Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

Bài 7

LAO HẠCH NGOẠI BIÊN

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của lao hạch ngoại biên.*
2. *Trình bày được các xét nghiệm để chẩn đoán lao hạch ngoại biên.*
3. *Nêu được các yếu tố chẩn đoán xác định lao hạch ngoại biên.*
4. *Kể được các phương pháp điều trị lao hạch ngoại biên.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Lao hạch là một thể lao ngoài phổi còn gặp khá phổ biến ở nước ta. Theo thống kê tại phòng khám Viện Lao – Bệnh phổi trung ương năm 1985: lao hạch ở người lớn chiếm 20% tổng số lao ngoài phổi, ở trẻ em lao hạch chiếm 13% trong các thể lao và đứng thứ ba sau lao sơ nhiễm và lao màng não. Theo số liệu của trung tâm lao thành phố Hà Nội từ năm 1989 – 1990, lao hạch chiếm 83,58% và đứng đầu trong các thể lao ngoài phổi.

Trước đây lao hạch chủ yếu gặp ở trẻ em nhưng ngày nay lao hạch cũng hay gặp ở người lớn và gặp ở nữ nhiều gấp 2 lần so với nam.

Lao hạch có thể gặp là các hạch ở ngoại biên như hạch cổ, hạch nách, hạch bẹn và các hạch ở nội tạng như hạch trung thất, hạch mạc treo… Trong đó lao hạch ngoại biên là thể lao thường gặp nhất.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

2.1. Nguyên nhân gây bệnh

Vi khuẩn lao gây bệnh lao hạch là *M. tuberculois*, *M. bovis*, *M. africannum*, trong đó chủ yếu do *M. tuberculois*. Các trực khuẩn không điển hình ngày càng được nêu lên là nguyên nhân gây lao hạch, nhất là ở bệnh nhân HIV/AIDS. Các trực khuẩn không điển hình gây lao hạch thường gặp là *M. scrofulaceum*, *M.avium – intracellulare và M. kansasii*…

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

2.2. Cơ chế bệnh sinh

Trước đây theo chu kỳ 3 giai đoạn của Ranke thì lao hạch xuất hiện ở giai đoạn 2. Ngày nay theo chu kỳ 2 giai đoạn thì lao hạch ở giai đoạn 2 – giai đoạn sau sơ nhiễm. Vi khuẩn lao từ tổn thương tiên phát (thường là ở phổi) lan theo đường máu và bạch huyết tới hạch vùng kế cận gây lao hạch.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

Hay gặp tổn thương từng nhóm hạch. Tổn thương thường là nhiều hạch, to nhỏ không đều nhau, đường kính trung bình 1 - 2cm. Cũng có thể gặp một hạch lao đơn độc, đường kính 2- 3cm .

Giai đoạn đầu các hạch thường rắn chắc, ranh giới rõ và di động dễ. Giai đoạn sau các hạch có thể dính vào nhau thành một mảng hoặc dính vào da và các tổ chức xung quanh làm hạn chế di động. Ở giai đoạn muộn hạch bị nhuyễn hoá, mật độ mềm dần và có thể rò chất bã đậu ra ngoài. Vết rò lâu liền để lại sẹo nhăn nhúm, bờ không đều.

3.2. Vi thể

Điển hình là nang lao với các thành phần sau: ở giữa là vùng hoại tử bã đậu, bao quanh là các tế bào bán liên, tế bào khổng lồ (Langhans) và tế bào lympho, ngoài cùng là lớp tế bào xơ.

4. LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng toàn thân

Trong lao hạch bệnh nhân thường ít khi có sốt, chỉ có khoảng 25 – 30% bệnh nhân sốt nhẹ về chiều hoặc gai gai rét, sốt không rõ căn nguyên, điều trị bằng kháng sinh thông thường không thấy hết sốt, kèm theo người mệt mỏi, gầy sút cân, ra mồ hôi ban đêm...

4.2. Vị trí hạch bị lao

Trong lao hạch ngoại biên, nhóm hạch ở cổ là hay gặp nhất, chiếm tới 70% các trường hợp lao hạch ngoại biên, trong khi hạch bẹn rất ít khi gặp.

