

BMJ Best Practice

Bệnh hạch xoài (Lymphogranuloma venereum)

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 21, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	5
Phòng ngừa	6
Ngăn ngừa sơ cấp	6
Khám sàng lọc	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	10
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	11
Xét nghiệm chẩn đoán	12
Chẩn đoán khác biệt	14
Các tiêu chí chẩn đoán	16
Điều trị	18
Cách tiếp cận điều trị từng bước	18
Tổng quan về các chi tiết điều trị	19
Các lựa chọn điều trị	20
Giai đoạn đầu	22
Liên lạc theo dõi	23
Khuyến nghị	23
Các biến chứng	23
Tiền lượng	24
Hướng dẫn	25
Hướng dẫn chẩn đoán	25
Hướng dẫn điều trị	25
Tài liệu tham khảo	26
Hình ảnh	30
Tuyên bố miễn trách nhiệm	32

Tóm tắt

- ◇ Biểu hiện nguyên phát của nhiễm trùng là ở dương vật không đau hoặc viêm âm hộ và loét ở vị trí tổn thương; bệnh nhân thường không để ý.
- ◇ Giai đoạn thứ hai thường xảy ra nhiều tuần sau khi tổn thương nguyên phát tiến triển; biểu hiện là đau hạch bạch huyết, ở một bên, vùng bẹn hoặc đùi (thường gọi là 'hội chứng vùng bẹn').
- ◇ Biểu hiện điển hình hơn ở người đồng tính nam là viêm đại trực tràng tiến triển (nhất là những người có HIV dương tính).
- ◇ Viêm mạn tính có thể để lại sẹo và xơ hóa gây phù nề bạch huyết của bộ phận sinh dục, hoặc hình thành chít hẹp và lỗ rò nếu tổn thương đến hậu môn trực tràng.
- ◇ Chẩn đoán xác định bằng định danh *Chlamydia trachomatis* từ mẫu phết loét sinh dục hoặc dịch hút hạch.
- ◇ Điều trị đầu tay được ưu tiên là Doxycycline; Macrolides là lựa chọn điều trị thay thế (ví dụ ở bệnh nhân nữ mang thai hoặc nuôi con bằng sữa mẹ, hoặc bệnh nhân bị dị ứng với tetracyclines).
- ◇ Có thể chọc hút dịch ở các hạch lớn, nhưng rạch và dẫn lưu hoặc phẫu thuật cắt bỏ hạch có thể gây biến chứng trong giai đoạn hồi phục.

Định nghĩa

Bệnh hột xoài (LGV) là bệnh lây truyền qua đường tình dục do *Chlamydia trachomatis* tuýp L1, L2, hoặc L3 gây ra, bệnh gây dịch ở các vùng nhiệt đới, nhưng ít khi xảy ra ở các vùng phát triển. Nhiễm trùng xảy ra qua tiếp xúc với niêm mạc hoặc vết trầy xước da ở vùng sinh dục.

Dịch tễ học

Chlamydia trachomatis tuýp L1, L2, L3 lưu hành dịch ở các vùng nhiệt đới của Đông Nam Á, Châu Mỹ La-tinh, Caribbean và Châu Phi. Bệnh hột xoài (LGV) hiếm khi xảy ra ở các nước phát triển, mặc dù tỷ lệ mắc mới đang tăng cao ở một số thành phố. Tỷ lệ mắc mới cao nhất trong độ tuổi ba mươi đến bốn mươi tuổi, độ tuổi hoạt động tình dục cao nhất. Thường gặp hơn ở tầng lớp kinh tế xã hội thấp và ở các khu vực thành thị hơn là ở nông thôn.[5] Tuy nhiên, báo cáo từ các vùng này gợi ý rằng bệnh hột xoài (LGV) ít gặp hơn vi-rút herpes simplex hoặc bệnh giang mai (là nguyên nhân gây bệnh loét sinh dục), và ít gặp hơn bệnh loét hạ cam (là nguyên nhân gây bệnh hạch bạch huyết vùng bẹn).[6] [7] [8]

Nam giới có biểu hiện hạch bạch huyết cấp tính vùng bẹn cao gấp 6 lần so với nữ giới, họ có xu hướng không có triệu chứng trong giai đoạn sớm của nhiễm LGV. Ở phụ nữ, niêm mạc trực tràng dễ dàng bị nhiễm từ dịch âm đạo hoặc hạch lympho. Mặc dù không biết được liệu chỉ giao hợp qua đường hậu môn có phải là yếu tố nguy cơ đối với phụ nữ không, nhưng cả đồng tính nam (MSM) và nữ giới có nhiều khả năng tiến triển các biến chứng muộn của viêm đại trực tràng với loét mạn tính và chít hẹp trực tràng.[9]

Trước đây, người ta xem bệnh hột xoài (LGV) là bệnh hiếm gặp ở các nước phát triển có khí hậu ôn hòa. Tuy nhiên, các vùng đô thị ở Châu Âu và Bắc Mỹ, bệnh hột xoài (LGV) đặc biệt xuất hiện ở đối tượng đồng tính nam (MSM) do nguyên nhân viêm đại trực tràng. Trong một số đợt bùng phát, người ta đã tìm thấy tuýp L2 trong rất nhiều ca bệnh. Phần lớn bệnh nhân có quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn. Lây truyền qua sử dụng đồ chơi tình dục hoặc thủ dâm - phương thức tình dục chủ yếu, hơn là giao hợp qua tiếp xúc dương vật âm đạo có thể giải thích cho biểu hiện nổi bật của hội chứng hậu môn trực tràng hơn là vùng bẹn. Người ta cũng thấy đồng nhiễm giang mai ở mức độ cao, cũng như liên quan đến sự chuyển đổi huyết thanh HIV và viêm gan C đồng thời.[10] Một số nghiên cứu đối tượng đồng tính nam (MSM) có giao hợp qua đường hậu môn ở Đức, Anh Quốc, và Hà Lan cho thấy khoảng một phần tư ca bệnh hột xoài (LGV) không có triệu chứng.[11] [12]

Bệnh căn học

Nhiễm nấm *Chlamydia trachomatis* xảy ra qua tiếp xúc với niêm mạc hoặc vết trầy xước trên da. Lây truyền qua đường tình dục là con đường thường gặp nhất, nhưng các vị trí ngoài bộ phận sinh dục có thể bị ảnh hưởng khi tác động không do quan hệ tình dục, hoặc tình cờ tiếp xúc với đồ vật truyền bệnh.

Sinh lý bệnh học

Chlamydiae là vi khuẩn nội bào bắt buộc. Dạng gây nhiễm của *Chlamydia trachomatis* là thể thực bào, có thể xâm nhập vào các tế bào bằng con đường thực bào hoặc nội bào. Vi khuẩn gắn vào các tế bào biểu mô thông qua protein đích ở ngoài màng, protein OmcB, và thụ thể heparin sulphate.[13]

Mặc dù nhiễm các chlamydial khác có xu hướng khu trú ở vị trí tổn thương, các tuýp huyết thanh LGV lan trực tiếp vào đường ra của các hạch bạch huyết, ở đó chúng sinh sản trong thể lưới trong các tế bào lympho và bạch cầu đơn nhân. Các thể lưới chuyển lại thành thể căn bản và các thể vùi chứa thể căn bản này bị đứt gãy trong tế bào vật chủ. Do đó, tế bào bị

dung giải, giải phóng các chất gây nhiễm trùng và vòng đời của vi khuẩn kéo dài với sự lây lan giữa các tế bào.[14] Khi bị nhiễm bệnh, tế bào biểu mô sinh ra các cytokine viêm và phản ứng ban đầu của bạch cầu trung tính. Các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm thấy rằng interferon-gamma ức chế quá trình nhân đôi, nhưng không chấm dứt vòng đời của vi khuẩn.[15]

Ban đầu, ở nam giới có quan hệ tình dục khác giới, thường gặp nhất là các nốt vùng bẹn và vùng đùi. Ở phụ nữ và đồng tính nam, đau bụng dưới và đau lưng là những triệu chứng thường gặp có liên quan đến tổn thương các hạch bạch huyết ở sâu vùng xương chậu và tử cung. Ở phụ nữ, những nốt này tổn thương do sự lây lan bạch huyết từ cổ tử cung và thành sau âm đạo. Trong các hạch bạch huyết, tình trạng viêm xảy ra khu trú và khối viêm hình thành khi mô xung quanh bị ảnh hưởng. Khi hạch bạch huyết viêm tạo mủ, chúng hình thành khối áp-xe hoặc hoại tử. Các hạch kiểu này (hạch bạch huyết bị viêm, sưng, tăng cảm giác đau) có thể tự vỡ và tạo thành lỗ rò hoặc đường rò. Cấu trúc bạch huyết được thay đổi bằng việc lên sẹo và xơ hóa. Sự tắc nghẽn xảy ra say đó có thể dẫn đến phù voi sinh dục. Các biểu hiện hệ thống có thể xảy ra do lan rộng trực tiếp qua các đường rò hoặc do tiến triển nhiễm khuẩn huyết.[16]

Phân loại

Phân loại lâm sàng

Có ba giai đoạn của LGV: nguyên phát, giai đoạn thứ hai, và giai đoạn thứ ba.

Giai đoạn nguyên phát:

- Có đặc điểm là dương vật không đau hoặc viêm âm hộ và loét ở vị trí tiếp xúc (có thể là bộ phận sinh dục hoặc hậu môn), tự lành trong vòng vài ngày; bệnh nhân thường không chú ý thấy điều này.

