

<https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.725>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ 33 BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU LAN TRUNG THẤT, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Tân^{1*}, Trần Hồng Quang¹, Lê Minh Phong¹
Nguyễn Việt Cường¹, Trần Công Trí¹, Vũ Lê Thùy Trang¹, Nguyễn Chí Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, không có nhóm chứng trên 33 bệnh nhân chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2025.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $44,8 \pm 12,8$ tuổi, đa số là nam giới (81,8%) và 100% mắc kết hợp ít nhất một bệnh lý mạn tính. Khởi nhiễm gây nhiễm trùng cổ sâu bắt nguồn từ viêm nha chu và viêm hầu họng (chiếm 33,4%), từ viêm hạch cổ áp xe hóa và viêm khớp ức đòn nhiễm trùng (chiếm 21,3%). Lâm sàng bệnh nhân có triệu chứng sưng vùng cổ và góc hàm chiếm 75,8%. Trên phim chụp cắt lớp vi tính tỉ lệ bệnh nhân có hình ảnh tụ dịch - khí ở cả vùng cổ và trung thất 100%, hình ảnh tràn dịch màng phổi phải 30,3%, hình ảnh tràn dịch màng phổi trái 6,1% và hình ảnh tràn dịch đa màng 9,1%. Cấy khuẩn mẫu bệnh phẩm dương tính ở 36,4% bệnh nhân, trong đó, 9,1% là liên cầu khuẩn, 27,3% là tụ cầu khuẩn. Kết quả điều trị: 97,0% bệnh nhân khỏi, ra viện.

Kết luận: Chẩn đoán và phẫu thuật sớm nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất (làm sạch vùng cổ và trung thất) làm tăng tỉ lệ điều trị thành công, hạn chế tai biến, biến chứng và tử vong.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, nhiễm trùng lan trung thất.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characters, and outcomes of surgical treatment to the deep neck infection (DNI) associated with descending necrotizing mediastinitis (DNM).

Subjects and methods: This study retrospectively reviewed 33 cases diagnosed of DNI associated with DNM, who were undergone the surgery from 01/2021 to 03/2025, at Military Hospital 175.

Results: The average age of patients was 44.8 ± 12.8 . Male patients accounted for the majority (82%) and 100% cases had at least a chronic comorbidity. DNI originated from periodontal and pharyngeal infections (33.4%), from cervical lymphadenitis with abscesses and sternoclavicular arthritis (21.3%). Common clinical symptoms were swelling of the neck and jaw angle (75.8%). On cervical-thoracic CT scan, all cases had images of fluid-air collections in both the neck and mediastinum, 30.3% of cases had right pleural effusion and 6.1% of cases had left pleural effusion, 9.1% of cases had polymembranous effusion. Regarding the infectious agent, 36.4% of cases had positive cultures of the pus, of which 9.1% of cases were caused by streptococci and 27.3% by staphylococci. All patients underwent early surgery to clear the neck and mediastinum. The result of treatment: 97% of patients recovered and were discharged.

Conclusions: Early diagnosis and surgery to clean the neck and mediastinum induce the increase in the success rate of treatment and the prevention of the complications and mortality rate.

Keywords: Deep neck infection, descending necrotizing mediastinitis.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Minh Tân, Email: leminhtan.bs175@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2025; mời phản biện khoa học: 6/2025; chấp nhận đăng: 20/8/2025.

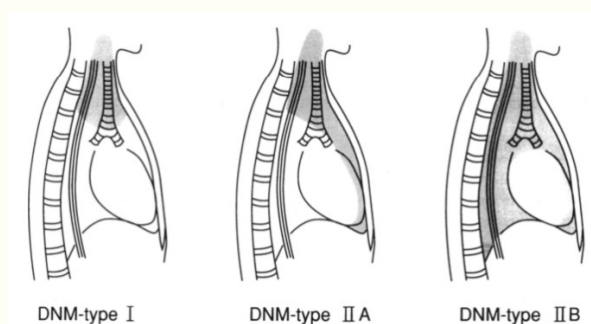
¹Bệnh viện Quân y 175.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng và áp xe là các bệnh phổ biến xảy ra ở vùng đầu mặt cổ. Nhiễm trùng cổ sâu (Deep neck infection - DNI) có thể xuất phát từ nhiễm

trùng nha chu, vùng hầu họng, nhiễm trùng tuyến nước bọt, do chấn thương, do tai biến của thủ thuật vùng cổ hoặc do dị vật vùng cổ. Nghiên cứu của Bogdan Mihail Cobzeanu và cộng sự thấy có