Trong nhóm hạch ở cổ, hay gặp nhất là hạch dọc theo cơ ức đòn chũm, sau đó đến hạch thượng đòn, hạch dưới hàm. Nhiều công trình nghiên cứu về lao hạch cho thấy: lao hạch cổ bên phải gặp nhiều gấp 2 lần so với hạch cổ bên trái và lao hạch ở một bên cổ gặp nhiều gấp 4 lần so với hai bên cổ, tuy vậy cũng có thể gặp lao hạch ở cả hai bên cổ.

Nhóm hạch ở cổ hay bị lao là do có sự liên quan đến việc phân bố giữa hệ thống bạch mạch trong cơ thể và bạch mạch ở phổi. Các hệ thống bạch mạch ở trong cơ thể đổ vào hai ống bạch mạch lớn nhất của cơ thể là ống ngực và ống

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

bạch huyết lớn. Ống ngực nhận bạch huyết của 3/4 cơ thể (trừ nửa phải của đầu, cổ, ngực và chi trên ở bên phải) sau đó đổ vào hội lưu tĩnh mạch ở bên trái. Ống bạch huyết lớn nhận bạch huyết phần còn lại và đổ vào hội lưu tĩnh mạch ở bên phải. Điều này cũng giải thích vì sao lao hạch cổ hay gặp ở nhóm hạch cổ bên phải.

4.3. Triệu chứng tại chỗ của lao hạch

Thường là một nhóm hạch bị sưng to. Hạch xuất hiện tự nhiên, người bệnh không rõ hạch to từ lúc nào. Hạch sưng to dần, không đau, mật độ hơi chắc, mặt nhẵn, không nóng, da vùng hạch sưng to không tấy đỏ. Thường có nhiều hạch cùng bị sưng, cái to cái nhỏ không đều nhau tập hợp thành một chuỗi, nếu nhiều nhóm hạch ở cổ bị sưng, sau đó loét rò để lại sẹo nhăn nhúm, trước đây được gọi là bệnh tràng nhạc. Cũng có khi chỉ gặp một hạch đơn độc vùng cổ sưng to, không đau, không nóng, không đỏ.

Hạch lao có thể phát triển qua các giai đoạn sau:

- Giai đoạn đầu hạch bắt đầu sưng to, các hạch to nhỏ không đều nhau, chưa dính vào nhau và chưa dính vào da nên còn dễ di động.
- Giai đoạn sau các hạch có thể dính vào với nhau thành mảng, hoặc dính vào da và các tổ chức xung quanh làm hạn chế di động.
- Giai đoạn nhuyễn hoá: các hạch mềm dần, da vùng hạch sưng tấy đỏ, không nóng và không đau. Hạch đã hoá mủ thì dễ vỡ và nếu để tự vỡ gây những lỗ rò lâu liền, miệng lỗ rò tím ngắt và tạo thành sẹo nhăn nhúm.

Ở những người nhiễm HIV/AIDS, nếu bị lao hạch thì sẽ có bệnh cảnh lâm sàng hạch to toàn thân kèm theo với các triệu chứng của nhiễm HIV như tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng, nhiễm nấm *Candida* ở miệng, mụn giộp zona, sarcom Kaposi ở da ...

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

5.1. Lao hạch bã đậu

Là thể lao hạch điển hình, gặp nhiều nhất trong lâm sàng.

5.2. Thể u hạch lao

Thường là một hạch lao đơn độc, to, mật độ chắc, không đau, ít khi nhuyễn hoá. Do sự phát triển của tế bào xơ và mô liên kết trong hạch làm cho hạch trở nên xơ cứng. Loại này chẩn đoán khó và dễ nhầm với bệnh lý hạch to do các nguyên nhân khác.

5.3. Thể viêm nhiều hạch

Hay gặp ở những bệnh nhân HIV/AIDS với bệnh cảnh viêm nhiều nhóm hạch ở toàn thân, cơ thể gầy sút nhanh, phản ứng Mantoux thường âm tính.