Giai đoạn thứ hai:

- Biểu hiện cổ điển ở vùng bẹn ít gặp hơn, nhưng xảy ra nhiều tuần sau khi tiến triển tổn thương nguyên phát và biểu hiện ở hạch bạch huyết: đau, thường một bên, ở vùng bẹn hoặc đùi (thường gọi là 'hội chứng vùng bẹn').
- Khi mắc phải thông qua tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc trực tràng, sẽ có triệu chứng khác biệt là viêm đại trực tràng, với triệu chứng quan trọng là đau hậu môn trực tràng, xuất huyết trực tràng hoặc tiết dịch nhầy, tiêu chảy hoặc táo bón, đau thắt bụng, hẹp lỗ hậu môn trực tràng, hoặc cảm giác buốt mót.
- Bệnh nhân có thể biểu hiện sốt, khó chịu, đau lưng hoặc bụng, đau khớp. Ít gặp hơn là dấu hiệu "đường Greenblatt" (với đặc điểm là hạch bạch huyết sưng hình xúc xích ở phía trên và phía dưới dây chằng bẹn, ở giữa, dây chằng bẹn hình thành một đường rãnh ở giữa các chỗ sưng).

Giai đoạn thứ ba:

- Có đặc điểm phù nề mạn tính và tiến triển, gây phình to, để lại sẹo, và cuối cùng là loét phá hủy bộ phận sinh dục.
- Đây là biểu hiện thường gặp nhất ở phụ nữ do các triệu chứng trong giai đoạn nguyên phát và giai đoạn thứ hai không đầy đủ.
- Di chứng của nhiễm trùng mạn tính có thể gây xơ hóa và hình thành đường rò, chít hẹp hậu môn sinh dục do vỡ áp-xe. Ở phụ nữ, có thể tiến triển thành loét xơ phi âm hộ (xơ phù voi sinh dục), hoặc lỗ rò vào niệu đạo, âm đạo, tử cung, hoặc trực tràng. Ở nam giới, cũng có mô tả về các triệu chứng thực thể như xoắn dương vật hoặc phù voi dương vật bùi.[1]

Ngăn ngừa sơ cấp

Phòng ngừa ban đầu là không quan hệ tình dục với một người được biết là có bệnh hội xoài (LGV); bao cao su có thể không có hiệu quả đầy đủ trong phòng ngừa lây truyền Chlamydia trachomatis từ các tổn thương loét diện rộng, nhất là khi các tổn thương ảnh hưởng đến đáy chậu và háng. Sử dụng liên tục các biện pháp phòng ngừa trong quan hệ tình dục qua đường miệng, âm đạo, và hậu môn có thể giảm nguy cơ mắc bệnh hội xoài (LGV). Không nên dùng chung đồ chơi tình dục giữa các bạn tình trừ khi đã rửa sạch và dùng bao cao su để bảo vệ.

Khám sàng lọc

Phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục

Khuyến nghị tầm soát Chlamydia trachomatis ở phụ nữ mang thai và phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục 25 tuổi trở xuống, nhưng không khuyến nghị tầm soát đặc biệt để tìm tuýp huyết thanh bệnh hội xoài.[33]

nam giới quan hệ tình dục với nam giới (MSM)

Nên tầm soát chlamydia hậu môn trực tràng bằng mẫu phết trực tràng kèm theo phân tích sau đó là phản ứng khuếch đại chuỗi gen thời gian thực (RT-PCR) ở đối tượng đồng tính nam. Điều trị mục tiêu theo kinh nghiệm cho đồng tính nam (MSM) bị viêm trực tràng và điều trị sớm cho những người đã được chẩn đoán có thể giúp phòng ngừa lây truyền, biến chứng muộn, và tỉ lệ mắc bệnh. Các khuyến nghị tầm soát và điều trị theo kinh nghiệm ở đối tượng đồng tính nam (MSM) dựa trên các đợt bùng phát không thường xuyên ở Châu Âu và Bắc Mỹ.[17] [36]

Ngăn ngừa thứ cấp

Bất kỳ ai đã từng phơi nhiễm qua tiếp xúc, quan hệ tình dục không an toàn trong vòng 60 ngày với bạn tình đang có triệu chứng, hoặc tiếp xúc trực tiếp với tổn thương loét do LGV hoặc dịch từ hạch hay trực trạng thì nên liên hệ để được đánh giá, tư vấn và dự phòng sau phơi nhiễm cũng như điều trị kháng sinh.[33]

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Bệnh nhân nam 30 tuổi nhiễm HIV có biểu hiện 3 tuần với triệu chứng đau hậu môn trực tràng tiến triển, co thắt bụng, xuất huyết trực tràng, và tiêu chảy. Bệnh nhân đã đi khám và được chẩn đoán theo dõi bệnh viêm ruột. Sau khi được kê đơn metronidazole, các triệu chứng của bệnh nhân vẫn tiếp tục tiến triển. Bệnh nhân không sốt, sụt cân, khó chịu, hay mệt mỏi gì. Bệnh nhân thường đi du lịch đến Amsterdam, Hà Lan, ở đó bệnh nhân có quan hệ tình dục với bạn tình nam giới qua đường hậu môn trong 3 tháng qua và thường không sử dụng bao cao su. Không sờ thấy hạch bạch huyết vùng bẹn. Bị hẹp hậu môn trực tràng và sờ thấy tăng cảm giác đau.

Tiền sử ca bệnh #2

Bệnh nhân nam 27 tuổi có biểu hiện 2 tuần với triệu chứng có các khối phù đại tiến triển ở vùng bẹn phải. Các khối này bị viêm và bệnh nhân bị sốt, đau khớp, và khó chịu. Không có vết loét, đái mủ, hay bí tiểu. Bệnh nhân mới trở về từ Đông Nam Á cách đây 4 tuần. Khi ở đó bệnh nhân có sử dụng cocaine và quan hệ tình dục qua âm đạo không an toàn với gái mại dâm. Các hạch bạch huyết vùng bẹn và đùi phải của anh ấy (trên và dưới dây chằng bẹn) có hình bầu dục, kích thước khoảng 3 cm, cố định, và đau khi sờ. Lớp da phía trên dày và không cứng.

Các bài trình bày khác

Hiếm gặp các biểu hiện ngoài sinh dục, nhưng người ta tìm thấy ADN Chlamydia trachomatis liên quan đến bệnh hột xoài (LGV) trong họng của người không có triệu chứng và có thể biểu hiện là vết loét ở họng hoặc viêm họng.[2] Bệnh lan tỏa toàn thân do nhiễm khuẩn huyết gây ra các bệnh lý bao gồm viêm khớp, viêm gan, viêm màng ngoài tim, viêm phổi, hoặc viêm não - màng não.[3] Thỉnh thoảng cũng có hồng ban nút.[4] Di chứng của nhiễm trùng mạn tính có thể gây xơ hóa và hình thành đường rò và chít hẹp hậu môn sinh dục do vỡ áp-xe. Ở phụ nữ, có thể tiến triển thành loét xơ phì âm hộ (xơ phù voi sinh dục), hoặc lỗ rò vào niệu đạo, âm đạo, tử cung, hoặc trực tràng. Ở nam giới, cũng có mô tả về các triệu chứng thực thể như xoắn dương vật hoặc phù voi dương vật bìu.[1] Hiếm gặp các biến chứng muộn và thường xảy ra sau viêm đại trực tràng.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán dựa trên nghi ngờ lâm sàng, cẩn thận trong khai thác tiền sử và khám lâm sàng, loại trừ các nguyên nhân khác, chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm vi sinh học thích hợp nếu có.

Giai đoạn nguyên phát của bệnh hột xoài (LGV)

Giai đoạn nguyên phát có đặc điểm là không đau dương vật hoặc viêm âm hộ và loét ở vị trí tổn thương, tự lành trong vòng vài ngày. Bệnh nhân thường không chú ý thấy điều này và hiếm khi có triệu chứng ở giai đoạn này.

Tiền sử:

- Độ tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lây truyền qua đường tình dục, tình trạng nhiễm HIV, tiền sử giao hợp không bảo vệ (qua đường hậu môn hoặc âm đạo), hành vi quan hệ tình dục không an toàn, và tiền sử quan hệ tình dục với đối tượng trong vùng lưu hành dịch là những thành phần quan trọng trong tiền sử bệnh.

Khám lâm sàng:

- Có thể thấy tình trạng viêm và loét ở bộ phận sinh dục hoặc hậu môn; tuy nhiên, do các vết loét này lành trong vòng vài ngày, nên bệnh nhân hiếm khi để ý trong giai đoạn này.

[Fig-1]

Giai đoạn thứ hai của bệnh hạch xoài (LGV)

Giai đoạn thứ hai thường xảy ra nhiều tuần sau khi tiến triển tổn thương nguyên phát và biểu hiện của hạch bạch huyết: không đau, một bên, vùng bẹn hoặc đùi, có thể nổi hạch (thường gọi là 'hội chứng vùng bẹn'). Đây là biểu hiện thường gặp nhất. Bệnh nhân cũng có thể biểu hiện với các triệu chứng viêm đại trực tràng hoặc nhiễm khuẩn huyết.

Tiền sử:

- Độ tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lây truyền qua đường tình dục, tình trạng nhiễm HIV, tiền sử giao hợp không bảo vệ (qua đường hậu môn hoặc âm đạo), hành vi quan hệ tình dục không an toàn, và tiền sử quan hệ tình dục với đối tượng trong vùng lưu hành dịch là những thành phần quan trọng trong tiền sử bệnh.
- Các bệnh nhân thường sốt, khó chịu, đau khớp, đau bụng dưới hoặc đau lưng dưới.
- Bệnh nhân viêm đại trực tràng có thể đau hậu môn trực tràng, xuất huyết trực tràng, tiết dịch nhầy, tiêu chảy hoặc táo bón, co thắt bụng, hoặc cảm giác buồn mót.
- Bệnh nhân có nhiễm khuẩn huyết có thể có các triệu chứng liên quan đến hệ cơ quan bị ảnh hưởng (ví dụ như đau khớp, tổn thương hô hấp, hoặc đau gan và/hoặc vàng da).

