốc phát hiện trong quá trình thăm khám.

#### **7.1.1. Hạch bình thường:**

- Không sưng, nóng, đau, bề mặt da vùng hạch bình thường.
- Kích thước không lớn ( $\leq 1\text{ cm}$ )
- Số lượng ít, chỉ có ở một hoặc vài vùng.
- Bờ đều, ranh giới rõ ràng, bề mặt nhẵn.
- Mật độ căng, không rắn chắc, không lùnh nhùng.
- Di động dễ không dính vào tổ chức xung quanh.
- Không phát triển cả về kích thước, số lượng.

#### **7.1.2. Hạch bệnh lành tính**

- Có thể sưng, nóng, đau. Không có tính chất đau của hạch ác tính (đau tự nhiên, đau tăng về đêm)
- Kích thước có thể  $> 1\text{ cm}$ .
- Số lượng thường ít,
- Bờ đều, ranh giới rõ, bề mặt nhẵn.
- Mật độ căng không cứng chắc.
- Di động dễ, không dính vào tổ chức xung quanh.
- Thường không phát triển hoặc phát triển chậm về kích thước lẫn số lượng.
- Không có bệnh lý ác tính kèm theo.

#### **7.1.3. Hạch ác tính**

- Thường có đau tự nhiên, đau tăng về đêm. Tuy nhiên hạch trong bệnh bạch cầu, hoặc hạch ác tính thời kì đầu có thể không đau.
- Kích thước thường lớn, càng lớn thì tính chất ác tính càng cao, hoặc ban đầu nhỏ nhưng sau lớn dần.
- Số lượng có thể ban đầu ít, về sau phát triển nhiều.

- Thường phát triển nhanh về kích thước, số lượng.
- Bờ không đều, ranh giới không rõ ràng, bề mặt hạch lồi nhô, không đều.
- Mật độ cứng chắc (rờ như chạm đá), có thể lún nhùng do bị áp xe.
- Hạch di động kém.

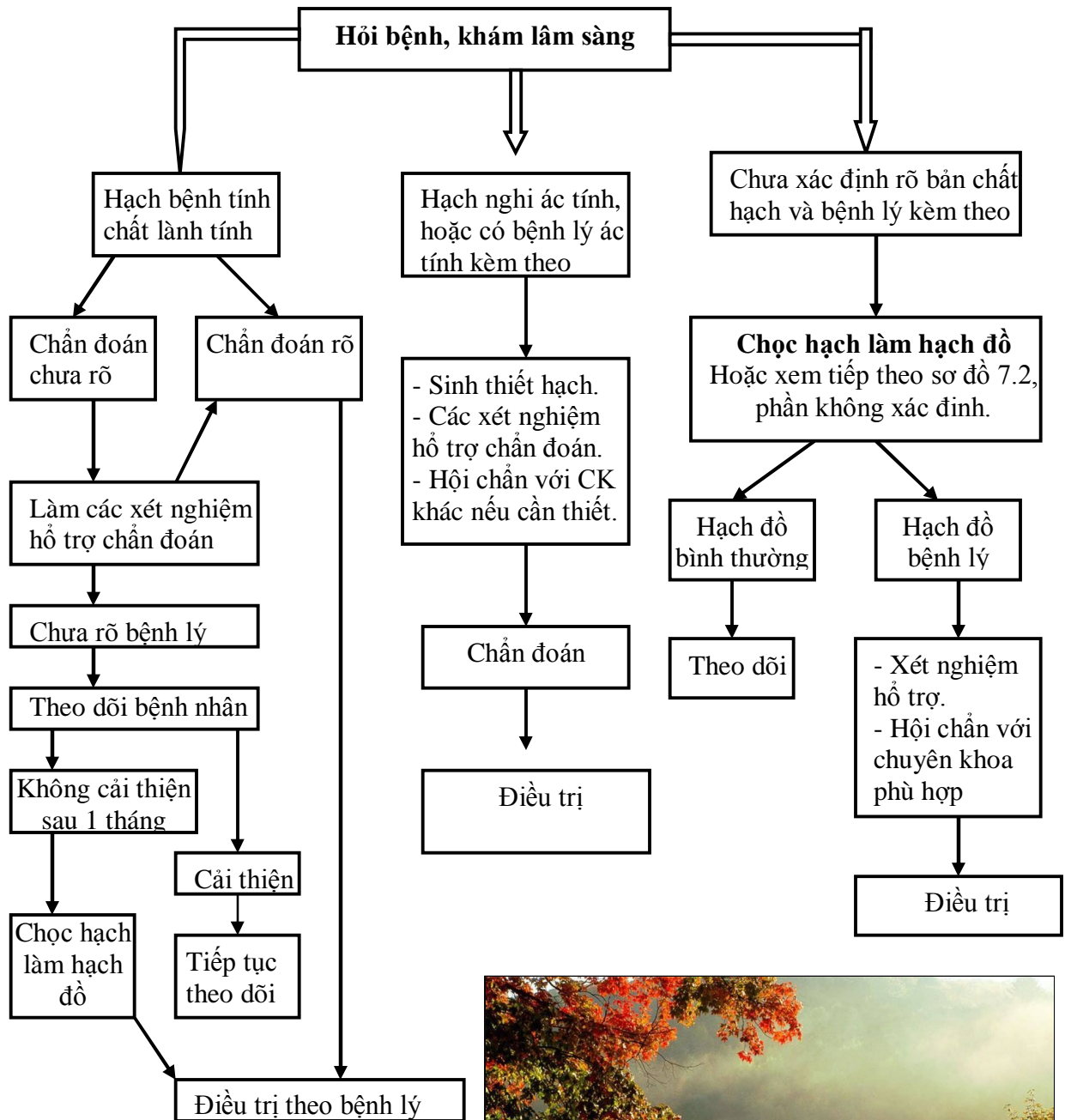
Tuy nhiên phải luôn cẩn thận với hạch ác tính thời kì đầu, có thể không chưa có đầy đủ tính chất của hạch ác tính.

