

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM HẠCH BẠCH HUYẾT DO VACCINE BCG Ở TRẺ TỪ 0-60 THÁNG TUỔI

Dương Thị Anh Thu\*, Nguyễn Thành Thái,  
Phạm Đoàn Ngọc Tuân, Nguyễn Phạm Ánh Tuyết  
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ  
\*Email: dtathu20071995@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm hạch bạch huyết do BCG là tình trạng hạch bạch huyết ở nách, thượng đòn hoặc vùng cổ thấp bên trái phát triển to sau khi tiêm chủng BCG. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm hạch bạch huyết do vaccine BCG ở trẻ từ 0-60 tháng tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 50 trẻ điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ năm 2019. **Kết quả:** Tỷ số nam/nữ 1,63/1. Trung vị thời gian phát hiện bệnh 4 tháng. Vị trí hạch: nách trái (92%), thượng đòn trái (6%), kích thước trung bình  $2,19 \pm 1,05$  cm. Hạch di động (86%), sưng đỏ (50%), đau (46%), nung mủ (26%), chảy mủ (6%). Có 27 trẻ được theo dõi, kích thước trung bình  $1,76 \pm 0,92$  cm. Sau 6 tháng kết quả là hạch  $< 1$  cm (55,56%), tự vỡ (22,22%), không đổi (18,50%), tăng kích thước (3,73%). Có 17 trẻ rạch thoát mủ trong đó rạch 1 lần điều trị khỏi (94,12%), biến chứng phổ biến sau rạch (35,3%) rỉ dịch kéo dài. Có 6 trẻ được phẫu thuật bóc tách, biến chứng tụ dịch vết mổ (17,67%). Thời gian khỏi bệnh trung bình ba phương pháp điều trị là  $2,56 \pm 1,10$  tháng. **Kết luận:** Hạch viêm thường gặp ở nách trái, thường di động, đau,

sung đỏ. Điều trị chủ yếu là theo dõi, tự khỏi (55,56%). Rạch thoát mủ khỏi bệnh một lần rạch (92,86%), biến chứng rỉ dịch kéo dài (35,3%). Phẫu thuật bóc tách khỏi bệnh rất cao (100%) trong một lần mổ, biến chứng tụ dịch vết mổ (17,67%). Thời gian khỏi bệnh trung bình của cả 3 phương pháp điều trị là  $2,56 \pm 1,10$  tháng.

**Từ khóa:** viêm hạch bạch huyết, vaccine BCG.

## ABSTRACT

### STUDY ON CLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS OF BCG LYMPHADENITIS IN CHILDREN AGED 0-60 MONTHS

Duong Thi Anh Thu\*, Nguyen Thanh Thai  
Pham Doan Ngoc Tuan, Nguyen Pham Anh Tuyet  
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Bacille Calmette-Guérin (BCG) lymphadenitis is condition of lymph nodes in armpits, supraclavicular region or low left region of the neck enlarging after BCG vaccination. **Objective:** To describe clinical features and evaluate treatment results of BCG lymphadenitis in children aged 0-60 months. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was performed in 50 children treated at Can Tho City Children's Hospital in 2019. **Results:** Male/female ratio was 1.63/1. The median time of detection was 4 months. Lymph nodes' positions were left armpit (92%), left supraclavicular region (6%), average size  $2.19 \pm 1.05$  cm. There were mobilizing lymph nodes (86%), redness (50%), pain (46%), suppuration (26%), pus discharge (6%). There were 27 children monitored, and the average size was  $1.76 \pm 0,92$  cm. After 6 months the result was lymph nodes  $<1$  cm (55.56%), self-ruptured (22.22%), unchanged (18.50%) and increased ones' size (3.73%). There were 17 children with surgical incision and drainage in which once drainage was cured (94.12%), and the most common complication was prolonged wound oozing (35.3%). There were six children performed surgical excision. Complication after surgical excision was seroma (17.67%). The average recovery time of 3 treatments was  $2.56 \pm 1.10$  months. **Conclusion:** Inflamed lymph node is common in the left armpit, often mobile, painful, red. Treatment is mainly monitored, self-healing (55.56%). The surgical incision and drainage cured (92.86%) once incision, the complication was prolonged wound oozing (35.3%). Surgical excision results in very high cure rate (100%) in one intervention, the complication was seroma (17.67%). The average recovery time of 3 treatments was  $2.56 \pm 1,10$  months.

