

BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG ÁP-XE CỔ SÂU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Phan Thị Thúy¹, Đặng Vũ Hiệp¹
Nguyễn Thị Giang^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị 3 trường hợp áp-xe cổ sâu.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiền cứu mô tả, kết hợp hồi cứu 3 ca bệnh lâm sàng áp-xe cổ sâu tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 02/2023 đến tháng 6/2026.

Kết quả: Áp-xe cổ sâu là bệnh lý nhiễm trùng cấp tính nguy hiểm, biểu hiện triệu chứng điển hình là sốt cao, sưng đau cổ, khít hàm, hạn chế vận động cổ. Mức độ nặng của bệnh phụ thuộc vào vị trí khoang bị ảnh hưởng và sức đề kháng của người bệnh. CT-Scan có tiêm thuốc cản quang kết hợp siêu âm đóng vai trò quan trọng hàng đầu trong chẩn đoán, cho phép xác định chính xác vị trí, kích thước ổ mủ, mối tương quan với bó mạch cảnh và phát hiện sớm các dấu hiệu lan xuống trung thất, giúp phẫu thuật viên lập kế hoạch can thiệp tối ưu. 3 ca lâm sàng áp-xe cổ sâu tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 đã được rạch dẫn lưu mủ sớm khi có bằng chứng trên CT-Scan, siêu âm, kết hợp sử dụng kháng sinh kịp thời, giúp giải áp ổ nhiễm trùng, hạn chế sự lan rộng sang các khoang lân cận và giảm nguy cơ biến chứng. Kết quả: cả 3 ca bệnh đều được điều trị khỏi, ra viện; không có biến chứng nguy hiểm.

Kết luận: Chẩn đoán chính xác, kháng sinh phổ rộng, liều cao, rạch tháo mủ kịp thời, chăm sóc dinh dưỡng tốt là những yếu tố quan trọng điều trị thành công những ca áp-xe sâu đa ổ phức tạp vùng cổ.

Từ khóa: Áp-xe cổ sâu, rạch tháo mủ vùng cổ.

CASE REPORT: CASES SERIES OF DEEP CERVICAL ABSCESS TREATED AT MILITARY HOSPITAL 4, MILITARY REGION 4

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of three cases of deep neck space abscess.

Subjects and methods: A prospective descriptive study combined with a retrospective review was conducted in three patients with deep neck space abscess treated at Military Hospital 4, Military Region 4, from February 2023 to June 2026.

Results: Clinically, deep neck space abscess is a potentially life-threatening acute infection, typically presenting with high-grade fever, neck swelling and pain, trismus, and restricted neck mobility. Disease severity depends on the involved neck space and the patient's host defenses. Contrast-enhanced computed tomography combined with ultrasonography plays a critical role in diagnosis, enabling accurate delineation of the abscess location and size, assessment of its relationship to the carotid sheath, and early detection of extension into the mediastinum, thereby facilitating optimal surgical planning. All three patients were successfully treated without major complications. Early incision and drainage based on findings from Contrast-enhanced computed tomography and ultrasonography, combined with timely antibiotic therapy, facilitated decompression of the infected spaces, limited spread to adjacent neck spaces, and reduced the risk of complications.

Conclusions: Accurate diagnosis, prompt administration of broad-spectrum antibiotics at appropriate doses, timely incision and drainage, and adequate nutritional support are important factors in the successful management of complex, multiloculated deep neck space abscesses.

Keywords: Deep neck space abscess; incision and drainage; deep neck infection.

Chịu trách nhiệm nội dung: Phan Thị Thúy, Email: Phantt126@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026.

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp-xe cổ sâu (AXCS) là tình trạng nhiễm trùng sinh mủ trong các khoang ảo - giới hạn bởi các lớp mạc cổ sâu [1, 2]. Đây là một bệnh lý cấp cứu nguy hiểm do các khoang này chứa nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng (như các bó mạch cảnh, dây thần kinh vùng cổ) và nằm sát khí quản, thực quản [3]. AXCS nếu không điều trị kịp thời, đúng phương pháp có thể dẫn đến biến chứng áp xe trung thất, áp xe phổi, nhiễm khuẩn huyết, suy hô hấp và tử vong [2, 4]. Ngày nay, dù đã có sự phát triển mạnh mẽ của các thể hệ kháng sinh mới và kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại, AXCS vẫn là một thách thức lớn đối với các bác sĩ lâm sàng bởi tính chất diễn biến nhanh và nguy cơ biến chứng tử vong cao [2, 4, 5].

Tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam, nguyên nhân gây bệnh AXCS thường gặp nhất là do nhiễm trùng răng miệng (40-50%), tiếp theo là viêm amidan, viêm họng, dị vật đường ăn hoặc biến chứng sau các thủ thuật vùng họng miệng [1, 2, 4, 5]. Việc chẩn đoán dựa trên các triệu chứng lâm sàng như sưng đau vùng cổ, khít hàm, sốt cao kết hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm, chụp CT-Scan đóng vai trò xác định chính xác vị trí ổ áp xe, lựa chọn đường rạch dẫn lưu [1, 2, 4, 5]. Về điều trị, sử dụng kháng sinh trực tiếp, rạch dẫn lưu, chăm sóc hỗ trợ là các lựa chọn điều trị chính [1, 2, 4].

Tại các cơ sở y tế, thực tế lâm sàng cho thấy luôn có những đặc điểm riêng về triệu chứng và đáp ứng điều trị ở từng người bệnh AXCS, đòi hỏi người thầy thuốc phải có kinh nghiệm và nhạy bén trong xử trí. Ở Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), trong một thời gian dài, những ca bệnh AXCS thường xác định là ca bệnh nặng và chỉ định chuyển tuyến sau. Gần đây, với đội ngũ y bác sĩ được đào tạo cơ bản, trang thiết bị bảo đảm, Bệnh viện đã điều trị thành công nhiều ca AXCS phức tạp, có biến chứng. Để có cái nhìn tổng quan, đánh giá lại quy trình xử trí, rút ra những kinh nghiệm trong công tác chẩn đoán và điều trị, chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng: 3 ca AXCS điều trị tại BVQY4/QK4 với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chùn ca bệnh AXCS để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

3 ca bệnh lâm sàng AXCS, điều trị tại BVQY4/QK4 từ tháng 02/2023 đến tháng 6/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh có chẩn đoán AXCS dựa vào lâm sàng (có hội chứng nhiễm trùng, biểu hiện sưng, nóng, đau vùng cổ...) và hình ảnh học (siêu âm, CT-Scan, MRI có ổ mủ khoang cổ sâu).

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh và/hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu mô tả, kết hợp hồi cứu từng ca bệnh.

- Chỉ định phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ mủ: khi xác định có ổ mủ trên siêu âm/CT-Scan. Người bệnh đã được điều trị kháng sinh tích cực, ổ mủ khu trú. Tiến hành rạch áp xe dưới hướng dẫn siêu âm.

- Tiêu chuẩn đánh giá khỏi bệnh: người bệnh hết sốt, vùng cổ hết sưng đau, ăn uống, thở bình thường; siêu âm không thấy ổ mủ/áp-xe tồn dư.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức, BVQY4/QK4. Người bệnh được giải thích đầy đủ ý nghĩa, mục đích, đồng ý tham gia nghiên cứu với thông tin được mã hóa. Nghiên cứu nhằm mục đích khoa học và không nhằm mục đích khác.

3. BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

3.1. Ca bệnh thứ nhất

Người bệnh Nguyễn Đình Ng., nam giới, 23 tuổi, nhập viện ngày 28/2/2023 trong tình trạng sốt 38,5°C, mệt mỏi, môi khô lưỡi bẩn, thở hôi, sưng, đau nhiều vùng cổ - mặt, nói và ăn uống khó khăn do khít hàm, há miệng hạn chế.

Bệnh sử: 2 ngày trước vào viện, người bệnh xuất hiện nhức răng 3.8, 4.8, ăn nhai đau tăng, ê buốt, sưng đau vùng mặt, uống kháng sinh không đỡ.

Triệu chứng lâm sàng: khám lâm sàng thấy NB sốt 39,0°C, há miệng hạn chế, khoảng cách 2 cung răng há được khoảng 1 cm, sưng nề nhiều vùng mặt lan xuống cằm, dưới hàm 2 bên, sưng đau hạch góc hàm, mỗi bên 2-3 hạch, kích thước khoảng 6 x 8 mm.

Cận lâm sàng: X quang có hình ảnh răng 3.8, 4.8 mọc lệch, ngầm. Siêu âm có hình ảnh giảm âm rải rác vùng góc hàm và nền cổ 2 bên. Chụp CT-Scan tiêm thuốc cản quang có hình ảnh viêm lan tỏa phần mềm vùng má 2 bên, hàm dưới; tràn khí phần mềm. Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu: 13,69 G/L; tỉ lệ bạch cầu neutrophil (N): 88,56%; Procalcitonin (PCT): 0,18.