#### **7.1.4. Hạch chưa xác định rõ bản chất**

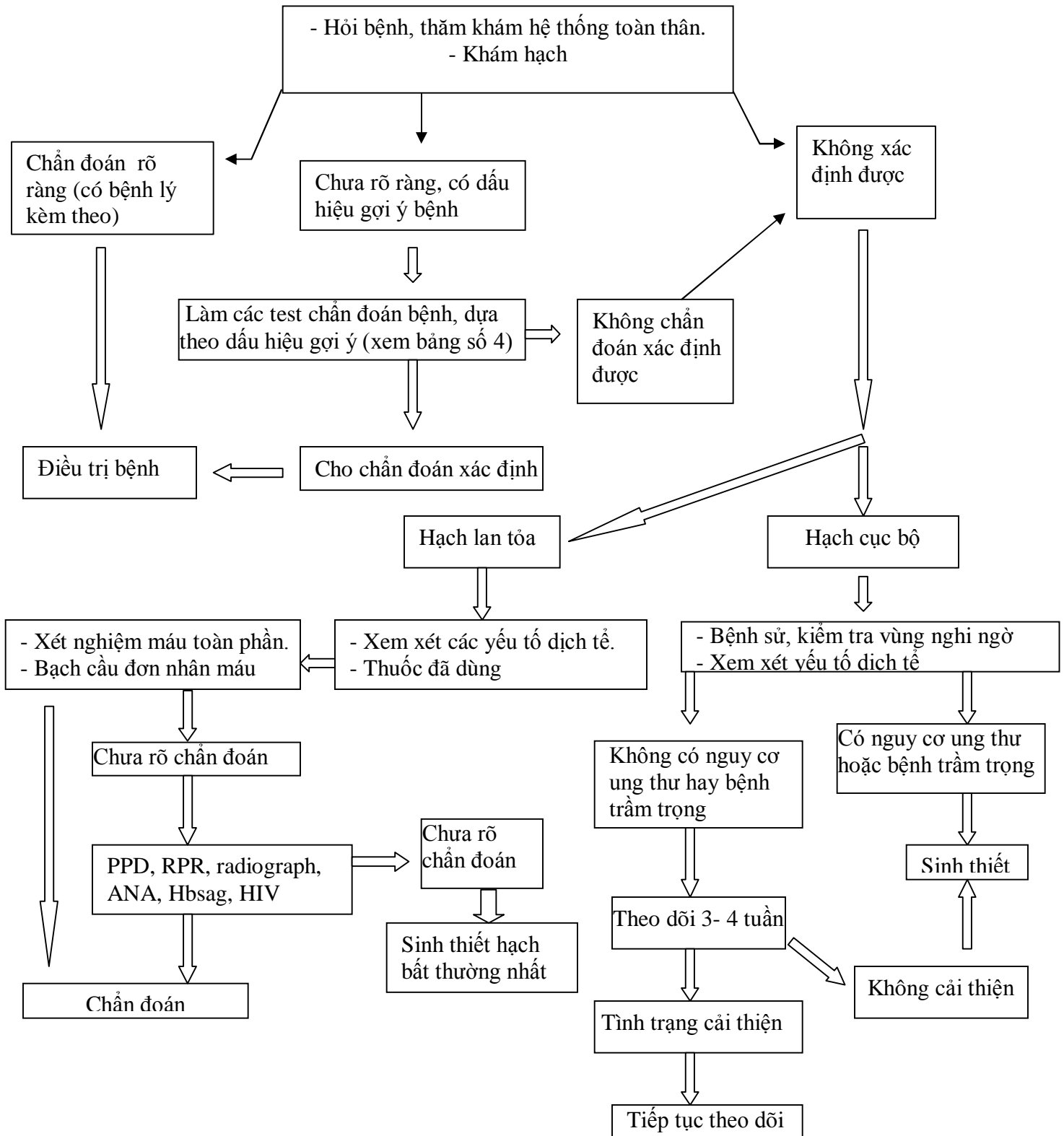
Tất cả những hạch chưa xác định rõ bản chất, thì không bao giờ được chủ quan, cần làm những xét nghiệm hỗ trợ và có sự theo dõi chặt chẽ diễn biến.