**Keywords:** lymphadenitis, BCG vaccine.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm hạch bạch huyết do BCG là tình trạng hạch bạch huyết ở nách, cùng bên trên xương đòn hoặc hạch cổ thấp phát triển to sau khi tiêm chủng BCG và được biểu hiện dưới 2 thể lâm sàng: nung mủ và không nung mủ. Sự tiến triển của tình trạng viêm hạch bạch huyết sau khi tiêm BCG có thể tự thoái lui một cách tự nhiên nhưng cũng có thể tiến triển nặng nề hơn thành nung mủ. Viêm hạch không nung mủ được biểu hiện dưới các triệu chứng lành tính và tổn thương có thể tự mất đi sau vài tuần mà không cần can thiệp điều trị. Viêm hạch bạch huyết nung mủ chiếm (30%) đến (80%) là tình trạng diễn tiến lâm sàng nặng nề khi các hạch bạch huyết lân cận hóa mủ và nếu không điều trị kịp thời hạch sẽ vỡ ra để lại di chứng cho trẻ [1], [4].

Có nhiều phương pháp điều trị viêm hạch bạch huyết do vaccine BCG và tùy theo thể lâm sàng mà áp dụng cách điều trị thích hợp. Đối với viêm hạch không nung mủ có thể tự khỏi không cần điều trị. Còn viêm hạch nung mủ, có thể điều trị bằng một trong những phương pháp sau: theo dõi, chọc hút mủ bằng kim, phẫu thuật cắt hạch, rạch dẫn lưu [4], [7].

Tại Đồng bằng sông Cửu Long hiện nay chưa có nghiên cứu nào mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị của viêm hạch bạch huyết do tiêm ngừa vaccine BCG. Trên thực tế lâm sàng có nhiều trường hợp xảy ra biến chứng viêm hạch bạch huyết sau khi tiêm ngừa vaccine BCG và để lại di chứng như rỉ dịch kéo dài, nhiễm khuẩn thứ phát, sẹo xấu cho trẻ,...nhưng vẫn chưa có thống nhất trong cách điều trị, chưa đề ra phác đồ điều trị chung. Từ thực tế đó, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm hạch bạch huyết do vaccine BCG ở trẻ từ 0–60 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ trong năm 2019.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ viêm hạch bạch huyết do BCG được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ trong năm 2019.

#### Tiêu chí chọn mẫu

Tất cả những trẻ thỏa các tiêu chuẩn sau:

- Trẻ được tiêm vaccine BCG
- Trẻ được chẩn đoán viêm hạch vùng do BCG dựa trên các tiêu chuẩn:
  - + Hạch  $\geq 1$  cm ở nách, thượng đòn, hoặc vùng cổ thấp bên trái.
  - + Không có triệu chứng toàn thân như sốt, ăn kém, suy dinh dưỡng hoặc sụt cân, triệu chứng hô hấp.
  - + Không có các triệu chứng thực thể đáng kể khác như nổi hạch ở các vùng khác (không thuộc vùng dẫn lưu bạch huyết tương ứng vị trí tiêm vaccine) hoặc gan lách to.
  - + Được điều trị và theo dõi tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi đồng Thành phố Cần Thơ.

#### Tiêu chí loại ra

- Trẻ nổi hạch không cùng bên tiêm vaccine BCG hoặc nổi hạch nhiều nơi khác nhau (không thuộc vùng dẫn lưu hạch bạch huyết tương ứng của vùng cơ delta cách tay trái)
- Trẻ có tiền sử bản thân hoặc gia đình bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải hoặc đã được chẩn đoán lao.
- Trẻ bị mất dấu trong thời gian nghiên cứu hoặc không đủ thông tin nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**Cỡ mẫu:** Lấy trọn mẫu.