Khám lâm sàng:

- Bệnh nhân có thể biểu hiện cổ điển là đau và sưng ở háng. Có thể thấy 'dấu hiệu đường rãnh Greenblatt' (sưng hạch bạch huyết hình xúc xích ở phía trên và phía dưới dây chằng bẹn, ở đó dây chằng bẹn hình thành một đường rãnh ở giữa các chỗ sưng) nhưng ít gặp hơn. Hồng ban nút thỉnh thoảng cũng có liên quan.[4]
- Khi đường vào là qua niêm mạc trực tràng, sẽ có triệu chứng khác là viêm đại trực tràng. Có thể khó khám trực tràng bằng ngón tay do đau khi chạm vào, nhưng thường thấy các vết loét quanh hậu môn, xuất huyết trực tràng, chảy dịch mủ, và hẹp lỗ hậu môn.[19]
- Bệnh lan tỏa toàn thân do nhiễm khuẩn huyết gây ra các bệnh lý bao gồm viêm khớp, viêm gan, viêm màng ngoài tim, viêm phổi, hoặc viêm não - màng não.[3]
- Ở phụ nữ, khám tầng sinh môn để thấy cổ tử cung và lấy mẫu phết dịch để xét nghiệm.

Giai đoạn thứ ba của LGV

Giai đoạn thứ ba có đặc điểm phù nề mạn tính và tiến triển, gây phình to, để sẹo, và cuối cùng là loét phá hủy bộ phận sinh dục. Đây là biểu hiện thường gặp nhất ở phụ nữ do thiếu các triệu chứng trong giai đoạn nguyên phát và giai đoạn thứ hai.

Di chứng của nhiễm trùng mạn tính có thể gây xơ hóa và hình thành đường rò, chít hẹp hậu môn sinh dục do vỡ áp-xe. Ở phụ nữ, có thể tiến triển thành loét xơ phì âm hộ (xơ phù voi sinh dục), hoặc lỗ rò vào niệu đạo, âm đạo, tử cung, hoặc trực tràng. Ở nam giới, cũng có mô tả về các triệu chứng thực thể như xoắn dương vật hoặc phù voi dương vật bìu.[1]

Các biến chứng muộn thường hiếm gặp và xảy ra sau viêm đại trực tràng. Trong khi ở phụ nữ có xu hướng tiến triển các triệu chứng và biến chứng muộn, thì ở nam giới có xu hướng tiến triển các triệu chứng cấp tính. Có thể do cổ tử cung có thể tái nhiễm bệnh ở nữ giới; còn nam giới không bị nhiễm trùng sau khi tổn thương nguyên phát đã khỏi.[9]

Tiền sử:

- Độ tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lây truyền qua đường tình dục, tình trạng nhiễm HIV, tiền sử giao hợp không bảo vệ (qua đường hậu môn hoặc âm đạo), hành vi quan hệ tình dục không an toàn, và tiền sử quan hệ tình dục với đối tượng trong vùng lưu hành dịch là những thành phần quan trọng trong tiền sử bệnh.

Khám lâm sàng:

- Trong giai đoạn thứ ba, các đặc điểm lâm sàng rõ ràng hơn với phù nề mạn tính và tiến triển, gây phình to, tạo sẹo, và cuối cùng là loét phá hủy bộ phận sinh dục.

[Fig-3]

- Các triệu chứng ít gặp hơn bao gồm hẹp hậu môn sinh dục, có lỗ rò hoặc đường rò; phù voi sinh dục; xoắn dương vật hoặc loét xơ phì đại âm hộ.

[Fig-4]

Các xét nghiệm chẩn đoán

Xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm vi sinh phù hợp, bất kể trong giai đoạn nào của bệnh. Chẩn đoán xác định bằng xác định tuýp huyết thanh LGV của *Chlamydia trachomatis*. Có thể phân biệt *C. trachomatis* với các chủng *Chlamydiae* khác bằng phân tích trình tự chuỗi axit ribonucleic 16S.[20] Dựa trên độ đặc hiệu kháng nguyên được xác định bởi các kháng thể đơn dòng và giải trình tự phân tử của protein đích màng ngoài, người ta đã nhận biết 18 chủng dưới loài của *C. trachomatis*, định danh bằng chữ cái A đến L.[21] Bệnh hột xoài (LGV) do tuýp huyết thanh L1, L2, và L3 gây ra. Tuýp L2 thường gây bệnh hột xoài (LGV) nhiều nhất.

Lấy mẫu phết từ các vết loét sinh dục, cổ tử cung, và trực tràng khi có các triệu chứng của viêm đại trực tràng. Nếu bệnh nhân có các triệu chứng cổ điển (triệu chứng hạch bạch huyết vùng bẹn) hoặc không có triệu chứng, thì lấy mẫu phết niệu đạo hoặc mẫu nước tiểu.

Các kỹ thuật phân tử có độ nhạy cao hơn so với nuôi cấy, do đó được ưu tiên trước; không cần thiết nuôi cấy nếu có các kỹ thuật phân tử. Xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT) phát hiện tất cả các tuýp huyết thanh của *C. trachomatis*, bao gồm tuýp huyết thanh bệnh hột xoài (LGV). Tại Hoa Kỳ, mặc dù Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Thuốc chưa chấp thuận NAAT để phân tích các mẫu bệnh phẩm trực tràng hoặc hậu môn, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh khuyến nghị xét nghiệm NAAT cho bệnh nhân biểu hiện viêm trực tràng hoặc nhiễm trùng ngoài đường sinh dục.[22]

Các mẫu bệnh có NAAT dương tính được khẳng định bằng phản ứng khuếch đại gen (RT-PCR). Có thể gửi các mẫu phết trực tràng để làm RT-PCR. RT-PCR hiện là xét nghiệm khẳng định được sử dụng rộng rãi nhất để chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV).

Phân lập *C. trachomatis* bằng nuôi cấy dịch dẫn lưu, hoặc mẫu phết của vết loét sinh dục trực tràng là đặc hiệu nhất; tuy nhiên, các kỹ thuật này thay đổi tùy theo phòng xét nghiệm và không phổ biến rộng rãi vì chúng tốn công sức hơn mà độ nhạy thấp hơn so với các kỹ thuật phân tử khác.

Nếu không thể phát hiện trực tiếp hoặc không có xét nghiệm phân tử, có thể dùng xét nghiệm huyết thanh cùng với thử nghiệm cố định bổ thể hoặc phản ứng vi lượng miễn dịch huỳnh quang.

Chụp x-quang có thể có vai trò trong đánh giá giải phẫu xương chậu trong các giai đoạn muộn của bệnh.

Những người có triệu chứng viêm đại trực tràng nên tiến hành soi hậu môn hoặc soi đại tràng sigma.[17] Số lượng bạch cầu cao trên tiêu bản nhuộm Gram lấy từ soi hậu môn/soi đại tràng sigma ở bệnh nhân có nguy cơ cao bị viêm đại trực tràng có thể hỗ trợ chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV).

Xét nghiệm tuýp huyết thanh là xét nghiệm mới, có thể sử dụng với mục đích tham khảo cho nghiên cứu dịch tễ.

Xét nghiệm Frei, lấy từ kháng nguyên chlamydial, hiện đã lỗi thời. Kết quả dương tính không phân biệt được nhiễm chlamydial trước đây với hiện tại hoặc nhiễm các chủng chlamydial khác.

Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Sau khi chẩn đoán xác định bệnh hội xoài (LGV), cần thiết phải xét nghiệm bất kỳ bệnh lây truyền qua đường tình dục khác (ví dụ bệnh giang mai, HIV, bệnh lậu, herpes, và viêm gan).

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác

- Những người có nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác cũng có nguy cơ mắc bệnh hội xoài (LGV). Mắc đồng thời viêm trực tràng do bệnh lậu và loét bộ phận sinh dục, gồm có nhiễm herpes hậu môn sinh dục và giang mai là yếu tố nguy cơ độc lập vững chắc.[17]
- Không có nghiên cứu gần đây phân biệt rõ ràng những yếu tố nguy cơ cũng như trên những bệnh nhân khác ngoài đồng tính nam (MSM); tuy nhiên, sự liên quan với các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác có khả năng nhiều nhất là liên quan đến hành vi quan hệ tình dục không an toàn.

hành vi tình dục không an toàn

- Tham gia hành vi tình dục không an toàn (bao gồm quan hệ với bạn tình ẩn danh hoặc ngẫu nhiên và quan hệ tình dục không bảo vệ) là yếu tố nguy cơ độc lập vững chắc.[17]

HIV dương tính

- Không có nghiên cứu nào cho thấy rằng khả năng dễ mắc bệnh hội xoài (LGV) bị ảnh hưởng bởi tình trạng miễn dịch hoặc nhiễm HIV trước đây; tuy nhiên, các bệnh lây truyền qua đường tình dục có viêm hoặc loét có thể làm tăng khả năng lây truyền và dễ nhiễm HIV.[9]
- Trong một nghiên cứu bệnh chứng ở nhóm đồng tính nam trong một vụ dịch bệnh hội xoài (LGV) ở Hà Lan, HIV dương tính là yếu tố nguy cơ cao nhất (khi so với nhóm chứng đồng tính nam không có nấm chlamydia ở hậu môn).[17]
- Trong một phân tích tổng hợp 13 nghiên cứu từ năm 2000 đến năm 2009, tỷ lệ mắc HIV trong các ca bệnh hội xoài (LGV) trong nhóm đồng tính nam dao động từ 67% đến 100%. Đồng tính nam có bệnh hội xoài (LGV) có khả năng nhiễm HIV gấp 8 lần so với những người nhiễm chlamydia mà không có bệnh hội xoài (LGV).[18]

tuổi (20 đến 40 tuổi)

- Thường xảy ra lây truyền mạnh nhất ở độ tuổi hoạt động tình dục cao.
- Mặc dù LGV không thường gặp ở độ tuổi trẻ hơn, trẻ nữ nhi có thể bị nhiễm bệnh từ mẹ trong khi mang thai và truyền qua khoang âm đạo.[9]