3% trường hợp nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất (Descending necrotizing mediastinitis - DNM) và tỉ lệ tử vong các trường hợp này tăng lên đến 50% [1]. Theo Endo S (1999), DNM có 2 loại, gồm loại I (tình trạng nhiễm trùng khu trú ở trung thất trên - phía trên carina) và loại II (trong đó có loại IIA - là tình trạng nhiễm trùng đã lan rộng đến trung thất trước dưới và loại IIB - là tình trạng nhiễm trùng đã lan rộng toàn bộ trung thất). Hiện nay, việc sử dụng kháng sinh mạnh phổ rộng kết hợp với phẫu thuật nhằm dẫn lưu ổ mủ và cắt lọc hoại tử vẫn được xem là phương pháp điều trị tối ưu nhất. Dù được điều trị tích cực, song tỉ lệ tử vong do DNM vẫn khá cao, chiếm đến 9,3% [2].



Hình 1. Phân loại nhiễm trùng trung thất theo Endo S (1999) [3].

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị 33 bệnh nhân (BN) DNM, tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

33 BN chẩn đoán DNM dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cổ-ngực, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2025.

Loại trừ BN xin ra viện/chuyển viện trong quá trình điều trị; BN có hồ sơ bệnh án không đủ thông tin; BN từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.

- Phương pháp chọn mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Quy trình điều trị:

+ Chụp cắt lớp vi tính cổ-ngực xác định chẩn đoán.

+ Kháng sinh phổ rộng trước và sau phẫu thuật, chuyển kháng sinh đồ nếu cấy khuẩn (+).

+ Rạch dẫn lưu mủ tại vùng cổ, thay băng tích cực, cắt lọc hoại tử, lấp VAC (liệu pháp hút áp lực âm) khi sạch hoại tử.

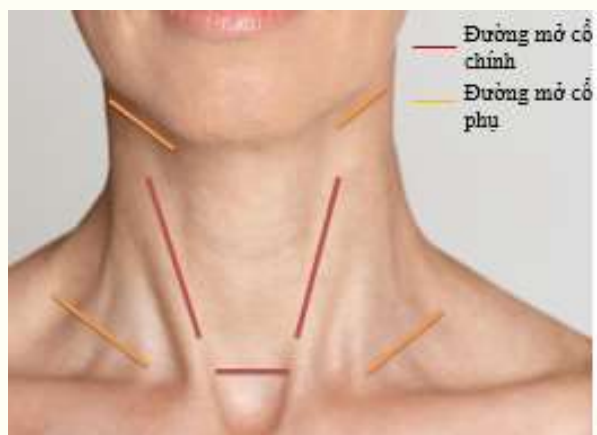
+ Làm sạch trung thất qua đường cổ hoặc qua đường ngực bên (dẫn lưu, nội soi hoặc mở ngực), đặt hệ thống tưới rửa nếu có chỉ định.

+ Phối hợp với các chuyên khoa khác điều trị nguyên nhân và các biến chứng nếu có.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm BN (tuổi, giới tính, bệnh lý kết hợp); đặc điểm lâm sàng (sốt, sưng vùng cổ - góc hàm, nuốt đau); đặc điểm cận lâm sàng (hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cổ-ngực, phân loại theo Endo, tác nhân gây bệnh); kết quả điều trị (phác đồ kháng sinh, phương pháp phẫu thuật, kết quả điều trị, tai biến, biến chứng).

- Đạo đức: nghiên cứu thông qua Hội đồng Y đức Bệnh viện Quân y 175. Mọi thông tin BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Stata IC 13.



Hình 2. Các đường mở cổ dẫn lưu mủ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 33)

- Tuổi: BN phân bố từ 19-70 tuổi, trung bình $44,8 \pm 12,8$ tuổi.

- Giới tính: 27 BN (81,8%) là nam giới, 6 BN (17,3%) là nữ giới.

- Bệnh lý kết hợp:

+ Đái tháo đường: 28 BN (84,9%).

+ Tăng huyết áp: 20 BN (60,6%).

+ Hội chứng Cushing: 15 BN (45,5%).

+ Suy thận: 5 BN (15,2%).

Tất cả các BN đều có ít nhất một bệnh lý mạn tính kết hợp, trong đó, bệnh đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất (84,9%).