**Nội dung nghiên cứu:** Ghi nhận đặc điểm dân số, tính chất hạch và phương pháp điều trị vào bảng thu thập, tiếp tục ghi nhận kết quả điều trị trong 6 tháng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

**Giới tính:** Có 50 trẻ trong nghiên cứu này, tỉ số nam/nữ là 1,63/1.

#### Thời gian phát hiện bệnh

Trẻ được người nhà phát hiện bệnh sớm nhất là 0,76 tháng, trẻ phát hiện muộn nhất là sau 39,96 tháng kể từ ngày tiêm vaccin BCG. Trung vị thời gian phát hiện bệnh là 4 tháng.

#### Vị trí và số lượng hạch

Bảng 1. Phân bố vị trí và số lượng hạch của trẻ.

Vị trí hạch	Số lượng hạch	Một hạch	Hai hạch	Tổng	Tỉ lệ (%)
Nách trái		43	3	46	92
Thượng đòn trái		2	1	3	6
Nách trái và thượng đòn trái			1	1	2
Tổng số		45	5	50	100

Nhận xét: Trong các trẻ đến khám có 50 trẻ đến khám thì chủ yếu ở nách trái 46 trẻ (92%).

### Kích thước hạch

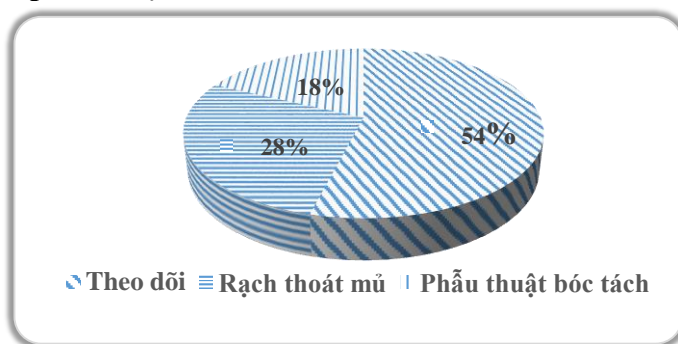
Kích thước hạch nhỏ nhất là 1cm, hạch lớn nhất là 4cm, kích thước trung bình 2,19 ±1,05 cm.

### Tính chất hạch trong lần khám đầu tiên

Trong tổng số trẻ có viêm hạch phần lớn hạch di động di động (86%), sưng đỏ (50%), đau (46%), nung mủ (26%), chảy mủ (6%). Chúng tôi khảo sát mối liên quan giữa kích thước hạch và dấu hiệu nung mủ cho kết quả sau: Với phép kiểm T với giả thuyết: kích thước trung bình của các hạch nung mủ ( $2,31 \pm 0,86$ ) so với các hạch không nung mủ ( $2,15 \pm 1,12$ ) cho kết quả: Nhóm hạch nung mủ có kích thước trung bình lớn hơn so với không nung mủ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,001$ ).

## 3.2. Đánh giá kết quả điều trị

### Phương pháp điều trị ban đầu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phương pháp điều trị ban đầu của trẻ

**Nhận xét:** Có 50 trẻ được tiến hành điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi. Lựa chọn ban đầu phương pháp điều trị được trình bày như sau: 27 trẻ (54%) được theo dõi trong 6 tháng, 14 trẻ (28%) được rạch thoát mủ, 9 trẻ (18%) được chỉ định phẫu thuật bóc tách hạch.

### Theo dõi và kết quả

Trong 27 trẻ được theo dõi tự khỏi bệnh trong 6 tháng 15 trẻ (55,56%), 5 trẻ (18,52%) kích thước hạch không đổi, 1 trẻ (4,76%) kích thước hạch to lên nhưng chưa có chỉ định phẫu thuật, 6 trẻ (22,22%) hạch tiến triển hóa mủ rồi tự vỡ hoặc rạch thoát mủ.