## 7.2. SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ HẠCH

Sơ đồ 7.1: chẩn đoán bệnh lý gây hạch bệnh



**Sơ đồ 7.2: chẩn đoán bệnh lý gây hạch to trích theo Robert Ferrer, Andrew w. Bazemore, Douglas R. Smucker [16, 18]**



**TABLE 4**  
**Evaluation of Suspected Causes of Lymphadenopathy**

Disorder	Associated findings	Test
Mononucleosis-type syndromes	Fatigue, malaise, fever, atypical lymphocytosis	
Epstein-Barr virus*	Splenomegaly in 50% of patients	Monospot, IgM EA or VCA
Toxoplasmosis*	80 to 90% of patients are asymptomatic	IgM toxoplasma antibody
Cytomegalovirus*	Often mild symptoms; patients may have hepatitis	IgM CMV antibody, viral culture of urine or blood
Initial stages of HIV infection*	"Flu-like" illness, rash	HIV antibody
Cat-scratch disease	Fever in one third of patients; cervical or axillary nodes	Usually clinical criteria; biopsy if necessary
Pharyngitis due to group A streptococcus, gonococcus	Fever, pharyngeal exudates, cervical nodes	Throat culture on appropriate medium
Tuberculosis lymphadenitis*	Painless, matted cervical nodes	PPD, biopsy
Secondary syphilis*	Rash	RPR
Hepatitis B*	Fever, nausea, vomiting, icterus	Liver function tests, HBsAg
Lymphogranuloma venereum	Tender, matted inguinal nodes	Serology
Chancroid	Painful ulcer, painful inguinal nodes	Clinical criteria, culture
Lupus erythematosus*	Arthritis, rash, serositis, renal, neurologic, hematologic disorders	Clinical criteria, antinuclear antibodies, complement levels
Rheumatoid arthritis*	Arthritis	Clinical criteria, rheumatoid factor
Lymphoma*	Fever, night sweats, weight loss in 20 to 30% of patients	Biopsy
Leukemia*	Blood dyscrasias, bruising	Blood smear, bone marrow
Serum sickness*	Fever, malaise, arthralgia, urticaria; exposure to antisera or medications	Clinical criteria, complement assays
Sarcoidosis	Hilar nodes, skin lesions, dyspnea	Biopsy
Kawasaki disease*	Fever, conjunctivitis, rash, mucous membrane lesions	Clinical criteria
<b>Less common causes of lymphadenopathy</b>		
Lyme disease*	Rash, arthritis	IgM serology
Measles*	Fever, conjunctivitis, rash, cough	Clinical criteria, serology
Rubella*	Rash	Clinical criteria, serology
Tularemia*	Fever, ulcer at inoculation site	Blood culture, serology
Brucellosis*	Fever, sweats, malaise	Blood culture, serology
Plague	Febrile, acutely ill with cluster of tender nodes	Blood culture, serology
Typhoid fever*	Fever, chills, headache, abdominal complaints	Blood culture, serology
Still's disease*	Fever, rash, arthritis	Clinical criteria, antinuclear antibody, rheumatoid factor

Dermatomyositis*	Proximal weakness, skin changes	Muscle enzymes, EMG, muscle biopsy
Amyloidosis*	Fatigue, weight loss	Biopsy

---

\*--Causes of generalized lymphadenopathy.