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

5.4. Lao hạch phối hợp với lao các bộ phận khác

Lao hạch có thể phối hợp với lao sơ nhiễm, lao phổi, lao các màng... Ngoài triệu chứng lao hạch, bệnh nhân còn biểu hiện các triệu chứng kèm theo ở những bộ phận khác trong cơ thể bị lao.

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. Chọc hút hạch để chẩn đoán tế bào học

Được coi là xét nghiệm đầu tiên trong chẩn đoán lao hạch ngoại biên. Tất cả những trường hợp hạch ngoại biên to cần phải chọc hút hạch bằng kim nhỏ để làm xét nghiệm tế bào học. Trong các trường hợp lao hạch điển hình, trên tế bào đồ bao giờ cũng gặp các thành phần sau: chất hoại tử bã đậu, tế bào khổng lồ (Langhans) và tế bào bán liên. Chẩn đoán tế bào học lao hạch ngoại biên qua chọc hút kim nhỏ cho kết quả chẩn đoán xác định cao từ 70 – 90%. Ngoài ra có thể tìm vi khuẩn lao trong bệnh phẩm chọc hút hạch bằng phương pháp soi trực tiếp hoặc nuôi cấy. Tỷ lệ tìm thấy BK trong bệnh phẩm chọc hút hạch bằng phương pháp soi trực tiếp thường thấp (17%), nhưng tỷ lệ tìm thấy BK trong bệnh phẩm chọc hút hạch bằng phương pháp nuôi cấy lại cao (tới 40%). Tìm thấy vi khuẩn lao trong bệnh phẩm chọc hút hạch có ý nghĩa quyết định chẩn đoán lao hạch.

6.2. Sinh thiết hạch để chẩn đoán mô bệnh học

Đây là một xét nghiệm có giá trị quan trọng trong chẩn đoán lao hạch ngoại biên. Xét nghiệm mô bệnh học mảnh sinh thiết hạch có hình ảnh nang lao điển hình (như đã mô tả ở phần giải phẫu bệnh). Qua mảnh sinh thiết có thể tìm BK bằng phương pháp soi trực tiếp hoặc nuôi cấy.

Tuy nhiên sinh thiết hạch là một kỹ thuật phức tạp chỉ thực hiện được ở một số bệnh viện, nên kỹ thuật này chỉ nên làm khi chọc hút hạch không cho kết quả chẩn đoán.

6.3. Phản ứng Mantoux

Trong lao hạch phản ứng Mantoux thường dương tính mạnh (> 80%), thậm chí có cả phồng nước nơi tiêm. Đây là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán lao hạch và là cơ sở để chẩn đoán phân biệt với các bệnh Hodgkin, bệnh sarcoid và ung thư hạch.

Tuy nhiên có những trường hợp lao hạch nhưng phản ứng Mantoux âm tính, thường gặp ở bệnh nhân suy dinh dưỡng hoặc suy kiệt, và hiện nay hay gặp ở những trường hợp lao hạch ở bệnh nhân HIV (+).

6.4. Tìm vi khuẩn lao bằng phương pháp soi trực tiếp hoặc nuôi cấy qua bệnh phẩm chọc hút hạch hoặc mảnh sinh thiết hạch như đã mô tả ở trên.

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

Ngoài ra ở những trường hợp hạch nhuyễn hoá rò mủ, người ta lấy mủ rò ra đem nuôi cấy tìm vi khuẩn lao, tỷ lệ dương tính cao (62%).

6.5. Chụp X quang phổi

Do lao hạch là lao thứ phát sau lao sơ nhiễm hoặc lao phổi. Vì vậy cần chụp X quang phổi để phát hiện các tổn thương lao sơ nhiễm, lao phổi hoặc lao màng phổi phối hợp.

6.6. Xét nghiệm máu

Công thức máu không phải là xét nghiệm đặc hiệu trong chẩn đoán lao hạch. Trong công thức máu: số lượng hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ, số lượng bạch cầu không cao và tỷ lệ tế bào lympho tăng, tốc độ máu lắng tăng cao.