### Rạch thoát mủ và kết quả

Có 14 trẻ được chỉ định rạch thoát mủ trong lần khám đầu tiên nhưng sau đó có thêm 3 trẻ tiến triển hạch mủ nên được chỉ định rạch. Vậy tổng có 17 trẻ được chỉ định rạch thoát mủ. Số lần rạch thoát mủ được ghi nhận hầu hết các trẻ đều được rạch thoát mủ 1 lần (94,12%). Biến chứng sau rạch 1 tháng có 6 trẻ (35,3%) chưa lành, vẫn còn rỉ dịch kéo dài

và cần chăm sóc vết thương. Sau 3 tháng rạch thoát mủ tất cả các trẻ đã lành vết thương, không ghi nhận trường hợp nào có nhiễm trùng, tạo đường rò, sẹo xấu.

### Phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Chỉ định phẫu thuật ban đầu

Chỉ định phẫu thuật ban đầu	Tần số (n=9)	Tỉ lệ (%)
Hạch to >3 cm, và hoặc > 9 tháng.	7	77,80
Tự vỡ mủ	1	11,10
Chùm hạch mủ	1	11,10

Nhận xét: Trong tổng số 9 trẻ được chỉ định phẫu thuật bóc tách trong lần khám đầu tiên có 7 trẻ (77,80%) được chỉ định vì hạch >3 cm hoặc tồn tại >9 tháng từ khi phát hiện, 1 trẻ phẫu thuật bóc tách vì hạch tự vỡ mủ và 1 trẻ (11,10%) phẫu thuật vì chùm hạch mủ. Trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật có 3 trẻ hạch viêm tự nhỏ lại trong 1-2 tuần sau lần khám đầu tiên nên không tiến hành phẫu thuật. Ba trẻ đó đều đã được chỉ định phẫu thuật vì hạch >3cm, cụ thể như sau: 1 trẻ có hạch to 3 cm, 2 trẻ có hạch to 4 cm, tất cả đều di động, 2 trẻ có đau và sưng đỏ, không nung mủ hay chảy mủ. Có 6 trẻ được phẫu thuật trong nghiên cứu này.

Trong 6 trẻ được phẫu thuật bóc tách hạch không có trẻ nào vỡ mủ lúc mổ và không có trẻ nào cần đặt penrose sau mổ.

### Biến chứng sau phẫu thuật

Trong 6 trẻ điều trị phẫu thuật bóc tách thì có 1 trẻ (16,67%) có biến chứng tụ dịch vết mổ cần phải chăm sóc vết mổ. Không ghi nhận các biến chứng khác như: nhiễm trùng vết mổ, tạo đường dò, sẹo xấu.

### Kết quả điều trị chung

Có 50 trẻ được điều trị bằng các phương pháp theo dõi, rạch thoát mủ và phẫu thuật bóc tách có 43 trẻ khỏi bệnh sau 6 tháng theo dõi, 7 trẻ cần tiếp tục theo dõi. Trong 7 trẻ tiếp tục theo dõi có 5 trẻ có kích thước không thay đổi sau 6 tháng, 1 trẻ có hạch to từ 1 cm lên 2 cm, 1 trẻ có hạch tiến triển hóa mủ tự vỡ sau đó 3 tuần thì phát hiện vẫn còn to 2 cm và kéo dài đến khi kết thúc nghiên cứu. Sau 6 tháng theo dõi kết quả điều trị khỏi bệnh chiếm tỉ lệ (86%). Thời gian khỏi bệnh sớm nhất là 1 tháng, dài nhất 5 tháng, trung bình là  $2,56 \pm 1,10$  tháng.

## IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh thường gặp ở nam hơn nữ, nam/nữ 1,63/1, kết này tương đương với các báo cáo của tác giả khác trong và ngoài nước: Vũ Đức Duy [2] (Việt Nam-2018) 1,5/1, Alfawaz [4] (Ả Rập Saudi-2015) 1,6/1. Thời gian phát hiện bệnh trung vị 4 tháng, tương đương các báo cáo của Vũ Đức Duy [2] là 7 tháng và Parizi [8] là 4,5 tháng. Về vị trí và số lượng hạch có (90%) trẻ có 1 hạch viêm, trong đó hạch nách trái chiếm tỉ lệ cao nhất (92%), hạch thượng đòn trái (4%), không có hạch ở vị trí khác. Kết quả tương tự với báo cáo Vũ Đức Duy [2] (91,9%) trẻ có 1 hạch, trong đó hạch nách trái chiếm tỉ lệ cao nhất (73,7%), tuy nhiên trong báo cáo này có ghi nhận thêm các vị trí khác có hạch viêm (sau vai, cánh tay trái). So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, kết quả của chúng tôi khá tương đồng: Behjati [6] (92,3%), Suliman [9] (91,4%).