Yếu

giao hợp không bảo vệ trong vùng lưu hành dịch LGV

- Mặc dù các nghiên cứu gần đây về các yếu tố nguy cơ đối với bệnh hội xoài (LGV) ở nhóm đồng tính nam trong môi trường bùng phát dịch bệnh, có sự tương đồng ở các nhóm có yếu tố nguy cơ giống nhau ở nhóm nam và nữ có quan hệ với người khác giới, nhất là những người sống hoặc du lịch đến vùng lưu hành dịch. Các ca bệnh hội

xoài (LGV) được báo cáo trong vùng không lưu hành dịch thường là những người trở về từ các vùng lưu hành dịch, như thủy thủ và người lính.[9]

nam giới

- Mặc dù không có nghiên cứu nào gợi ý rằng nam giới có nguy cơ mắc bệnh hột xoài (LGV) cao hơn, nhưng khả năng nam giới biểu hiện bệnh hột xoài (LGV) cấp tính cao hơn.[9]
- Đã có mô tả về các đợt bùng phát bệnh hột xoài (LGV) ở hậu môn trực tràng tại các vùng không lưu hành dịch trên đối tượng đồng tính nam.[10] [11] [17] [19]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Các yếu tố nguy cơ bao gồm các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác và quan hệ không bảo vệ ở vùng lưu hành dịch bệnh hột xoài (LGV).

bệnh hạch bạch huyết vùng bẹn (thường gặp)

- Trong giai đoạn thứ hai, biểu hiện cổ điển của hạch bạch huyết là đau khi chạm. Khoảng một phần ba bệnh nhân xuất hiện nốt hai bên.[25]

các triệu chứng không đặc hiệu của viêm đại trực tràng (không thường gặp)

- Các triệu chứng như đau hậu môn trực tràng, xuất huyết trực tràng hoặc tiết dịch nhầy, tiêu chảy hoặc táo bón, đau thắt bụng, hẹp lỗ hậu môn trực tràng, hoặc cảm giác buốt mót là các triệu chứng không đặc hiệu của viêm đại trực tràng. Cần tầm soát đối tượng đồng tính nam (MSM) là đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh hột xoài (LGV) nếu có các triệu chứng này.[17]

Dấu hiệu đường rãnh của Greenblatt (không thường gặp)

- 20% nam giới có nốt ở cả vùng đùi và vùng bẹn. Đường rãnh này được tạo ra bởi dây chằng bẹn.[1]

phù voi sinh dục, xoắn dương vật, loét xơ phì đại âm hộ (không thường gặp)

- Giai đoạn muộn có thể xảy ra một vài năm sau nhiễm trùng ban đầu. Những triệu chứng này là kết quả của viêm bạch mạch tiến triển, phù nề mạn tính, và xơ hóa các mô dưới da.[9]

Các yếu tố chẩn đoán khác

sốt, khó chịu, đau khớp (thường gặp)

- Những triệu chứng không đặc hiệu kèm theo sự lây lan qua đường bạch mạch cho thấy đáp ứng toàn thân với nhiễm trùng.

đau bụng dưới hoặc đau lưng (thường gặp)

- Các triệu chứng không đặc hiệu có thể là các nốt ở sâu trong xương chậu.[9]

loét sinh dục hoặc hậu môn (không thường gặp)

- Các vết loét nguyên phát thường xuất hiện 3 đến 30 ngày sau khi phơi nhiễm. Ở phụ nữ và đồng tính nam, những tổn thương này xuất hiện trong âm đạo hoặc trực tràng và thường ít bị phát hiện.[23] [24]

các triệu chứng không đặc hiệu của nhiễm khuẩn huyết (không thường gặp)

- Viêm khớp, viêm gan, viêm màng ngoài tim, viêm phổi, và viêm màng não là những dấu hiệu không đặc hiệu có thể đi kèm với nhiễm khuẩn huyết, thể hiện sự đáp ứng hệ thống với nhiễm trùng.

Ban đỏ dạng nốt (không thường gặp)

- 10% bệnh nhân sẽ tiến triển ban trên da này.[4]

các đường rò hậu môn sinh dục, chít hẹp, hoặc lỗ rò (không thường gặp)

- Di chứng của nhiễm trùng mạn tính có thể gây xơ hóa và hình thành đường rò và chít hẹp hậu môn sinh dục do vỡ áp-xe.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
Lấy mẫu bệnh phẩm sinh dục hoặc hạch bạch huyết để xét nghiệm khuếch đại axit nucleic (NAAT) Có thể xét nghiệm NAAT từ các mẫu bệnh phẩm nước tiểu và hạch bạch huyết cũng như mẫu phết niệu đạo, trực tràng, cổ tử cung, và vết loét sinh dục.[22] Tại Hoa Kỳ, mặc dù Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Thuốc chưa chấp thuận NAAT để phân tích các mẫu bệnh phẩm từ trực tràng hoặc hậu huyệt, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh khuyến nghị xét nghiệm NAAT cho bệnh nhân có biểu hiện viêm trực tràng hoặc nhiễm trùng ngoài đường sinh dục.[22]	dương tính với Chlamydia trachomatis bao gồm cả các tuýp huyết thanh gây bệnh hột xoài (LGV)
huyết thanh dùng thử nghiệm cố định bổ thể Thử nghiệm cố định bổ thể với hiệu giá kháng thể cao khi không có triệu chứng thì không khẳng định LGV, nhưng hiệu giá kháng thể thấp không loại trừ LGV.	hiệu giá kháng thể cao hơn 1:64 hoặc tăng 4 lần giữa 2 mẫu bệnh phẩm ở giai đoạn cấp tính và giai đoạn hồi phục thể hiện bệnh hột xoài (LGV) hoạt động
huyết thanh với vi miễn dịch huỳnh quang (MIF) MIF đặc hiệu tuýp huyết thanh có độ nhạy cao hơn (>90%) và độ đặc hiệu cao hơn so với thử nghiệm cố định bổ thể, nhưng nó không phân biệt giữa nhiễm trước đây với nhiễm hiện tại. MIF không được dùng rộng rãi.[26]	hiệu giá kháng thể cao hơn 1:128 gợi ý chắc chắn, nhưng bệnh nhân có LGV thường có hiệu giá kháng thể cao hơn 1:256
mẫu bệnh phẩm lấy qua soi hậu môn để nhuộm Gram Đồng tính nam (MSM) có giao hợp qua đường hậu môn, đặc biệt những người có HIV dương tính, có thể điều trị theo kinh nghiệm với phát hiện này trong khi đợi các xét nghiệm xác định khác.[17]	Gợi ý khả năng cao nếu kết quả nhuộm Gram hậu môn trực tràng cho thấy cao hơn 10 WBC/trên một vi trường

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục Sau khi xác định chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV), bắt buộc phải xét nghiệm cho bệnh nhân để tìm bất kỳ bệnh lây truyền qua đường tình dục đồng thời nào khác (ví dụ bệnh giang mai, HIV, bệnh lậu, herpes, và viêm gan B và viêm gan C).	dương tính với bệnh lây truyền qua đường tình dục

Xét nghiệm	Kết quả
chất dịch hoặc mẫu phết để thực hiện phản ứng khuếch đại chuỗi gen sao chép ngược (RT-PCR) RT-PCR hiện là xét nghiệm xác định được sử dụng rộng rãi nhất cho bệnh hạt xoài (LGV). Cần gửi các mẫu bệnh dương tính NAAT để xác định bằng RT-PCR. Có thể gửi các mẫu phết trực tràng để phân tích PCR.	dương tính với C trachomatis bao gồm tuýp huyết thanh bệnh hạt xoài (LGV)
sinh thiết thông qua soi đại tràng và đại tràng sigma cùng với chẩn đoán mô bệnh học Mặc dù không đặc hiệu đối với bệnh hạt xoài (LGV), chẩn đoán mô bệnh học với soi đại tràng và đại tràng sigma có thể giúp phân biệt nhiễm trùng với các bệnh viêm ruột khác như bệnh Crohn.[5]	nội soi thấy tiết dịch mủ nhầy và hẹp lòng ruột liên quan đến chít hẹp; về mặt bệnh học, cần chú ý đến mô u hạt về xuất huyết, dịch tiết, và áp-xe nang
chụp CT vùng bụng và vùng chậu Chỉ định chẩn đoán hình ảnh vùng bụng và vùng chậu khi nghi ngờ ảnh hưởng đến lớp sâu của tầng sinh môn và đại tràng, đại tràng sigma.	có thể cho thấy sự hiện diện của tình trạng chít hẹp, hạch bạch huyết ở sâu trong tầng sinh môn.
Chụp MRI vùng bụng và xương chậu Chỉ định chẩn đoán hình ảnh vùng bụng và vùng chậu khi nghi ngờ ảnh hưởng đến lớp sâu của tầng sinh môn và đại tràng, đại tràng sigma.	có thể cho thấy sự hiện diện của tình trạng chít hẹp, hạch bạch huyết ở sâu trong tầng sinh môn.
chất dịch hoặc mẫu phết để nuôi cấy Phân lập bằng cấy các mô từ dịch hút, vết loét bộ phận sinh dục, hoặc trực tràng là đặc hiệu nhất. Nuôi cấy với C trachomatis có kết quả dương tính khoảng 30%.[9] Kỹ thuật ở mỗi phòng xét nghiệm khác nhau, và không được sử dụng rộng rãi vì chúng đòi hỏi tiêu chuẩn khắt khe hơn và ít nhạy hơn so với các kỹ thuật phân tử khác.	dương tính với C trachomatis bao gồm tuýp huyết thanh bệnh hạt xoài (LGV)

Các xét nghiệm giai đoạn đầu

Xét nghiệm	Kết quả
chất dịch hoặc mẫu phết để định tuýp huyết thanh Sử dụng xét nghiệm tham khảo cho mục đích dịch tễ.	Giải trình tự DNA của gen protein đích màng ngoài