- Nguyên nhân khởi phát:

Bảng 1. Nguyên nhân khởi phát nhiễm trùng và phân loại DNM theo Endo S (1999) (n = 33)

	Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ %
Nguyên nhân khởi phát	Viêm nha chu	5	15,2
	Viêm hầu họng	6	18,2
	Viêm hạch cổ	5	15,2
	Viêm khớp ức đòn	2	6,1
	Không rõ	15	45,5
Phân loại NTCS	Loại I	19	57,6
	Loại IIA	10	30,3
	Loại IIB	4	12,1

Khởi phát nhiễm trùng từ viêm nha chu và viêm hầu họng 33,4% BN, từ viêm hạch cổ áp xe hóa và viêm khớp ức đòn bội nhiễm trên nền bệnh Gout mạn tính 21,3% BN. Tuy nhiên, có 45,5% BN không rõ nguyên nhân khởi phát ban đầu. Chủ yếu BN DNM loại I (57,6%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n = 33)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

	Lâm sàng, cận lâm sàng	Số BN	Tỉ lệ %
Lâm sàng	Sốt cao	10	30,3
	Sưng vùng cổ-góc hàm	25	75,8
	Nuốt đau	10	30,3
Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính	Tụ dịch-khí trung thất	33	100
	Tụ dịch-khí vùng cổ	33	100
	Tràn dịch phổi trái	2	6,1
	Tràn dịch phổi phải	10	30,3
	Tràn dịch đa màng	3	9,1
Cấy khuẩn	<i>Streptococcus viridans</i>	3	9,1
	<i>Staphylococcus aureus</i>	9	36,4
	Âm tính	21	63,6

Đa số BN có triệu chứng sưng vùng cổ - góc hàm (75,8%). 100% BN có hình ảnh tụ dịch-khí ở cả vùng cổ và trung thất, 30,3% BN tràn dịch màng phổi phải, 6,1% BN tràn dịch màng phổi trái. Cấy khuẩn mẫu bệnh phẩm ở tất cả các BN, cho kết quả dương tính ở 36,4%; trong đó, 9,1% BN là liên cầu khuẩn (*Streptococcus viridans*) và 27,3% là tụ cầu khuẩn (*Staphylococcus aureus*).

3.3. Đặc điểm và kết quả điều trị

- Phương pháp phẫu thuật (n = 33):

+ Rạch áp xe cổ và làm sạch trung thất qua đường cổ: 19 BN (57,6%).

+ Rạch áp xe cổ, làm sạch trung thất qua đường cổ và dẫn lưu khoang màng phổi: 3 BN (9,1%).

+ Rạch áp xe cổ, mở ngực bên, làm sạch trung thất, lắp hệ thống tưới rửa: 9 BN (27,3%).

+ Rạch áp xe cổ, phẫu thuật lồng ngực hỗ trợ camera (VATS) mở cửa sổ trung thất, lắp hệ thống tưới rửa: 2 BN (6,1%).

Đa số BN phẫu thuật làm sạch trung thất qua đường rạch áp xe vùng cổ (66,7%).

Bảng 3. Số lần phẫu thuật

Vùng phẫu thuật	Số lần phẫu thuật (n, %)		
	1 lần	2 lần	3 lần
Vùng cổ (n = 33)	21 (63,6%)	10 (30,3%)	2 (6,1%)
Vùng trung thất (n = 11)	9 (81,8%)	2 (6,1%)	0

Với 33 BN phẫu thuật vùng cổ, có 63,6% phẫu thuật 1 lần để làm sạch vùng cổ. Với 11 BN phẫu thuật làm sạch trung thất qua đường ngực, có 6,1% cần phẫu thuật lại để mở rộng cửa sổ trung thất và đặt lại hệ thống tưới rửa.

- Phác đồ điều trị kháng sinh:

Bảng 4. Phác đồ điều trị kháng sinh (n = 33)

	Phác đồ điều trị kháng sinh		Số BN	Tỉ lệ %
Trước mổ	1 loại	Cephalosporin 3	5	15,1
	2 loại	Cephalosporin 3 + Quinolon/Vancomycin /Penem	28	84,9
Sau mổ	2 loại	Cephalosporin 3 + Quinolon/Vancomycin /Penem	20	60,6
	3 loại	Penem + Vancomycin + Metronidazol	13	39,4
		Cephalosporin 3 + Quinolon + Metronidazole		

Trước mổ, 100% BN được sử dụng kháng sinh, trong đó có 84,9% sử dụng 2 loại kháng sinh. Sau mổ, 60,6% BN sử dụng 2 loại kháng sinh và 39,4% BN sử dụng 3 loại kháng sinh.