Chẩn đoán: viêm tấy lan tỏa vùng cổ trước và góc hàm 2 bên.



Hình 1. Vùng cổ người bệnh Nguyễn Đình Ng.

Điều trị và diễn biến bệnh: chỉ định điều trị nội khoa tích cực, sử dụng kháng sinh Ciprofloxacin 0,2 x 04 lọ/ngày + Imipenem 0,5 x 02 lọ/ngày và Metronidazol 0,2 x 02 chai/ ngày; Solumedrol 40 mg x 02 lọ/ngày), giảm đau, truyền dịch, đặt sonde dạ dày. Đến ngày thứ 2, tình trạng đau tăng. Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu 19,13 G/L;

N: 83,66%. Chỉ định chụp lại CT-Scan vùng cổ, kết quả hình ảnh áp xe đa ổ: tuyến mang tai trái, tuyến dưới hàm 2 bên, bên trái khí quản, máng cảnh trái. Người bệnh có chỉ định và được phẫu thuật rạch dẫn lưu từng ổ mủ dưới hướng dẫn siêu âm. Đồng thời, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, kết quả âm tính.

Giai đoạn hậu phẫu, người bệnh được tăng cường nuôi dưỡng, tiếp tục dùng kháng sinh, hút dẫn lưu mủ áp lực âm, bơm rửa, thay băng. Đồng thời, theo dõi qua siêu âm thấy lượng dịch trong các vị trí áp-xe giảm dần và hết. Tiến hành rút dẫn lưu, đóng kín vết mổ ngày thứ 13. Sau khi tình trạng nhiễm trùng ổn định, NB được nhỏ răng 3.8, 4.8 mọc lệch, ngầm.

Sau 18 ngày điều trị, người bệnh ổn định và ra viện. Tiếp tục theo dõi người bệnh thêm 1 tháng sau ra viện, không ghi nhận bất thường.



Hình 2. Người bệnh Nguyễn Đình Ng (A: Phẫu thuật rạch áp-xe; B: Dẫn lưu ổ áp-xe; C: sau khỏi bệnh).

3.2. Ca bệnh thứ hai

Người bệnh Trần Văn Y., nam giới, 64 tuổi, xã Quỳnh Lưu, Nghệ An, nhập viện ngày 08/4/2024 vì lí do khó thở, nuốt đau.

Bệnh sử: khoảng 4 ngày trước vào viện, người bệnh xuất hiện đau họng, đau vùng tuyến mang tai trái, lan xuống cổ, nuốt đau, nuốt khó, nói khó, ho khạc đờm nhầy, đã dùng thuốc nhưng không đỡ, đau tăng vùng cổ và góc hàm, nói khó, nuốt đau, khó quay cổ, dần xuất hiện khó thở, sốt nhẹ đến vừa, có cơn rét run, vào viện điều trị.

Triệu chứng lâm sàng: khám lâm sàng thấy thể trạng gầy yếu, suy kiệt, cao 1,55m, nặng 41 kg, sốt 37,5°C; tần số thở 16 lần/phút, có rút lõm nhẹ các khoang gian sườn; vùng họng miệng sưng tấy

đỏ, hẹp gần hoàn toàn eo họng, phù nề lan tỏa xuống thanh môn gây chít hẹp và khó thở; sưng nề vùng tuyến mang tai trái, cổ trước căng, mất nếp lằn cổ, quay cổ khó; ấn vùng tuyến mang tai trái, vùng cổ trước đau chói nhiều vị trí; màn hầu viêm tấy, khoang trước amidan 2 bên phồng, lưỡi gà nề đỏ, thanh quản khó quan sát.

Cận lâm sàng: xét nghiệm công thức máu cho kết quả bạch cầu: 14,86 G/L; N: 86,5%; sinh hóa máu: Albumin: 27 g/l, Protein: 60,89 g/l, Amylase: 77 U/l, PCT: 0,41. Chụp X quang phổi thẳng có hình ảnh đám mờ không thuần nhất vùng thùy trên phổi phải, nốt mờ khá thuần nhất vùng thùy trên phổi trái. Siêu âm thấy vùng cơ giáp móng phải có hình ảnh giảm âm, kích thước 19,5 x 6,8 mm, trong lòng có dịch + khí; tuyến nước bọt mang tai

trái có khối hỗn hợp âm, kích thước 26 x 27 mm, trong lòng có dịch; tuyến nước bọt mang tai phải phù nề giảm âm. Chụp CT-Scan vùng cổ có tiêm thuốc cản quang cho kết quả: tuyến dưới hàm có khối tổn thương, tỉ trọng tổ chức khoảng 39 HU, kích thước 36 x 30 mm, không thấy thâm nhiễm xung quanh, bên cạnh có một số hạch nhỏ còn cấu trúc rõn.