6.7. Xét nghiệm miễn dịch trong chẩn đoán lao hạch

Các xét nghiệm hay dùng là phản ứng chuyển dạng lympho bào và phản ứng ức chế di tản đại thực bào để chẩn đoán phân biệt lao hạch với hạch to do các nguyên nhân khác.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các yếu tố sau:

- Triệu chứng lâm sàng: cần chú ý tới vị trí hạch xuất hiện và diễn biến của hạch, có giá trị gợi ý chẩn đoán.
- Yếu tố chẩn đoán quyết định là tìm thấy vi khuẩn lao trong bệnh phẩm chọc hút hạch hoặc mảnh sinh thiết hạch. Hoặc các tổn thương đặc hiệu trong chẩn đoán tế bào học hoặc mô bệnh học.

Trường hợp không có điều kiện chẩn đoán tế bào học hoặc mô bệnh học, thì cần kết hợp các yếu tố khác như: phản ứng Mantoux, X quang phổi, cùng các yếu tố thuận lợi như: có tiếp xúc với nguồn lây, trẻ chưa được tiêm phòng lao bằng vaccin BCG, đang bị lao ở một bộ phận khác trong cơ thể.

7.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt hạch lao với các trường hợp hạch to do các bệnh lý khác gây nên:

- Phản ứng hạch do nhiễm khuẩn vùng tai mũi họng: Cần kiểm tra các ổ nhiễm khuẩn vùng tai mũi họng và phải điều trị kháng sinh để giải quyết nhanh các ổ nhiễm khuẩn. Trường hợp này hạch sẽ thu nhỏ lại rất nhanh khi các nhiễm khuẩn đã được loại bỏ.

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

– Viêm hạch do tạp khuẩn: Bệnh tiến triển cấp tính, bệnh nhân sốt cao kèm theo hạch sưng to, đỏ, nóng, đau. Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu tăng cao và tỷ lệ bạch cầu đa nhân tăng. Chọc dò hạch có nhiều mủ và đem nuôi cấy mủ có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Bệnh đáp ứng tốt với điều trị bằng kháng sinh.

– Viêm hạch do virus: Thường do Adenovirus. Bệnh thường diễn biến thành dịch với các biểu hiện lâm sàng: bệnh nhân sốt vừa kèm theo đau mắt đỏ, có nhiều hạch nhỏ, bệnh diễn biến nhanh, không cần điều trị hạch cũng mất. Chọc dò hạch chỉ thấy có tổn thương viêm không đặc hiệu, không thấy có tổn thương lao.

– Hạch to trong một số bệnh khác:

+ Ung thư hạch tiên phát: Rất ít khi gặp.

+ Hạch di căn ung thư: Ung thư ở phần nào trong cơ thể thì hạch dẫn lưu vùng đó bị di căn trước. Hạch di căn ung thư thường rắn chắc, mặt gồ ghề. Kèm theo bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ở các bộ phận bị ung thư. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết hạch tìm tế bào ung thư.

+ Hạch to trong bệnh Hodgkin: Hạch to là triệu chứng thường gặp đầu tiên, hay gặp hạch to ở cổ và hố thượng đòn. Có thể có nhiều hạch sưng to nhưng không đau, kèm theo bệnh nhân có sốt, lách to và ngứa ngoài da. Phản ứng Mantoux âm tính. Chẩn đoán xác định bệnh Hodgkin bằng sinh thiết hạch tìm thấy tế bào Sternberg.

+ Hạch to trong bệnh bạch cầu cấp: Bệnh nhân sốt cao, hạch to ở nhiều nơi, kèm theo triệu chứng thiếu máu, xuất huyết, lở loét ở miệng. Chẩn đoán xác định bằng huyết đồ và tuỷ đồ.

8. ĐIỀU TRỊ

8.1. Điều trị nội khoa

Đối với lao hạch, điều trị nội khoa là chủ yếu. Điều trị lao hạch cũng phải tuân theo những nguyên tắc của điều trị bệnh lao nói chung: phối hợp các thuốc chống lao, ít nhất từ 3 thuốc trở lên. Giai đoạn tấn công nên dùng phối hợp 3 đến 4 loại thuốc chống lao, giai đoạn duy trì nên dùng 2 loại thuốc chống lao.