- Thời gian điều trị:

+ Trước phẫu thuật: từ 1-5 ngày, trung bình là 2,5 ngày.

+ Sau phẫu thuật: từ 5-30 ngày, trung bình là 13,8 ngày.

+ Tưới rửa khoang màng phổi: trung bình 6,5 ngày.

+ Thời gian nằm viện trung bình: 16 ngày.

- Kết quả điều trị (n = 33):

+ Thành công (khỏi bệnh): 32 BN (97,0%).

+ Thất bại (tử vong/nặng xin về): 1 BN (3,0%).

- Biến chứng (n = 33):

+ Viêm phổi: 21 BN (63,6%).

+ Nhiễm khuẩn huyết: 13 BN (39,4%).

- + Sốc nhiễm khuẩn, tổn thương đa cơ quan: 3 BN (9,1%).
- + Chảy máu sau mổ: 2 BN (6,1%).
- + Tổn thương thực quản sau mổ: 1 BN (3,0%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

- Tuổi và giới tính: BN phân bố từ 19-70 tuổi, trung bình $44,8 \pm 12,8$ tuổi. BN nam (81,8%) nhiều hơn BN nữ (18,2%). Tất cả các BN đều có ít nhất một bệnh lý mạn tính kết hợp, trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là đái tháo đường (84,9%). Nghiên cứu của Taylor M (2019) [9] cũng thấy đái tháo đường là bệnh lý hay gặp nhất liên quan đến DNM. Các rối loạn khác có ảnh hưởng đến hệ miễn dịch (như hội chứng Cushing, chiếm 45,5%) cũng là yếu tố gây tăng nặng tình trạng DNM, làm cho tình trạng lan trung thất tiến triển nhanh. Một số nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên hệ giữa độc tố của vi khuẩn và bệnh lý đái tháo đường với tình trạng thiếu oxy và hoại tử mô [4], [6].

- Nguyên nhân khởi phát: tại vùng cổ, các lớp cân cổ nông và sâu chia vùng cổ thành các khoang riêng biệt, đóng vai trò như một lớp bảo vệ giải phẫu tự nhiên. Khi lớp bảo vệ này bị phá vỡ, tình trạng nhiễm trùng sẽ nhanh chóng lan đến các khoang sâu vùng cổ theo cơ chế trọng lực. Một số khoang thông với trung thất (như khoang trước khí quản, khoang quanh hầu, khoang trước cột sống) có thể dẫn mủ từ cổ xuống trung thất [5]. Trong nghiên cứu này, 1/3 BN có ổ nhiễm trùng nguyên phát từ răng lợi và vùng hầu họng (33,4%). Các ổ nhiễm trùng này lan vào các khoang cổ sâu và theo bó mạch cảnh, khí quản hoặc khoang trước cột sống lan xuống trung thất. Có 45,5% BN không rõ nguyên nhân khởi phát nhiễm khuẩn. Những trường hợp này có thể do bắt nguồn từ viêm các hạch cổ sâu bội nhiễm tiến triển áp xe hóa và hoại tử hạch trước khi can thiệp, dẫn đến không còn cơ sở để xác định nguồn khởi phát. Một số trường hợp khởi phát từ viêm khớp ức đòn bội nhiễm (6,1%) trên BN Gout mạn tính.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Có 63,6% BN cấy khuẩn cho kết quả âm tính. Điều này có thể do việc sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện hoặc do bác sĩ chỉ định sử dụng kháng sinh sớm theo kinh nghiệm lâm sàng (trước phẫu thuật, khi đã có cơ sở chẩn đoán). Theo nghiên cứu của Ord R (2009) và Marioni G (2010), tỉ lệ cấy khuẩn ổ mủ âm tính ngày càng tăng do việc tự điều trị kháng sinh tại nhà của BN [7], [8]. Đây cũng là lí do giải thích tại sao chỉ có 30,3% BN có biểu hiện sốt cao lúc nhập viện.

Chụp cắt lớp vi tính cổ-ngực được xem là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán DNM, trong đó, hình ảnh tụ dịch hoặc có kèm tụ khí vùng cổ-trung thất là cơ sở quan trọng để xác định chẩn đoán. Dựa vào hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cổ-ngực, có thể xác định được những khoang vùng cổ đã bị thâm nhiễm, cũng như hướng lan tràn của ổ mủ thông qua hình ảnh động dịch và/hoặc khí. Từ đó, giúp tiên lượng nguồn khởi phát, chiến lược rạch mở dẫn lưu mủ ở các khoang cổ sâu và các hướng tiếp cận làm sạch trung thất.