Về kết quả điều trị, có (54%) trẻ được chỉ định theo dõi, trong đó tự khỏi bệnh là (55,56%) tương đương với Vũ Đức Duy [2] (71,43%) và (56,1%) thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trên thế giới, Behjati [6] (88,5%) và (52,2%), Suliman [9] (34,8%) và (100%).

So sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỉ lệ rạch thoát mủ của chúng tôi tương đương Vũ Đức Duy [2] (34%) so với (27,5%), thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Chan [7] (45,5%). Kết quả sau vài tháng điều trị, tỉ lệ khỏi bệnh của chúng tôi và Chan [7] đạt (100%). Vũ Đức Duy [2] ghi nhận khoảng (75%) khỏi bệnh. Tỉ lệ tái phát của các nghiên cứu khoảng (10-20%), của chúng tôi không ghi nhận tái phát sau rạch thoát mủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 trẻ có chỉ định phẫu thuật bóc tách trong lần khám đầu tiên chiếm tỉ lệ (18%), thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trong và ngoài nước: Vũ Đức Duy [2] (41%), Abdulhameed [3] (65,1%). Tỉ lệ cao này do các nghiên cứu trên các trẻ được chỉ định phẫu thuật rộng rãi. Trong tổng số 9 trẻ được chỉ định phẫu thuật bóc tách có 7 trẻ (77,8%) được chỉ định vì hạch >3 cm và tồn tại >9 tháng từ khi phát hiện, 1 trẻ phẫu thuật bóc tách vì hạch tự vỡ mủ và 1 trẻ (11,10%) phẫu thuật vì chùm hạch mủ. Trong khi nghiên cứu của Vũ Đức Duy [2] tỉ lệ có nhiều khác biệt và chỉ định mổ cũng rộng rãi hơn so với nghiên cứu của chúng tôi: tỉ lệ hạch > 3 cm chiếm (15,5%) thấp hơn chúng tôi và có các chỉ định khác: rỉ dịch, dò mủ, chùm hạch mủ, hạch không mủ >2 cm tồn tại  $\geq$  4 tháng, mổ theo yêu cầu,...

Trong quá trình chuẩn bị phẫu thuật có 3 trẻ hạch viêm tự nhỏ lại trong 1-2 tuần sau lần khám đầu tiên nên không tiến hành phẫu thuật. Ba trẻ đó đều được chỉ định phẫu thuật vì hạch >3cm, cụ thể như sau: 1 trẻ có hạch to 3 cm, 2 trẻ có hạch to 4 cm, tất cả đều di động, 2 trẻ có đau và sưng đỏ, không nung mủ hay chảy mủ. Trong tổng số 6 trẻ thật sự được phẫu thuật, chỉ có duy nhất 1 trường hợp có biến chứng tụ dịch vết mổ chiếm (16,67%) so với Vũ Đức Duy [2] (Vũ Đức Duy ghi nhận 3 biến chứng: tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ và sẹo xấu với tỉ lệ biến chứng khá cao trên (60%)).

Kết quả điều trị chung: Có 50 trẻ được điều trị bằng các phương pháp theo dõi, rạch thoát mủ và phẫu thuật bóc tách có 43 trẻ khỏi bệnh sau 6 tháng theo dõi, 7 trẻ cần tiếp tục theo dõi. Trong 7 trẻ tiếp tục theo dõi có 5 trẻ có kích thước không thay đổi sau 6 tháng, 1 trẻ có hạch to từ 1 cm lên 2 cm, 1 trẻ có hạch tiến triển hóa mủ tự vỡ sau đó 3 tuần thì phát hiện vẫn còn to 2 cm và kéo dài đến khi kết thúc nghiên cứu. Sau 6 tháng theo dõi kết quả điều trị khỏi bệnh chiếm tỉ lệ (86%). Kết quả của chúng tôi khá tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước của Vũ Đức Duy [2] (84,1%), Banani [5] (81,8%).