Chẩn đoán: áp-xe tuyến mang tai bên trái, AXCS, viêm tấy tuyến mang tai bên phải/viêm phổi, theo dõi nhiễm khuẩn huyết, suy kiệt.

Điều trị: người bệnh được chỉ định dùng 3 loại kháng sinh: Metronidazol 500 mg/100 ml x 2 chai/ngày; Ciprofloxacin 200/100 ml x 2 chai/ngày, truyền tĩnh mạch và Cefoperazon + Sulbactam 1g/0,5g x 2 lọ/ngày, tiêm tĩnh mạch. Đồng thời, chống viêm bằng Methylprednisolon (Solu-Medrol 40 mg x 2 Lọ/ ngày, tiêm tĩnh mạch), giảm đau (Paracetamol 1g x 1 Lọ/ngày, truyền tĩnh mạch), truyền dịch, thuốc chống dị ứng, bảo vệ niêm mạc dạ dày và nuôi dưỡng qua sonde.

Sau 4 ngày điều trị, đánh giá lại trên siêu âm thấy áp xe tuyến mang tai bên trái, kích thước khoảng 19 x 47 mm + AXCS bên phải, kích thước 47 x 25 mm, phù nề lan tỏa vùng cổ mặt; chụp CT-Scan cản quang vùng cổ ghi nhận các ổ áp-xe lan tỏa cạnh gốc lưỡi, bên phải (kích thước 28 x 30 x 47 mm), bên trái (kích thước 20 x 24 x 29 mm), nhiều ổ

áp-xe nhỏ rải rác trong khối cơ chân bướm trái, khối áp-xe trong cơ cắn trái và bao quanh ngành lên xương hàm dưới trái (kích thước khoảng 33 x 36 x 60 mm), các ổ áp-xe rải rác thành bên họng, kích thước lớn nhất 9 x15 mm, gây chít hẹp eo họng. Các ổ áp-xe khoang miệng, cơ cắn trái gần với các nhánh động mạch cảnh trong và cảnh ngoài, không thấy huyết khối mạch máu. Người bệnh có chỉ định phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu đa ổ áp-xe dưới hướng dẫn siêu âm, lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn (kết quả âm tính), bơm rửa đặt mèche dẫn lưu vết mổ, để hở da. Sau phẫu thuật, người bệnh được đặt sonde dạ dày nuôi dưỡng.

Diễn biến sau phẫu thuật: hậu phẫu ngày thứ 6, người bệnh xuất hiện sốt cao 39,2°C, có cơn rét run, khó thở (25 lần/phút); được xác định viêm phổi chuyển nặng, theo dõi nhiễm khuẩn huyết. Hội chẩn chuyên khoa hô hấp, đề nghị chuyển dùng Meropenem 2 lọ/ngày và amikacin 2 ống/ngày thay thế kháng sinh cũ. Hậu phẫu ngày thứ 8, người bệnh hết sốt, dẫn lưu hết dịch, vết mổ giả mạc đều, tổ chức hạt đỏ. Tiến hành khâu da thì 2, đặt dẫn lưu kín, hút áp lực âm, thay băng hàng ngày.

Sau 16 ngày điều trị, người bệnh ổn định, hết sốt, thở êm (20 lần/phút), rút dẫn lưu, vết mổ khô, liền tốt, ăn uống sinh hoạt bình thường, ra viện. Theo dõi thêm 1 tháng sau ra viện thấy người bệnh ổn định, không viêm, rò tái phát.



Hình 3. Người bệnh Trần Văn Y. (A: rạch ổ áp-xe; B, C: hút dẫn lưu áp lực âm).

3.3. Ca bệnh thứ 3

Người bệnh Ng. Ngọc Thùy Tr. nữ, 13 tuổi, phường Thành Vinh, tỉnh Nghệ An, vào viện ngày 14/5/2026 vì sưng đau vùng cổ trước bên trái.