4.3. Đặc điểm và kết quả điều trị

- Sử dụng kháng sinh: tất cả BN trong nghiên cứu đều được sử dụng sớm và ít nhất 1 loại kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm (kháng cả kỵ khí, ái khí và betalactamase) trước phẫu thuật - ngay khi có chẩn đoán xác định. Phác đồ điều trị kháng sinh điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ và đáp ứng lâm sàng. Sau mổ, sử dụng phối hợp kháng sinh đường tĩnh mạch (theo hướng dẫn của Khoa Dược lâm sàng) cho đến khi tình trạng nhiễm trùng vùng cổ, trung thất và toàn thân cải thiện (như sạch hoại tử, giả mạc vùng cổ, các marker nhiễm trùng về bình thường). Sau đó, có thể chuyển kháng sinh đường uống đối với các trường hợp mô hạt kém phát triển cần thay bằng ngoại trú lâu dài.

- Điều trị phẫu thuật và biến chứng: 100% BN được phẫu thuật với phương pháp và mức độ can thiệp khác nhau, tùy theo mức độ lan rộng của ổ mủ. Quan điểm của phẫu thuật viên là không can thiệp quá mức, vì sự can thiệp quá mức cần thiết có thể gây hại nhiều hơn lợi ích, nhất là ở những BN có bệnh cảnh lâm sàng nặng. Ngoài ra, một khó khăn cho phẫu thuật làm sạch trung thất qua đường ngực bên là không thể gây mê nội khí quản một bên phổi do tình trạng phù nề đường hô hấp trên trong giai đoạn đầu của bệnh, dẫn tới không đặt được Carlens. Trong nghiên cứu này, chủ yếu phẫu thuật mở cổ theo bờ trước cơ ức đòn chũm 1 hoặc 2 bên và trên hõm ức để làm sạch dịch mủ và cắt lọc hoại tử. Đồng thời, dùng ống mềm hút dịch mủ ở trung thất trên qua đường mở cổ đối với 19 BN DNM loại I (57,6%), kèm dẫn lưu khoang màng phổi cho 3 BN DNM loại IIA có tràn mủ màng phổi kèm theo. Ngoài ra, có thể dùng thêm các đường mở cổ phụ ở dưới hàm hoặc hố thượng đòn để tạo thuận lợi cho việc thay băng và cắt lọc hoại tử. Có 11 BN phẫu thuật mở ngực hoặc phẫu thuật ngực có nội soi hỗ trợ (chủ yếu là các BN DNM loại II) là do tình trạng nhiễm trùng đã lan khắp trung thất, tuy nhiên, chỉ can thiệp ở mức độ tối thiểu bằng mở cửa sổ trung thất và đặt hệ thống tưới rửa khoang màng phổi-trung

thất nhỏ giọt liên tục với nước muối sinh lí (2.500 ml/ngày) pha Gentamycin (1 lọ/500 ml), thời gian tưới rửa trung bình 6,5 ngày. Chúng tôi không chủ trương rửa vùng cổ do lo ngại dịch rửa có thể đi xuống trung thất trong những trường hợp không dẫn lưu màng phổi. Đối với 2 BN phẫu thuật ngực có nội soi hỗ trợ đều gặp khó khăn trong tiếp cận, làm sạch trung thất do không thể xẹp phổi 1 bên. Vì vậy, áp dụng chiến thuật ngưng thở ngắt quãng trên BN để tiếp cận, mở cửa sổ trung thất. Đối với phẫu thuật làm sạch vùng cổ, có 63,6% BN chỉ phẫu thuật 1 lần, các BN phẫu thuật lại chủ yếu là để kiểm soát chảy máu thứ phát và cắt lọc hoại tử bổ sung. Đối với trung thất, có 2 BN phải phẫu thuật lại để mở rộng thêm cửa sổ trung thất, giúp hệ thống tưới rửa hiệu quả hơn.

- Biến chứng sau phẫu thuật: hay gặp nhất là viêm phổi (63,6%). Nguyên nhân thường do BN nằm lâu và ở những BN thở máy hoặc có vết mổ lớn vùng cổ, gây khó khăn cho việc ngồi dậy tập thở. Các BN này được kiểm soát tốt bằng kháng sinh và vật lí hô hấp. 3 BN (9,1%) biến chứng suy đa cơ quan phải mở khí quản, nằm hồi sức tích cực dài ngày. 1 BN (3,0%) từng thực quản, phát hiện khi phẫu thuật làm sạch trung thất lần 2 và đã phối hợp với Khoa Nội tiêu hóa đặt stent thực quản (kết quả phục hồi của BN khá tốt).