EA=early antibody; VCA=viral capsid antigen; CMV=cytomegalovirus; HIV=human immunodeficiency virus; PPD=purified protein derivative; RPR=rapid plasma reagin; HBsAg=hepatitis B surface antigen; EMG=electromyography.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Xuân Hợp (1973), Giải phẫu học tập 1, Nhà xuất bản Y Học Hà Nội.
2. Thu vien sinh hoc. Com “Vòng tuần hoàn máu và vòng tuần hoàn bạch huyết”,  
<http://thuviensinhhoc.com/Baigiang/GPSLN/C5/Cacvongtuanhoan.htm>
3. Trịnh Xuân Đàn “Tĩnh mạch đầu mặt cổ”, *Bài giảng giải phẫu học*,  
<http://www.benhhoc.com/index.php?do=viewarticle&artid=2519&title=giai-phau-tinh-mach-bach-mach-dau-mat-co>
4. cancerhelp.org.uk “ The lymphatic system”, <http://www.cancerhelp.org.uk/about-cancer/what-is-cancer/body/the-lymphatic-system>
5. emedicinehealth.com “Swollen Lymph Nodes”,  
[http://www.emedicinehealth.com/swollen\\_lym.../article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/swollen_lym.../article_em.htm)
6. Lymphomation.org, “Understanding the lymphatic system”,  
<http://www.lymphomation.org/lymphatic.htm>
7. lymphnotes.com, “**Understanding the Lymphatic System**” ,  
<http://www.lymphnotes.com/article.php/id/151/>
8. Netter F. , Nguyễn Quang Quyền Dịch, Atlast giải phẫu người, Nhà xuất bản Y Học.
9. Ernest Mazzaferri, Thyroid cancer,  
[http://www.thyroid.org/patients/notes/dec08/08\\_12\\_29.html](http://www.thyroid.org/patients/notes/dec08/08_12_29.html)
10. Nhan Trùng Sơn (2004), Tai mũi họng nhập môn, Nhà xuất bản Y Học
11. Lymphadenopathy, <http://www.lymphadenopathy.net/>
12. Phạm Xuân Dũng, Trương Thành Trí, Chẩn đoán và điều trị hạch to, Bệnh Viện Ung Bướu Thành Phố Hồ Chí Minh.
13. www.ykhoanet.com Chẩn đoán hạch to  
[http://www.ykhoanet.com/baigiang/trieuchunghocnoikhoa/chuong05/V\\_07.htm](http://www.ykhoanet.com/baigiang/trieuchunghocnoikhoa/chuong05/V_07.htm),
14. Vikramjit S Kanwar (2010), Lymphadenopathy,  
<http://emedicine.medscape.com/article/956340-overview>
15. Benhhoc.com, Hội chứng hạch to,  
<http://www.benhhoc.com/index.php?do=viewarticle&artid=771&title=hoi-chung-hach-to>



16. Robert Ferrer, Lymphadenopathy: Differential Diagnosis and Evaluation,  
<http://www.aafp.org/afp/981015ap/ferrer.html>
17. Ykhoanet, Chẩn đoán hạch to,  
[http://www.ykhoanet.com/baigiang/trieuchunghocnoikhoa/chuong05/V\\_07.htm](http://www.ykhoanet.com/baigiang/trieuchunghocnoikhoa/chuong05/V_07.htm)
18. Andrew w. Bazemore, Douglas R. Smucker, Lymphadenopathy and Malignancy,  
<http://www.aafp.org/afp/2002/1201/p2103.html>

## MỤC LỤC

1. Giải phẫu và sinh lý hệ bạch huyết.....	1
1.1. Bạch huyết .....	1
1.2. Mạch bạch huyết .....	2
1.3. Hạch bạch huyết .....	6
1.4. Hệ thống hạch bạch huyết đầu mặt cổ .....	9
2. Hạch bệnh .....	17
3. Nguyên nhân hạch bệnh .....	18
4. Triệu chứng học hạch đầu mặt cổ .....	21
4.1. Toàn thân .....	21
4.2. Triệu chứng cơ năng.....	22
4.3. Triệu chứng thực thể .....	22
4.4. Cận lâm sàng .....	25
5. Khám hạch đầu mặt cổ .....	26
5.1. Hỏi bệnh .....	26
5.2. Khám hạch .....	26
6. Bệnh học một số bệnh gây hạch bệnh .....	31
7. Sơ đồ chẩn đoán và điều trị bệnh hạch đầu mặt cổ .....	33
TÀI LIỆU THAM KHẢO .....	39