Triệu chứng lâm sàng: khám thấy môi khô, lưỡi bẩn, vùng cổ trước bên trái có khối sưng nề, căng tức, ấn đau, ranh giới tương đối rõ, kích thước

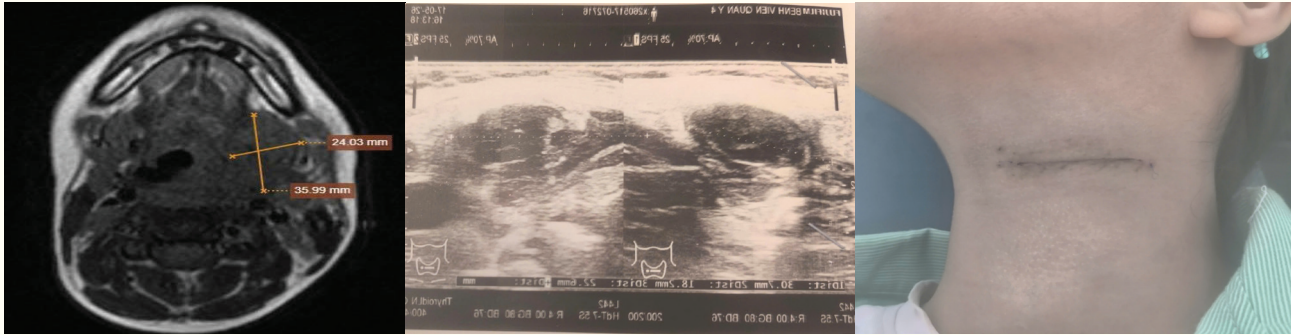
khoảng 2 x 2 cm, khá chắc cứng; nhiều hạch góc hàm trái sưng to, kích thước lớn nhất khoảng 2 x 1 cm; 2 amidan quá phát độ 3, V.A quá phát độ 2.

Cận lâm sàng: siêu âm thấy tổ chức phần mềm cổ trái phù nề có ít dịch rải rác, chỗ dày nhất 2 mm, nhiều hạch cổ trái, kích thước lớn nhất 28 x14 mm. Chụp CT-Scan vùng cổ có tiêm thuốc cản quang

cho kết quả thành họng trái có khối tăng tín hiệu, xung quanh thâm nhiễm tạo đám, kích thước 22 x 18 mm, ngấm thuốc ở viền của khối. Xét nghiệm công thức máu ghi nhận bạch cầu 18,7 G/l; N 80,5%.

Chẩn đoán: viêm tấy lan tỏa vùng cổ trước bên trái, theo dõi AXCS bên trái/viêm Amidan, viêm V.A mạn tính.

Điều trị: người bệnh được chỉ định dùng kháng sinh mạnh, liều cao (Metronidazol 0,5g/100 ml x 02 chai/ngày, truyền tĩnh mạch chậm ngày 2 lần; Ceftizoxim 1g x 03 lọ/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm ngày 3 lần), chống viêm mạnh (Solumedrol 40 mg x 02 lọ, tiêm tĩnh mạch chậm ngày 2 lần), chăm sóc dinh dưỡng tốt.



Hình 4. Người bệnh Ng. Ngọc Thùy Tr. 13 tuổi (A: hình ảnh CT-Scan; B: hình ảnh siêu âm; C: vết mổ).

Diễn biến bệnh: ngày thứ 2 sau vào viện, người bệnh đỡ đau vùng cổ, ăn uống được, khối viêm vùng cổ khu trú dần, chắc cứng. xét nghiệm công thức máu bạch cầu 22,28 G/l; N 88,42%. Ngày thứ 4 sau vào viện, siêu âm thấy kích thước khối hỗn hợp âm nằm sát tuyến nước bọt dưới hàm trái, kích thước 31 x 18 x 23 mm, bên trong có dịch không đồng nhất, tổ chức xung quanh phù nề; xét nghiệm công thức máu: bạch cầu 11,25 G/l; N 87,3%. Chẩn đoán: AXCS bên trái/viêm Amidan, viêm V.A mạn tính. Tiến hành phẫu thuật mở cạnh cổ, dẫn lưu ra khoảng 15 ml mủ, lấy bệnh phẩm nuôi cấy khuẩn (kết quả âm tính). Sau phẫu thuật đặt dẫn lưu hút áp lực âm, bơm rửa kháng sinh Ceftizoxim hằng ngày. Sau phẫu thuật 4 ngày, rút dẫn lưu sau mổ.