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Bệnh giang mai (Treponema pallidum)	Bệnh giang mai có biểu hiện khác ở triệu chứng loét sinh dục; tuy nhiên, vết loét nguyên phát do bệnh giang mai gây ra khác do đường viền có gờ không cứng, và triệu chứng hạch bạch huyết vùng bẹn trong giang mai thường ở hai bên và không tăng cảm giác đau.	Trong chẩn đoán bệnh hạch xoài (LGV), cần phải làm đi xét nghiệm tìm kháng thể giang mai trong huyết tương (rapid plasma reagin) hoặc xét nghiệm VDRL (xét nghiệm tìm kháng thể giang mai) bằng phương pháp hấp thụ kháng thể huỳnh quang xác định. Soi kính hiển vi nền tối từ mẫu phết vết loét giang mai sơ kỳ cũng có thể thấy xoắn khuẩn.[14]
Viêm trực tràng do lậu cầu	Ở phụ nữ và đồng tính nam (MSM) có tiền sử giao hợp qua đường hậu môn, thường thấy nhiễm kèm lậu cầu, và mặc dù không có triệu chứng, biểu hiện cấp tính tương tự với bệnh hạch xoài (LGV) trong giai đoạn sớm của viêm trực tràng, nhưng bệnh hạch xoài (LGV) tiến triển ở các giai đoạn muộn với tình trạng viêm u hạt, chít hẹp, và loét mạn tính rõ rệt.[27]	Có thể chẩn đoán với mẫu phết bằng nuôi cấy, nhuộm Gram, xét nghiệm khuếch đại axit nucleic hoặc thăm dò DNA tìm Neisseria gonorrhoeae.
Herpes sinh dục (HSV)	HSV thường biểu hiện là các mụn nước đau, loét; trong khi các vết loét nguyên phát của bệnh hạch xoài (LGV) không đau. Herpes sinh dục cũng thường liên quan đến hạch bạch huyết vùng bẹn hai bên, ngược với bệnh hạch xoài (LGV), có xu hướng một bên.	Có thể phân lập HSV bằng mẫu phết trong nuôi cấy tế bào hoặc nhận biết bằng PCR. Có thể quan sát thấy những thay đổi tế bào học trên mẫu phết Tzanck.[28]
Loét hạ cam	Bệnh loét hạ cam khác với bệnh hạch xoài (LGV) do có nhiều nốt sần không đau, nhanh chóng trở thành mụn mủ và xuất tiết.	Nhuộm Gram (với trực khuẩn gram âm trong một thể được gọi là 'đàn cá') và nuôi cấy tìm Haemophilus ducreyi hướng giúp ích nhưng độ đặc hiệu và kết quả kém. Có thể làm PCR.[28]

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
U hạt vùng bẹn/u hạt bẹn (Viêm u hạt do Klebsiella)	Tương tự như bệnh hạch xoài (LGV), các tổn thương loét không đau, nhưng u hạt vùng bẹn phát triển dưới da và thường tiến triển mà không có viêm hạch bạch huyết thật sự. Các tổn thương sinh dục có nhiều mạch máu, xu hướng rất dễ vỡ, và kết khối.	Chẩn đoán xác định bằng nhìn thấy các mảng sẫm màu, các thể Donovan trên mẫu bệnh phẩm mô hoặc sinh thiết. Khó có thể phân lập thường qui bằng nuôi cấy.[28]
Bệnh giun chỉ	Bệnh giun chỉ bạch huyết khác với bệnh hạch bạch huyết vùng bẹn ở đặc điểm vùng lưu hành dịch; tuy nhiên, ngứa và các biểu hiện ở da từ chỉ gợi ý nhiễm ký sinh trùng hơn là bệnh hạch xoài (LGV).	Có thể phát hiện ấu trùng giun chỉ gây bệnh giun chỉ bạch huyết trong máu. Ấu trùng giun chỉ hoạt động định kỳ về đêm có thể bị kích thích hoạt động trong hệ tuần hoàn vào ban ngày bằng một liều diethylcarbamazine nếu xét nghiệm máu vào ban đêm không khả thi.
Bệnh mèo cào (Bartonella henselae)	Mặc dù hạch bạch huyết tại chỗ là biểu hiện đặc trưng nhất của bệnh mèo cào, hầu hết các bệnh nhân đều có tiền sử tiếp xúc với mèo gần đây.	Có thể chẩn đoán xác định bằng PCR hạch bạch huyết, nhưng kết hợp với triệu chứng lâm sàng, nên lựa chọn xét nghiệm huyết thanh học là xét nghiệm ban đầu.[29]
Bệnh tularaemia (Francisella tularensis)	Tularaemia thường được truyền qua ve hoặc động vật. Tùy theo đường vào, tularaemia có thể biểu hiện là hội chứng loét da, nhưng loét da nguyên phát là nốt sần hoại tử và đau vết loét. Bệnh hạch bạch huyết khu vực có thể xảy ra trước, đồng thời hoặc sau đó. Trong bệnh hạch xoài (LGV), bệnh hạch bạch huyết xảy ra sau loét nguyên phát, không đau và giảm dần.	Thỉnh thoảng có thể phân lập F tularensis từ máu, các hạch bạch huyết hoặc vết thương, nhưng do nguy hiểm đối với nhân viên phòng xét nghiệm và khả năng sử dụng như là chất khủng bố sinh học, cần cảnh báo cho nhân viên phòng xét nghiệm nếu nghi ngờ. Hiện đã có các xét nghiệm chẩn đoán nhanh bằng thử nghiệm huyết thanh và PCR.[30]
Bệnh dịch hạch thể hạch (Vi khuẩn yersinia pestis)	Bệnh nhân có hạch vùng bẹn do bệnh dịch hạch thường sẽ bị bệnh cấp tính. Các hạch có xu hướng tiến triển nhanh kèm theo tăng cảm giác đau.	Có thể phân lập vi khuẩn Y pestis bằng nuôi cấy từ máu hoặc mẫu phết của tổn thương da. Vì nguy hiểm đối với nhân viên phòng xét nghiệm và khả năng sử dụng như là chất khủng bố sinh học, cần cảnh báo cho nhân viên phòng xét nghiệm nếu nghi ngờ. Ở những người có kết quả nuôi cấy âm tính, có thể dùng các xét nghiệm huyết thanh nếu nghi ngờ.[31]

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
TB (trực khuẩn lao hoặc nhiễm Mycobacterium avium complex lan tỏa)	Bệnh hạch xoài (LGV) và lao (TB) cùng có xu hướng hình thành các đường rò mạn tính, nhất là ở bệnh nhân có HIV dương tính, khi ngoài lao phổi có biểu hiện sinh dục niệu, đường tiêu hóa hoặc là viêm hạch bạch huyết (bệnh tràng hạt). Nhiễm mycobacterium hệ thống thường liên quan đến sự lây lan qua đường máu và các triệu chứng thể tạng.	Xét nghiệm lao, hoặc dẫn xuất protein tinh khiết thường dương tính. Cần sinh thiết với nhuộm kháng cồn kháng toan mẫu bệnh phẫu thuật và/hoặc nuôi cấy để chẩn đoán xác định.
Nhiễm amip (Entamoeba histolytica)	Ở đối tượng đồng tính nam (MSM) có biểu hiện viêm đại trực tràng trong vùng lưu hành dịch, nhiễm trùng E histolytica có thể giống với bệnh hạch xoài (LGV).[32] Các dấu hiệu và triệu chứng nổi bật của sự xâm nhập bao gồm tiêu chảy, hội chứng lỵ, và phân có máu.	Chẩn đoán viêm đại trực tràng do amip bằng cách soi thấy ký sinh trùng trong phân.
Ung thư bạch huyết	Ung thư bạch huyết thường sẽ liên quan đến các triệu chứng thể tạng và bệnh hạch bạch huyết toàn thân.	Chẩn đoán ung thư bạch huyết bằng chẩn đoán mô bệnh học từ sinh thiết hạch bạch huyết.
Thoát vị bẹn nghẹt	Khác biệt với khối u vùng bẹn. Thường có thể nhận biết thoát vị qua khe bằng khám lâm sàng và bằng các nghiệm pháp giảm thoát vị khe.	Chụp CT có thể giúp đánh giá giải phẫu học vùng chậu.
Bệnh viêm ruột	Phân biệt với viêm đại trực tràng. Bệnh hạch xoài (LGV) thường liên quan đến đầu xa đại tràng sigma và trực tràng, trong khi đó bệnh Crohn có thể biểu hiện ở bất kỳ nơi nào trong đường tiêu hóa.[19]	Chẩn đoán mô bệnh học qua soi đại tràng và đại tràng sigma không đặc hiệu và không thể giúp phân biệt nhiễm trùng với các bệnh viêm ruột khác.[5] Phân biệt bằng xét nghiệm PCR Chlamydia trachomatis trên mẫu phết trực tràng hoặc sinh thiết.
Viêm đại tràng do CMV	Phân biệt với viêm đại trực tràng ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Bệnh hạch xoài (LGV) thường liên quan đến đầu xa đại tràng sigma và trực tràng.[5]	Chẩn đoán mô bệnh học qua soi đại trực tràng sigma có thể giúp phân biệt CMV. PCR trong huyết thanh cũng có thể phát hiện nhiễm vi-rút máu ở mức cao.

Các tiêu chí chẩn đoán

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC)[33]

Chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV) dựa trên các phát hiện lâm sàng kết hợp với xét nghiệm xác định hỗ trợ như định danh *Chlamydia trachomatis* bằng xét nghiệm khuếch đại axit nucleic, xác định kiểu gen theo PCR, hoặc huyết thanh học *Chlamydia* (hiệu giá kháng thể cố định bổ thể). Chẩn đoán được hỗ trợ bằng thông tin dịch tễ học và loại trừ các nguyên nhân khác gây loét sinh dục, bệnh hạch bạch huyết cục bộ, hoặc viêm đại trực tràng. Chỉ xét nghiệm huyết thanh không đủ, nhưng kết hợp với biểu hiện lâm sàng thích hợp, hiệu giá kháng thể cố định bổ thể lớn hơn 1:64 cũng có thể hỗ trợ chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV).