Thời gian điều trị lao hạch (kể cả giai đoạn củng cố) nên kéo dài 9 – 12 tháng vì lao hạch hay tái phát. Tuy nhiên do đặc điểm tổn thương tại hạch, thuốc ngấm vào hạch khó nên kết quả điều trị thường không nhanh như các thể lao khác.

Trường hợp lao hạch ở bệnh nhân HIV/AIDS: nên dùng phối hợp 4 thuốc chống lao RHZE ở giai đoạn tấn công, sau đó dùng 2 thuốc chống lao ở giai đoạn củng cố. Thời gian điều trị tấn công kéo dài 2 – 3 tháng, tổng thời gian điều trị (kể cả giai đoạn củng cố) kéo dài từ 9 – 12 tháng vì lao hạch ở những bệnh nhân HIV/AIDS rất hay tái phát.

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

8.2. Điều trị ngoại khoa

Trong lao hạch ngoại biên, điều trị ngoại khoa chỉ đặt ra trong những trường hợp:

- Hạch sưng tấy đỏ, nhuyễn hoá, hoá mủ và có khả năng vỡ mủ. Nên chủ động trích dẫn lưu mủ để tránh vết sẹo xấu. Sau khi trích rạch, nạo hết tổ chức bã đậu và kết hợp điều trị tại chỗ: rắc bột isoniazid hoặc dung dịch rifampicin 1% hàng ngày cho đến khi vết thương khô và liền sẹo. Trường hợp hạch đã rò nhưng mủ chưa ra hết, có thể trích rạch để mở rộng lỗ rò, nạo vét hết mủ và điều trị tại chỗ cũng như điều trị kết hợp các thuốc chống lao như trên.
- Trường hợp hạch quá to, chèn ép vào tổ chức xung quanh như mạch máu, thần kinh... cần mổ bóc hạch nhưng lưu ý không làm tổn thương đến mạch máu và thần kinh.

Ngoài ra cần tránh chọc hút hạch vì dễ tạo nên đường rò theo đường kim chọc. Nếu cần thì nên rạch một đường nhỏ cho mủ thoát ra.

8.3. Vai trò của corticoid trong điều trị lao hạch

Không nên dùng corticoid cho mọi trường hợp lao hạch. Chỉ dùng corticoid trong trường hợp lao nhiều hạch, mục đích làm cho hạch nhỏ lại do tác dụng chống viêm của corticoid. Ngoài ra những trường hợp hạch to, áp xe hoá có khả năng rò mủ, dùng corticoid có thể phòng được rò mủ và làm áp xe nhỏ lại, tránh được can thiệp ngoại khoa. Ở trẻ em corticoid thường được dùng với liều 1mg/kg/ngày, ở người lớn dùng với liều 0,6 - 0,8mg/ kg/ngày, dùng trong khoảng 7 – 10 ngày sau đó giảm liều dần mỗi tuần 5mg và dùng trong vòng 4 tuần.

9. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

Lao hạch là một thể lao nhẹ, ít nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh và điều trị có kết quả khỏi cao trên 90%. Tuy nhiên rất khó tiên lượng diễn biến của lao hạch. Khoảng 25% hạch tiếp tục to lên hoặc xuất hiện thêm hạch mới mặc dù bệnh nhân vẫn đang được điều trị. Ở những trường hợp này vẫn nên tiếp tục điều trị cho bệnh nhân. Khoảng 20% hạch bị nhuyễn hoá và có thể rò mủ.

Với những trường hợp hạch to nhuyễn hoá và rò mủ, nên điều trị phối hợp các thuốc chống lao với corticoid, kết hợp với trích dẫn lưu mủ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao hạch ngoại biên.

http://vietnam12h.com

Công ty Hóa Chất Xây Dựng Phương Nam

2. Trình bày các xét nghiệm để chẩn đoán lao hạch ngoại biên.
3. Hãy nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán xác định lao hạch ngoại biên.
4. Hãy kể các phương pháp điều trị lao hạch ngoại biên.

http://vietnam12h.com