Sau 12 ngày điều trị, người bệnh ổn định và ra viện. 1 tháng sau ra viện NB được phẫu thuật cắt amidan 2 bên.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về nguyên nhân gây bệnh

Báo cáo 3 trường hợp lâm sàng AXCS tại BVQY4/QK4 cho thấy sự đa dạng về nguồn gốc nhiễm trùng. Ca lâm sàng thứ nhất có nguyên nhân từ nhiễm trùng răng miệng; ca thứ hai khởi phát sau một viêm họng cấp và ca thứ 3 xuất phát từ viêm

amidan ở trẻ nữ 13 tuổi. Chúng tôi nhận thấy ca bệnh thứ 2 cao tuổi, gầy yếu, suy kiệt, viêm phổi dẫn đến nguy cơ lan rộng ổ mủ nhanh hơn. Theo nghiên cứu của Huang [6] trên 185 trường hợp AXCS, nguyên nhân hàng đầu là nhiễm trùng do răng (53,2%), tiếp theo là viêm Amidan và các nhiễm trùng vùng họng. Nghiên cứu của Almuqamam [2] về tổng quan AXCS chỉ ra rằng đối với trẻ em, nguồn Amidan và hầu họng là nguyên nhân phổ biến nhất.

4.2. Đặc điểm lâm sàng - những dấu hiệu chỉ điểm AXCS

Triệu chứng lâm sàng của 3 ca bệnh trong báo cáo bao gồm sốt cao 39,0°C (ca bệnh 1), sốt nhẹ (37,5°C) ở thể trạng đề kháng yếu, suy kiệt (ca bệnh 2), hay thậm chí không sốt (ca bệnh 3). Chúng tôi chú ý về vị trí khoang bị áp xe đã tạo ra các triệu chứng đặc hiệu, như:

- Khít hàm: xuất hiện rõ rệt ở ca bệnh thứ nhất do ổ áp-xe nằm ở khoang dưới hàm và khoang cạnh hầu, gây kích thích cơ chân bướm trong.

- Khó nuốt và khó nói: xuất hiện ở ca bệnh thứ hai do khối áp-xe chèn ép vào thành bên họng.

- Cả 3 ca bệnh đều có nuốt đau, khó ăn uống, tự nuôi dưỡng cơ thể kém, sưng đau và khó quay cổ, có thể làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh nhiễm trùng.

Chúng tôi nhận thấy triệu chứng của AXCS đôi khi có thể bị che lấp nếu người bệnh đã sử dụng kháng sinh trước đó, như ca bệnh thứ 3 trong nghiên cứu này nhập viện không sốt, ca bệnh thứ 2 sốt nhẹ 37,5°C. Do đó, việc thăm khám tỉ mỉ vùng hạ họng, đáy lưỡi và sờ nắn tìm điểm đau và đánh giá sự cân đối của vùng cổ là vô cùng quan trọng. Sự phối hợp đa chuyên khoa trong việc thăm khám giúp xác định nguồn gốc nhiễm trùng để có hướng xử lý triệt để (nhổ răng, cắt Amidan...).

4.3. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh

Trong kỷ nguyên y học hiện đại, thấy rằng lâm sàng vẫn là định hướng, nhưng chẩn đoán hình ảnh là công cụ không thể thiếu. Cả 3 ca lâm sàng trong báo cáo đều được chụp CT-Scan và siêu âm nhằm:

- Xác định vị trí tổn thương, trong báo cáo này, CT-Scan, siêu âm giúp xác định ổ mủ nằm ở khoang cạnh hầu lan xuống khoang sau hầu, ranh giới rõ ràng với bó mạch cảnh ở ca bệnh thứ 1 và thứ 2; phân biệt rõ ranh giới với tuyến dưới hàm ở ca bệnh thứ 3.

- Phân biệt viêm tấy và áp-xe: đây là điểm mấu chốt để quyết định thời điểm phẫu thuật. Ở ca bệnh thứ 1 và thứ 3, mới đầu còn viêm tấy lan tỏa, sau ổ mủ mới khu trú lại. Lúc đó, người bệnh mới có chỉ định phẫu thuật dưới hướng dẫn siêu âm. Hình ảnh giai đoạn đầu khi ổ mủ còn chưa rõ, có thể thấy cả khi ở vùng khảo sát trên CT scan (ca bệnh 1). Theo Almuqamam [2] CT-Scan là phương thức hình ảnh tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nguồn gốc và mức độ nhiễm trùng cổ sâu.