Hiệp hội Quốc tế về Bệnh lây truyền qua đường tình dục[34]

Xác định chẩn đoán bệnh hột xoài (LGV) bằng phát hiện *Chlamydia trachomatis* DNA đặc hiệu tuýp sinh học trong các mẫu bệnh phẩm lấy từ tổn thương (ví dụ mẫu phết từ vết loét ở các tổn thương hậu môn sinh dục nguyên phát, mẫu phết hậu môn trực tràng khi soi trực ruột, hoặc hút dịch hạch). Nếu có phòng xét nghiệm hiện đại, xét nghiệm theo quy trình hai bước: tầm soát NAAT để tìm *C. trachomatis*, nếu dương tính, RT-PCR để tìm LGV DNA đặc hiệu tuýp sinh học. Nếu không có xét nghiệm chẩn đoán phân tử, thì có thể chẩn đoán LGV bằng xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu chỉ với *Chlamydia*. Hiệu giá kháng thể cao (nhất là các kháng thể IgA kháng MOMP) ở bệnh nhân có hội chứng lâm sàng gợi ý bệnh hột xoài (LGV) có giá trị hỗ trợ chẩn đoán.[35] Tuy nhiên hiệu giá kháng thể thấp không loại trừ bệnh hột xoài (LGV), hoặc hiệu giá kháng thể cao ở bệnh nhân không có triệu chứng cũng không khẳng định LGV.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Các giai đoạn sớm của bệnh một có thể điều trị hiệu quả bằng kháng sinh. Bệnh tiến triển có thể cần đánh giá phẫu thuật; tuy nhiên, cần tránh rạch và dẫn lưu hoặc phẫu thuật cắt bỏ nếu có thể vì những thủ thuật này có thể làm suy giảm dẫn lưu bạch mạch, dẫn đến hình thành các đường rò và biến chứng ở giai đoạn hồi phục. Nếu các xét nghiệm xác định không cho kết quả nhanh hoặc không khả thi, thì bệnh nhân nghi ngờ có nguy cơ với lâm sàng bệnh hột xoài (LGV) cần được điều trị theo kinh nghiệm.[17]

Bệnh nhân LGV ở giai đoạn nguyên phát

Khuyến cáo điều trị Doxycycline là liệu pháp đầu tay. Không cần điều trị kháng sinh kéo dài cho LGV khởi phát.

Khi chống chỉ định tetracycline (ví dụ ở những bệnh nhân dị ứng với tetracyclines hoặc phụ nữ mang thai hoặc cho con bú), erythromycin là lựa chọn điều trị thay thế.

Azithromycin cũng là phương án điều trị thay thế. Mặc dù không có chứng minh về tính hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng, người ta thường chấp nhận sử dụng thuốc này nếu bệnh nhân đang mang thai hoặc cho con bú, nếu bệnh nhân có phản ứng thuốc bất lợi với doxycycline hoặc erythromycin, hoặc nếu việc tuân thủ kém với thuốc là mối quan ngại chính đáng.[33] [34] [36]

Nếu bệnh vẫn biểu hiện sau 3 tuần điều trị, cần loại trừ các chẩn đoán khác. Do đó, có thể cần kéo dài hoặc mở rộng phổ thuốc kháng sinh đối với các nhiễm trùng khác hoặc siêu nhiễm khuẩn.

Bệnh nhân LGV giai đoạn thứ hai

Sử dụng thuốc kháng sinh diệt tiết căn nhiễm trùng khi ở các giai đoạn bệnh sớm.

Cần hút mủ của các hạch ở một bên qua da để phòng ngừa vỡ mủ và hình thành các đường rò.[5]

Tránh rạch và dẫn lưu hoặc phẫu thuật cắt bỏ các hạch vùng bẹn nếu có thể vì những thủ thuật này có thể làm suy giảm dẫn lưu bạch mạch, dẫn đến hình thành các đường rò và biến chứng ở giai đoạn hồi phục.[3] [9]

Bệnh nhân LGV giai đoạn thứ ba

Sử dụng thuốc kháng sinh diệt tiết căn nhiễm trùng khi ở các giai đoạn bệnh sớm.

Biến dạng bộ phận sinh dục liên quan đến loét xơ phi âm hộ hoặc phù voi có thể không hồi phục với liệu pháp điều trị kháng sinh. Cần nhắc phẫu thuật tạo hình vài tháng sau khi hoàn tất điều trị kháng sinh và có bằng chứng cho thấy bệnh đã thuyên giảm.[9]

Bệnh hậu môn trực tràng tiến triển thể nên được cân nhắc phẫu thuật bởi chuyên gia có chuyên môn và kinh nghiệm. Mặc dù tình trạng viêm cải thiện đáng kể, nhưng chít hẹp trực tràng không thuyên giảm chỉ với liệu pháp điều trị kháng sinh. Chỉ định can thiệp phẫu thuật bao gồm: có tình trạng chít hẹp, tắc ruột, lỗ rò trực tràng âm đạo, và phá hủy đại thể ống hậu môn, cơ vòng hậu môn, và đáy chậu.[5]

Bệnh nhân LGV không có triệu chứng

Thường sử dụng phác đồ doxycycline trong 7 ngày đối với các nhiễm trùng trực tràng không có triệu chứng không do LGV Chlamydia trachomatis gây ra; tuy nhiên, hướng dẫn Châu Âu không khuyến nghị thời gian điều trị ngắn hơn 21 ngày.[34]

Mặc dù thiếu bằng chứng hỗ trợ cho phác đồ đơn liều hoặc đa liều azithromycin, có tới 20% bệnh nhân nhiễm chlamydial trực tràng không có triệu chứng vẫn dương tính khi quay trở lại xét nghiệm sau khi sử dụng đơn liều azithromycin, so với 1% đến 10% bệnh nhân được điều trị với doxycycline.[36]

Bệnh nhân phơi nhiễm LGV

Bất kỳ người nào đã phơi nhiễm qua đường tiếp xúc, quan hệ tình dục không bảo vệ trong vòng 60 ngày[33] đến 3 tháng[34] với bạn tình có triệu chứng, hoặc tiếp xúc trực tiếp với tổn thương của bệnh hột xoài hoặc dịch tiết từ hạch hoặc trực tràng thì cần liên hệ để đánh giá, tư vấn và điều trị dự phòng sau phơi nhiễm hoặc điều trị kháng sinh.

Chỉ định điều trị sớm trong trường hợp này vì hiếm khi phát hiện thấy các tổn thương nguyên phát.

đồng nhiễm HIV

Những bệnh nhân nhiễm HIV và LGV nên điều trị theo phác đồ tương tự như những người có HIV âm tính; tuy nhiên, cần theo dõi chặt chẽ để đảm bảo bệnh được chữa khỏi.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

bắt đầu (tóm tắt)	
bệnh nhân trẻ vị thành niên và người lớn không có triệu chứng phơi nhiễm với bệnh hột xoài (LGV)	
1	thuốc kháng sinh

Cấp tính (tóm tắt)	
tất cả các giai đoạn của bệnh hột xoài (LGV)	
1	thuốc kháng sinh
■ bệnh nhân bệnh hột xoài (LGV) giai đoạn thứ hai	bổ sung hút mủ
■ bệnh nhân bệnh hột xoài (LGV) giai đoạn thứ ba	bổ sung phẫu thuật tái tạo

Các lựa chọn điều trị

bắt đầu

bệnh nhân trẻ vị thành niên và người lớn
không có triệu chứng phơi nhiễm với bệnh
hột xoài (LGV)

1

thuốc kháng sinh

Các lựa chọn sơ cấp

» **Doxycycline**: 100 mg đường uống, hai lần mỗi ngày trong 7-21 ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **azithromycin**: Liều đơn 1 g đường uống; hoặc 1 g, uống mỗi tuần một lần trong 3 tuần

» Đối với những người không có triệu chứng mà có quan hệ tình dục với bệnh nhân mắc LGV.

» Hướng dẫn điều trị đối với lây qua quan hệ tình dục khác nhau theo từng khu vực. Bất kỳ người nào đã phơi nhiễm qua đường tiếp xúc, quan hệ tình dục không bảo vệ trong vòng 60 ngày[33] đến 3 tháng[34] với bạn tình có triệu chứng, hoặc tiếp xúc trực tiếp với tổn thương của bệnh hột xoài hoặc dịch tiết từ hạch hoặc trực tràng thì cần liên hệ để đánh giá, tư vấn và điều trị dự phòng sau phơi nhiễm hoặc điều trị kháng sinh.

» Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) khuyến cáo sử dụng azithromycin liều đơn hoặc doxycycline trong 7 ngày.[33] Hướng dẫn Châu Âu không khuyến nghị thời gian sử dụng ngắn hơn 3 tuần.[34]

Cấp tính

tất cả các giai đoạn của bệnh hột xoài (LGV)

tất cả các giai đoạn của bệnh hột xoài
(LGV)

1

thuốc kháng sinh

Các lựa chọn sơ cấp

» **Doxycycline**: 100 mg, uống, hai lần mỗi ngày trong 21 ngày

Các lựa chọn thứ cấp

» **gốc erythromycin**: 500 mg, uống, bốn lần mỗi ngày trong 21 ngày

HOẶC

» **azithromycin**: 1 g, uống mỗi tuần một lần trong 3 tuần

Cấp tính

■ bệnh nhân bệnh hột xoài (LGV) giai đoạn thứ hai

bổ sung

» Khuyến nghị Doxycycline là liệu pháp điều trị đầu tay

» Chống chỉ định doxycycline ở những bệnh nhân dị ứng với tetracyclines và phụ nữ mang thai hoặc cho con bú. Macrolides là biện pháp thay thế được chấp nhận ở những bệnh nhân này. Ý kiến chuyên gia gợi ý rằng macrolides là biện pháp điều trị hiệu quả đối với LGV, dựa trên tính hiệu quả của chúng đối với tuyp huyết thanh chlamydial.[36]

» Nếu bệnh vẫn biểu hiện sau 3 tuần điều trị, cần loại trừ các chẩn đoán khác. Do đó, có thể cần kéo dài hoặc mở rộng phổ thuốc kháng sinh đối với các nhiễm trùng khác hoặc siêu nhiễm khuẩn.

hút mủ

» Cân nhắc phẫu thuật nếu bệnh phức tạp.