Thời gian khỏi bệnh sớm nhất là 1 tháng, dài nhất 5 là, trung bình là  $2,56 \pm 1,10$  tháng, ngắn hơn so với Vũ Đức Duy [2] (trung bình là 4,5 tháng).

## V. KẾT LUẬN

Viêm hạch bạch huyết do vaccine BCG xảy ra ở cả hai giới nhưng gặp ở nam nhiều hơn nữ, nam/nữ 1,63/1. Thời gian phát hiện bệnh trung vị là 4 tháng sau tiêm ngừa. Bệnh thường xuất hiện một hạch (90%), ở nách trái (92%) cùng bên tiêm ngừa. Hạch thường di động (86%), đau (46%) sưng đỏ (50%) và nung mủ (26%), chảy mủ (6%).

Điều trị chủ yếu của bệnh là theo dõi (54%), trong đó kết quả tự khỏi bệnh sau 6 tháng (55,56%). Tuy nhiên có (22,22%) trẻ có hạch tiến triển hóa mủ rồi tự vỡ hoặc phải chuyên điều trị rạch thoát mủ. Rạch thoát mủ thường áp dụng cho hạch nung mủ và hóa mủ hoàn toàn, kết quả khỏi bệnh trong 1 lần rạch (92,86%), nhưng có trẻ phải rạch đến 3 lần mới khỏi bệnh (5,8%). Biến chứng sau rạch thoát mủ thường gặp nhất là rỉ dịch kéo dài (35,3%) cần chăm sóc vết thương và lành hoàn toàn sau 3 tháng. Phẫu thuật bóc tách cho kết quả khỏi bệnh rất cao (100%) và các trẻ chỉ cần 1 lần can thiệp, biến chứng sau phẫu

thuật bóc tách thường gặp nhất là tụ dịch vết mổ (17,67%). Kết quả điều trị chung của ba phương pháp sau 6 tháng điều trị là (86%), thời gian điều trị trung bình  $2,56 \pm 1,10$  tháng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng lao, Hà Nội.
2. Vũ Đức Duy (2018), Lâm sàng và điều trị viêm hạch bạch huyết ở trẻ em do vắc-xin BCG, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*, Đại học Y Dược TP. HCM.
3. Abdulhameed F.D. and Hummaida T.I. (2009), Surgical management of BCG vaccine-induced regional lymph nodes adverse effects, *Ann Pediatr Surg*, 5(3), pp 187-193.
4. Alfawaz T.S., Alshehri M., and Alshahrani D. (2015), BCG related complications: A single center, prospective observational study, *Int J Pediatr Surg*, 5(3), pp 187-193.
5. Banani S.A. and Alborzi A. (1994), Needle aspiration for suppurative post-BCG adenitis, *Archives of Disease in Childhood*, 71(5), pp 446-447.
6. Behjati M. and Ayatollahi J. (2008), Post BCG Lymphadenitis in Vaccinated Infants in Yazd, Iran, *Iran J Pediatr*, 18(4), pp 351-356.
7. Chan W.M., Kwan Y.W., and Leung C.W. (2011), Management of Bacillus Calmette-Guérin Lymphadenitis, *HK J Paediatr (new series)*, 16, pp 85-94.
8. Parizi M.D., Parizi A.K., and Izadipour S. (2014), Evaluating clinical course of BCG lymphadenitis and factors affect on it during a 5-year period in Kerman, Iran, *J Trop Pediatr*, 60(2), pp 148-153.
9. Suliman O.M., Ahmed M.J., and Bilal J.A. (2015), Clinical characteristics and needle aspiration management of Bacillus Calmette-Guérin lymphadenitis in children, *Saudi Med J*, 36(3), pp 280-285.

(Ngày nhận bài: 07/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 06/09/2020)

---