- Thay băng vết mổ vùng cổ: cũng như các áp xe khác, thay băng sau mổ đóng vai trò quan trọng trong cả quá trình điều trị. Vết mổ cổ trong áp xe cổ luôn cần thay băng mỗi ngày, có BN đến 2-3 lần/ngày (ở những trường hợp dịch tiết nhiều, ổ mủ lớn). Thay băng có thể bổ sung cắt lọc hoại tử dưới gây tê cục bộ hoặc gây mê. Trong những lần đầu, thay băng còn có tác dụng ngăn dịch mủ tiếp tục đi xuống trung thất. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lắp hệ thống hút chân không (VAC) vùng cổ ở 18 trường hợp (54,5%) cho đến khi sạch hoại tử. Các trường hợp mở cổ có kèm dẫn lưu màng phổi và chỉ rút dẫn lưu khoang màng phổi khi vết mổ vùng cổ đã ổn định.

- Có 97,0% BN điều trị thành công. Việc sử dụng kháng sinh ngay khi có cơ sở chẩn đoán và tiến hành phẫu thuật làm sạch cổ - trung thất sớm đã làm tăng tỉ lệ điều trị thành công (khỏi, ra viện). Theo Bogdan M.C (2025), chỉ định phẫu thuật đúng thời điểm nhằm loại bỏ tối đa các mô hoại tử và dẫn lưu mủ có thể làm giảm tỉ lệ tử vong, mang lại tiên lượng tốt [1]. Trong nghiên cứu này, có 1 BN tử vong (3,0%). Đây là trường hợp có tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, suy đa tạng, viêm phổi bệnh viện ARDS không hồi phục trên nền BN có nhiều bệnh mạn tính phối hợp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 33 bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 3/2025, thấy 97,0% BN điều trị khỏi bệnh, ra viện; 1 BN (3,0%) tử vong do tình trạng bệnh nặng, có nhiều bệnh mạn tính phối hợp.

Nhiễm trùng cổ sâu lan trung thất là bệnh lí nhiễm trùng nặng, thường gặp ở nam giới, ở người có bệnh lí nền đái tháo đường. Chụp cắt lớp vi tính là “tiêu chuẩn vàng” chẩn đoán xác định và tiên lượng bệnh. Sử dụng kháng sinh phổ rộng, phẫu thuật sớm loại bỏ mủ vùng nhiễm trùng giúp giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bogdan Mihail Cobzeanu, Liliana Moisii, Octavian Dragos Palade, et al. (2025), “Management of Deep Neck Infection Associated with Descending Necrotizing Mediastinitis: A Scoping Review”, *Medicina* 2025, 61, 325-346.
2. Dubrulle F, Souillard R, Hermans R (2007), “Extension patterns of nasopharyngeal carcinoma”, *Eur. Radiol.*, 2007, 17, 2622-2630.
3. Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T, Sohara Y, Fuse K, Miyata M, Nishino H (1999), “Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis”, *Jpn. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1999, 47, 14-19.
4. Karkas A, Chahine K, Schmerber S, et al. (2010), “Optimal treatment of cervical necrotizing fasciitis associated with descending necrotizing mediastinitis”, *Br J Surg* 2010; 97: 609-15.
5. Li R.M, Kiemeney M (2019), “Infections of the Neck”, *Emerg. Med. Clin. N. Am.*, 2019, 37, 95-107.
6. Liao Y.S, Lai C.C, Tan C.K, Lin S.H (2013), “Deep neck infection with descending necrotizing mediastinitis presenting with out-of-hospital cardiac arrest”, *Q J Med*, 2013; hct047.
7. Marioni G, Staffieri A, Parisi S, Marchese-Ragona R, Zuccon A, Staffieri C, Sari M, Speranzoni C, Filippis C, Rinaldi R (2010), “Rational diagnostic and therapeutic management of deep neck infections: Analysis of 233 consecutive cases”, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol*, 2010, 119, 181-187.
8. Ord R, Coletti D (2009), “Cervico-facial necrotizing fasciitis”, *Oral. Dis.* 2009, 15, 133-141.
9. Taylor M, Patel H, Khwaja S, Rammohan K (2019), “Descending cervical mediastinitis: The multidisciplinary surgical approach”, *Eur. Arch. Otorhinolaryngol*, 2019, 276, 2075-2079. □