» Cần hút mủ từ hạch qua da không bị tổn thương là biện pháp phòng ngừa vỡ ổ mủ và hình thành các đường rò. Chỉ thực hiện biện pháp này sau khi đã dùng kháng sinh.[5]

» Tránh rạch và dẫn lưu hoặc phẫu thuật cắt bỏ nếu có thể vì những thủ thuật này có thể làm suy giảm dẫn lưu bạch huyết, dẫn đến hình thành các đường rò và biến chứng giai ở đoạn hồi phục.[37] [9]

■ bệnh nhân bệnh hột xoài (LGV) giai đoạn thứ ba

bổ sung

phẫu thuật tái tạo

» Biến dạng bộ phận sinh dục liên quan đến loét xơ phi âm hộ hoặc phù voi có thể không hồi phục với kháng sinh thông thường đơn độc để điều trị bệnh hột xoài (LGV). Cân nhắc phẫu thuật tạo hình vài tháng sau khi hoàn tất điều trị kháng sinh và có bằng chứng cho thấy bệnh đã thuyên giảm.[9]

» Tổn thương hậu môn trực tràng phức tạp có thể cần phẫu thuật khi chít hẹp trực tràng không thuyên giảm với điều trị kháng sinh thông thường đơn độc trong điều trị bệnh hột xoài (LGV). Chỉ định can thiệp phẫu thuật bao gồm: có tình trạng chít hẹp, tắc ruột, lỗ rò trực tràng âm đạo, và phá hủy đại thể ống hậu môn, cơ vòng hậu môn, và đáy chậu.[5]

Giai đoạn đầu

Vắc-xin

Dùng vắc-xin chlamydial sẽ thúc đẩy sự đáp ứng miễn dịch, nhất là đáp ứng T-helper loại 1 (Th1), với Chlamydia trachomatis. Chọn lọc các protein chlamydial, bao gồm protein cấu trúc, màng và bài tiết như protein đích màng ngoài, là thành phần của vắc-xin.[38] [39] Tuy nhiên, vắc-tơ hoặc tá được hiệu quả hiện chưa được chứng minh. Tương tự như vậy, tính hiệu quả của vắc-xin cho tuýp huyết thanh bệnh hạt xoài, cũng như các biểu hiện khác của nhiễm trùng C trachomatis, vẫn còn đang được thử nghiệm.[40]

Khuyến nghị

Giám sát

Bệnh nhân cần tiếp tục theo dõi với bác sĩ gia đình của mình để khẳng định kết quả xét nghiệm chẩn đoán và để đảm bảo bệnh lý đã khỏi về mặt lâm sàng. Một số cơ quan khuyến nghị xét nghiệm chứng minh đã chữa khỏi bệnh (xét nghiệm khuếch đại axit nucleic âm tính) 3 đến 4 tuần sau khi hoàn tất điều trị.^[46]

Cũng cần đánh giá bệnh nhân mắc bệnh hột xoài (LGV) để tìm các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, bao gồm nhiễm trùng mà có cùng vùng dịch tễ với bệnh hột xoài như lậu, bệnh loét hạ cam, bệnh giang mai, u hạt bẹn, herpes sinh dục, HPV, HIV, và viêm gan do vi-rút.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Tư vấn cho bệnh nhân tránh quan hệ hoàn toàn cho đến khi hết các triệu chứng và hoàn tất thời gian điều trị đầy đủ kháng sinh. Bao cao su có thể bị rách hoặc không phòng ngừa lây truyền có hiệu quả với bạn tình nếu các tổn thương loét lan rộng hơn, nhất là nếu chúng ảnh hưởng đến đáy chậu và háng.

Sau khi được điều trị, bệnh nhân cần biết rằng nhiễm trùng LGV trước đó không đề kháng với nhiễm trùng sau này; do đó cần củng cố cách thức quan hệ tình dục an toàn.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Độ nhạy cảm tăng với HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác	ngắn hạn	cao
Bệnh hột xoài (LGV) nguyên phát có xu hướng thuyên giảm mà không để lại hậu quả, bất kể có trị liệu hay không. Tính chất loét của LGV có thể làm tăng tính lây truyền và độ nhạy cảm đối với HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. ^[41]		
Viêm khớp phản ứng	ngắn hạn	thấp
Đã có ghi chép đầy đủ về sự liên quan giữa viêm khớp phản ứng với nhiễm Chlamydia trachomatis niệu-sinh dục (tuýp huyết thanh D-K), nhưng cũng có báo cáo về các ca bệnh với tuýp huyết thanh L. ^{[42] [43] [44] [45]}		
phù nề bạch huyết mạn tính	dài hạn	thấp
Trong giai đoạn thứ ba của bệnh hột xoài, phù nề bạch huyết mạn tính có thể gây ra các thay đổi biên dạng cấu trúc giải phẫu bộ phận sinh dục và có thể cần phẫu thuật tạo hình.		
hình thành chít hẹp	dài hạn	thấp
Khi LGV biểu hiện hội chứng hậu môn trực tràng trong bệnh hột xoài (LGV) giai đoạn thứ ba, viêm đại trực tràng mạn tính có thể dẫn đến hình thành chít hẹp và lỗ rò. Mặc dù hiếm gặp, nếu tình trạng chít hẹp này không được khắc phục bằng phẫu thuật, thủng ruột do tắc nghẽn có thể gây ra nhiễm khuẩn huyết và tử vong.		
lỗ rò hoặc đường rò	biến thiên	cao

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Trong bệnh hạch xoài (LGV) giai đoạn thứ phát, các hạch có thể bị vỡ và tạo thành lỗ rò hoặc đường rò, gây biến chứng trong khi hồi phục và cuối cùng dẫn đến sẹo biến dạng và xơ hóa.		

Tiên lượng

Có thể mong đợi sự hồi phục hoàn toàn, nhất là khi bắt đầu điều trị sớm; tuy nhiên, có thể tái nhiễm hoặc tái phát. Nếu không bắt đầu thuốc kháng sinh sớm, bệnh hạch xoài (LGV) có thể tiến triển sang các giai đoạn muộn. Phù nề sinh dục mạn tính có thể để lại sẹo, xơ hóa, và biến dạng vĩnh viễn, cần phẫu thuật tái tạo. Trong các giai đoạn muộn của LGV tổn thương hậu môn sinh dục, có thể cần cắt bỏ trực tràng, tăng sinh môn, và phẫu thuật làm hậu môn giả vĩnh viễn đối với chít hẹp hoặc hình thành lỗ rò. Trong các ca bệnh này, giai đoạn hồi phục có thể kéo dài và hay bị bệnh.[5]

Trong khi cổ tử cung vẫn có thể bị nhiễm bệnh ở nữ giới; thì ở nam giới không có khả năng bị nhiễm trùng sau khi tổn thương nguyên phát đã khỏi.[9]

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum

Nhà xuất bản: International Union against Sexually Transmitted Infections

Xuất bản lần cuối: 2013

Bắc Mỹ

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2015

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum

Nhà xuất bản: International Union against Sexually Transmitted Infections

Xuất bản lần cuối: 2013

2013 UK national guideline for the management of lymphogranuloma venereum

Nhà xuất bản: British Association for Sexual Health and HIV

Xuất bản lần cuối: 2013

Bắc Mỹ

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2015

Lymphogranuloma venereum (LGV) in Canada: recommendations for diagnosis and treatment and protocol for national enhanced surveillance

Nhà xuất bản: Public Health Agency of Canada

Xuất bản lần cuối: 2005

Các bài báo chủ yếu

- Annamuthodo H. Rectal lymphogranuloma venereum in Jamaica. *Ann R Coll Surg Engl.* 1961;29:141-159. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. 4th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2007:595-606.
- Centers for Disease Control and Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men - Netherlands, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53:985-988. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Batteiger BE, Tam M. Chlamydia trachomatis (trachoma, genital infections, perinatal infections, and lymphogranuloma venereum). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 8th ed., vol. 2. New York, NY: Elsevier; 2015:2154-2170;e6.
- Van der Bij AK, Spaargaren J, Morre SA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study. *Clin Infect Dis.* 2006;42:186-194. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2002;78:90-92. [Tóm lược](#)
- Thorsteinsson SB. Lymphogranuloma venereum: review of clinical manifestations, epidemiology, diagnosis, and treatment. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1982;32:127-131. [Tóm lược](#)
- Augenbraun MH. Genital skin and mucous membrane lesions. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 8th ed., vol. 1. New York, NY: Elsevier; 2015:1341-1348.