- Phát hiện biến chứng: trong cả 3 ca bệnh, nhờ CT-Scan, chúng tôi đã loại trừ được tình trạng viêm trung thất sớm khi thấy mủ chưa xuống trung thất.

4.4. Chiến lược điều trị: phối hợp nội - ngoại khoa

Việc điều trị AXCS tuân thủ nguyên tắc: kháng sinh phổ rộng liều cao, dẫn lưu phẫu thuật kịp thời và chăm sóc hỗ trợ tích cực [1, 2].

- + Về nội khoa: Cả 3 ca bệnh có kết quả cấy khuẩn âm tính, điều này có thể do NB đã sử dụng kháng sinh trước đó. Theo Riyami, chỉ có 17% trường hợp nghiên cứu nuôi cấy cho kết quả dương tính (chủ yếu là vi khuẩn *Staphylococcus aureus*) [7]. Ngay từ khi NB nhập viện đầu, chúng tôi đã chủ động dùng kháng sinh tĩnh mạch liều

cao theo kinh nghiệm lâm sàng. Trong đó, ưu tiên phối hợp Cephalosporin thế hệ 3, thế hệ 4 và Quinolon, kết hợp với 1 kháng sinh tác dụng với vi khuẩn kỵ khí. Sự phối hợp này nhằm bao phủ cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí thường gặp trong khoang họng, miệng. Điều này phù hợp với khuyến cáo của Brook [8] về vi sinh học trong AXCS, nơi mà các chủng *Streptococcus* và vi khuẩn kỵ khí như *Bacteroides* đóng vai trò chủ đạo. Chúng tôi cũng chủ động thay thế kháng sinh khi diễn tiến đáp ứng chậm hoặc có biến chứng (ca bệnh 2 chuyển dùng Carbapenem + Amikacine sau khi biểu hiện biến chứng viêm phổi tiến triển).

- + Về ngoại khoa: sau khi ổ mủ đã được bao vây, khu trú, NB đã được dùng kháng sinh đầy đủ. Chúng tôi tiến hành rạch dẫn lưu ổ mủ theo đường ngoài (đường dưới hàm hoặc dọc cơ ức đòn chũm) thay vì đường trong họng để đảm bảo an toàn và dẫn lưu triệt để. Theo Cramer, thời điểm phẫu thuật được chia ra: dẫn lưu khẩn cấp trong 24 giờ đầu, dẫn lưu trong vòng 24-48 giờ và dẫn lưu chậm trong vòng 7 ngày [9]. Ở cả 3 ca bệnh, chúng tôi tiến hành phẫu thuật từ khi nhập viện từ 2-4 ngày. Đây là thời điểm phù hợp diễn biến từng ca bệnh, khi kháng sinh đã bao phủ, ổ mủ đã khu trú, không dễ chậm trễ gây biến chứng nguy hiểm.

Kĩ thuật: giải phẫu vùng cổ có nhiều mạch máu, thần kinh quan trọng, dễ bị tổn thương khi can thiệp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành bóc tách qua các lớp mạc cổ, đi vào đúng khoang chứa mủ để tránh làm tổn thương bó mạch cảnh và các dây thần kinh, quá trình phẫu thuật dưới hướng dẫn của siêu âm để chỉ dẫn ổ áp xe.

Hậu phẫu: việc đặt dẫn lưu và bơm rửa hàng ngày bằng dung dịch sát khuẩn/thuốc kháng sinh là bước tối quan trọng. Ở 3 ca bệnh này, chúng tôi duy trì dẫn lưu cho đến khi dịch rửa trong và không còn mủ. Chúng tôi nhận thấy việc hút áp lực âm ở cả 3 ca bệnh đã rút ngắn thời gian lành thương để khâu da kì 2, trong khi vẫn kiểm soát được dịch ra và tiến hành bơm rửa khi cần thiết.

4.5. Phân tích nguy cơ biến chứng

Nhiễm trùng cổ sâu có thể lan đến động tĩnh mạch cảnh và gây viêm tắc tĩnh mạch nhiễm trùng (hội chứng Lemierre) [2], nhưng biến chứng đáng sợ nhất là viêm trung thất hoại tử