Tài liệu tham khảo

1. Aggarwal K, Jain VK, Gupta S. Bilateral groove sign with penoscrotal elephantiasis. *Sex Transm Infect.* 2002;78:458. [Tóm lược](#)
2. Dosekun O, Edmonds S, Stockwell S, et al. Lymphogranuloma venereum detected from the pharynx in four London men who have sex with men. *Int J STD AIDS.* 2013;24:495-496. [Tóm lược](#)
3. Myhre EB, Mardh P. Unusual manifestations of Chlamydia trachomatis infections. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1982;32:122-126. [Tóm lược](#)
4. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, et al., eds. *Color atlas and synopsis of clinical dermatology*. New York, NY: McGraw-Hill Inc.; 1992:398-400.
5. Annamuthodo H. Rectal lymphogranuloma venereum in Jamaica. *Ann R Coll Surg Engl.* 1961;29:141-159. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

6. Viravan C, Dance DA, Ariyarat C, et al. A prospective clinical and bacteriologic study of inguinal buboes in Thai men. *Clin Infect Dis*. 1996;22:233-239. [Tóm lược](#)
7. Brathwaite AR, Figueroa JP, Ward E. A comparison of prevalence rates of genital ulcers among persons attending a sexually transmitted disease clinic in Jamaica. *West Indian Med J*. 1997;46:67-71. [Tóm lược](#)
8. Behets FM, Andriamiadana J, Randrianasolo D, et al. Chancroid, primary syphilis, genital herpes, and lymphogranuloma venereum in Antananarivo, Madagascar. *J Infect Dis*. 1999 Oct;180(4):1382-5. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
9. Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. 4th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2007:595-606.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men - Netherlands, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004;53:985-988. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
11. de Vrieze NH, van Rooijen M, van der Loeff MF, et al. Anorectal and inguinal lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands: trends over time, symptomatology and concurrent infections. *Sex Transm Infect*. 2013;89:548-552. [Tóm lược](#)
12. Saxon C, Hughes G, Ison C. Asymptomatic lymphogranuloma venereum in men who have sex with men, United Kingdom. *Emerg Infect Dis*. 2016;22:112-116. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
13. Stevens RS. The cellular paradigm of chlamydial pathogenesis. *Trends Microbiol*. 2003;11:44-51. [Tóm lược](#)
14. Batteiger BE, Tam M. Chlamydia trachomatis (trachoma, genital infections, perinatal infections, and lymphogranuloma venereum). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 8th ed., vol. 2. New York, NY: Elsevier; 2015:2154-2170;e6.
15. Bernstein DI, Hubbard T, Wenman WM, et al. Mediastinal and supraclavicular lymphadenitis and pneumonitis due to Chlamydia trachomatis serovars L1 and L2. *N Engl J Med*. 1984;24:1543-1546. [Tóm lược](#)
16. D'Aunoy R, von Haam E. General reviews: venereal lymphogranuloma. *Arch Pathol*. 1939;27:1032-1082.
17. Van der Bij AK, Spaargaren J, Morre SA, et al. Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: a retrospective case-control study. *Clin Infect Dis*. 2006;42:186-194. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
18. Rönn MM, Ward H. The association between lymphogranuloma venereum and HIV among men who have sex with men: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2011;11:70. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
19. Ahdoot A, Kotler DP, Suh JS, et al. Lymphogranuloma venereum in human immunodeficiency virus-infected individuals in New York City. *J Clin Gastroenterol*. 2006;40:385-390. [Tóm lược](#)
20. Everett KD, Bush RM, Anderson AA. Emended description of the order Chlamydiales, proposal of Parachlamydiaceae fam. nov. and Simkaniaceae fam. nov., each containing one monotypic genus, revised taxonomy of the family Chlamydiaceae, including a new genus and five new species, and standards for the identification of organisms. *Int J Syst Bacteriol*. 1999;49:415-440. [Tóm lược](#)

21. Wang SP, Kuo CC, Barnes RC, et al. Immunotyping of Chlamydia trachomatis with monoclonal antibodies. J Infect Dis. 1985;152:791-800. [Tóm lược](#)
22. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: 2014. MMWR Recomm Rep. 2014;63:1-19. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. Sex Transm Infect. 2002;78:90-92. [Tóm lược](#)
24. Singhrao T, Higham E, French P. Lymphogranuloma venereum presenting as perianal ulceration: an emerging clinical presentation? Sex Transm Infect. 2011;87:123-124. [Tóm lược](#)
25. Becker LE. Lymphogranuloma venereum. Int J Dermatol. 1976;15:26-33. [Tóm lược](#)
26. Thorsteinsson SB. Lymphogranuloma venereum: review of clinical manifestations, epidemiology, diagnosis, and treatment. Scand J Infect Dis Suppl. 1982;32:127-131. [Tóm lược](#)
27. Klein EJ, Fisher LS, Chow AW, et al. Anorectal gonococcal infection. Ann Intern Med. 1977;86:340-346. [Tóm lược](#)
28. Augenbraun MH. Genital skin and mucous membrane lesions. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th ed., vol. 1. New York, NY: Elsevier; 2015:1341-1348.
29. Gandhi TN, Slater LN, Welch DF, et al. Bartonella, including cat-scratch disease. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th ed., vol. 2. New York, NY: Elsevier; 2015:2649-2663;e4.
30. Penn RL. Francisella tularensis (Tularemia). In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th ed., vol. 2. New York, NY: Elsevier; 2015:2590-2602;e3.
31. Mead PS. Yersinia species, including plague. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 8th ed., vol. 2. New York, NY: Elsevier; 2015:2607-2618;e2.
32. Quinn TC, Stamm WE, Goodell SE, et al. The polymicrobial origin of intestinal infections in homosexual men. N Engl J Med. 1983;309:576-582. [Tóm lược](#)
33. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1-137. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
34. de Vries HJ, Zingoni A, Kreuter A, et al. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29:1-6. [Tóm lược](#)
35. de Vries HJ, Smelov V, Ouburg S, et al. Anal lymphogranuloma venereum infection screening with IgA anti-Chlamydia trachomatis-specific major outer membrane protein serology. Sex Transm Dis. 2010;37:789-795. [Tóm lược](#)

36. Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma venereum 2015: clinical presentation, diagnosis, and treatment. Clin Infect Dis. 2015;61(suppl 8):S865-S873. [Tóm lược](#)
37. Thorsteinsson SB, Musher DM, Min KW, Gyorkey F. Lymphogranuloma venereum: a cause of cervical lymphadenopathy. JAMA. 1976;235:1882. [Tóm lược](#)
38. Pal S, Peterson EM, Rappuoli R, et al. Immunization with the Chlamydia trachomatis major outer membrane protein, using adjuvants developed for human vaccines, can induce partial protection in a mouse model against a genital challenge. Vaccine. 2006;24:766-775. [Tóm lược](#)
39. Singh SR, Hulett K, Pillai SR, et al. Mucosal immunization with recombinant MOMP genetically linked with modified cholera toxin confers protection against Chlamydia trachomatis infection. Vaccine. 2006;24:1213-1224. [Tóm lược](#)
40. Igietsme JU, Black CM, Caldwell HD. Chlamydial vaccines, strategies and status. Biodrugs. 2002;16:19-35. [Tóm lược](#)
41. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect. 1999 Feb;75(1):3-17. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
42. Vall-Mayans M, Caballero E, Sanz B. The emergence of lymphogranuloma venereum in Europe. Lancet. 2009;374:356. [Tóm lược](#)
43. El Karoui K, Méchaï F, Ribadeau-Dumas F. Reactive arthritis associated with L2b lymphogranuloma venereum proctitis. Sex Transm Infect. 2009;85:180-181. [Tóm lược](#)
44. Kober C, Richardson D, Bell C, et al. Acute seronegative polyarthritis associated with lymphogranuloma venereum infection in a patient with prevalent HIV infection. Int J STD AIDS. 2011;22:59-60. [Tóm lược](#)
45. Pendle S, Gowers A. Reactive arthritis associated with proctitis due to Chlamydia trachomatis serovar L2b. Sex Transm Dis. 2012;39:79-80. [Tóm lược](#)
46. Public Health Agency of Canada. Lymphogranuloma venereum (LGV) in Canada: recommendations for diagnosis and treatment and protocol for national enhanced surveillance. 2005. <http://www.phac-aspc.gc.ca/> (last accessed 23 September 2017). [Toàn văn](#)

Hình ảnh



Hình 1: Loét đường vật, biểu hiện nguyên phát của bệnh hột xoài

Hình ảnh từ Ronald Ballard; Sao chép với sự cho phép từ Chẩn đoán và Điều trị nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở Nam Phi, ấn bản thứ 3, Johannesburg, Viện nghiên cứu y khoa Nam Phi, 2000



Hình 2: Bệnh hạch bạch huyết vùng bẹn và vùng đùi, biểu hiện thứ hai của bệnh hột xoài

Hình ảnh từ Ronald Ballard, sao chép với sự cho phép từ Chẩn đoán và Điều trị nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở Nam Phi, ấn bản thứ 3, Johannesburg, Viện nghiên cứu y khoa Nam Phi, 2000



Hình 3: Một trong những triệu chứng của giai đoạn thứ ba của bệnh hột xoài là sẹo và xơ hóa hạch do viêm mạn tính.

Hình ảnh từ Ronald Ballard, sao chép với sự cho phép từ Chẩn đoán và Điều trị nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở Nam Phi, ấn bản thứ 3, Johannesburg, Viện nghiên cứu y khoa Nam Phi, 2000



Hình 4: Phù bạch mạch vùng sinh dục với áp-xe và hình thành lỗ rò

Hình ảnh từ Ronald Ballard, sao chép với sự cho phép từ Chẩn đoán và Điều trị nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở Nam Phi, ấn bản thứ 3, Johannesburg, Viện nghiên cứu y khoa Nam Phi, 2000

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Benjamin D. Lorenz, MD

Attending Physician

Division of Hospital Medicine, MedStar Georgetown University Hospital, Washington, DC

CÔNG KHAI THÔNG TIN: BDL declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Benjamin D. Lorenz would like to gratefully acknowledge Dr Mettassebia Kanno, a previous contributor to this monograph. MK declares that she has no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Cees van Nieuwkoop, MD

Department of General Internal Medicine

Leiden University Medical Centre, Leiden, The Netherlands

CÔNG KHAI THÔNG TIN: CvN declares that he has no competing interests.

David Chelmow, MD

Chair

Department of Obstetrics and Gynecology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: DC declares that he has no competing interests.