[2], [5]. Mủ từ khoang sau hầu có thể chảy xuống trung thất trong vòng 24-48 giờ do tác động của trọng lực và áp lực âm trong lồng ngực, tỉ lệ tử vong dao động từ 1,6-7,6%, với tỉ lệ cao hơn trong các trường hợp biến chứng viêm trung thất (lên đến 40%) [5]. Cả 3 ca bệnh đều được điều trị nội khoa với kháng sinh mạnh, liều cao, phối hợp phẫu thuật kịp thời nên không xảy ra biến chứng này. Khoang cổ có nhiều cân, cơ, mạc cổ, mạch máu thần kinh lớn và quan trọng, việc rạch tháo mủ triệt để mà không xảy ra tổn thương các cơ quan lân cận cũng là một thành công trong công tác điều trị. Ở ca bệnh thứ 2, quá trình điều trị người bệnh có viêm phổi, theo dõi nhiễm khuẩn huyết, đã được phát hiện và điều chỉnh phác đồ kịp thời, kết quả điều trị tốt. Viêm phổi cũng là một biến chứng nặng có thể đe dọa suy hô hấp và tử vong nếu không được ngăn chặn [5].

4.6. Bài học kinh nghiệm

Cần hết sức quan tâm để nhận diện sớm các dấu hiệu của AXCS, tránh chủ quan trước các nhiễm trùng răng miệng, họng, Amidan thông thường nhằm phát hiện, phối hợp điều trị kịp thời AXCS, tránh các biến chứng đáng tiếc.

5. KẾT LUẬN

Qua chùm ca bệnh 3 trường hợp áp-xe cổ sâu, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Về lâm sàng: áp-xe cổ sâu là bệnh lí nhiễm trùng cấp tính nguy hiểm với biểu hiện triệu chứng điển hình sốt cao, sưng đau cổ, khít hàm, hạn chế vận động cổ. Mức độ nặng của bệnh phụ thuộc vào vị trí khoang bị ảnh hưởng và sức đề kháng của người bệnh. Về cận lâm sàng: CT-Scan kết hợp với siêu âm đóng vai trò là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán, cho phép xác định chính xác vị trí, kích thước ổ mủ, mối tương quan với bó mạch cảnh và phát hiện sớm các dấu hiệu lan xuống trung thất, giúp phẫu thuật viên lập kế hoạch can thiệp tối ưu.

- Về kết quả điều trị: phác đồ điều trị nội khoa (phối hợp kháng sinh phổ rộng, liều cao) kết hợp với can thiệp ngoại khoa dẫn lưu mủ rộng rãi mang lại kết quả tốt. Việc rạch dẫn lưu mủ sớm (khi có bằng chứng trên CT-Scan, siêu âm, người bệnh đã dùng kháng sinh bảo vệ) giúp giải áp tức thì, ngăn

chặn sự lan rộng của ổ nhiễm trùng và rút ngắn đáng kể thời gian điều trị nội trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, *Nhiễm trùng khoang cổ sâu, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về tai mũi họng*, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 254-257, 2015.
2. Almuqamam M., Gonzalez F.J., Sharma S., Kondamudi N.P., “Deep Neck Infections”, *StatPearls Publishing*, St. Petersburg, FL, USA: 2024. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK5132>, May, 2026.
3. Shah A., Cunha B. Anatomy, “Head and Neck: Anterior Cervical Region”, *StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls, Publishing*, Available from: [ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557475](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557475), January, 2026.
4. Daramola O.O., Flanagan C.E., Maisel R.H., Odland R.M., “Diagnosis and treatment of deep neck space abscesses”, *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 141 (1): pp. 123-30, 2009.
5. Maniaci A., Chiari F., Guarino P., La Via L., Lentini M., Lavalle S., et al., “Global Burden of Deep Neck Space Abscesses: Epidemiology, Challenges, and Outcomes”, *Journal of personalized medicine*, 16 (3), [doi.org/ 10.3390/jpm16030146](https://doi.org/10.3390/jpm16030146); pp 1-35, 2026
6. Huang T-T, Liu T-C, Chen P-R, Tseng F-Y, Yeh T-H, Chen Y-S., “Deep neck infection: Analysis of 185 cases”, *Head & Neck*, 26 (10): pp. 854-60, 2004.
7. Riyami S., “Presentation and characteristics of deep neck space abscesses: a retrospective study of 128 cases in a single institution”, *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*: pp. 513-518, 2025.
8. Brook I., “Microbiology and management of deep facial infections and Lemierre syndrome”, *ORL, Journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*, 65 (2): pp. 117-20, 2003.
9. Cramer J.D., Purkey M.R., Smith S.S., Schroeder J.W., Jr., “The impact of delayed surgical drainage of deep neck abscesses in adult and pediatric populations”, *Laryngoscope*, 126 (8):1753-60, 2016. □