

VIÊM TẤY – ÁP-XE VÙNG CỔ

1. ĐỊNH NGHĨA

- Viêm tấy – áp-xe vùng cổ là tình trạng nhiễm trùng khoang giữa các lớp cân mạc vùng cổ. Tình trạng này nếu không được giải quyết kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng nặng như: áp-xe trung thất, chèn ép đường thở, nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng và tử vong.
- Gồm nhiễm trùng cổ nông và nhiễm trùng cổ sâu.

2. NGUYÊN NHÂN

- Áp-xe khoang dưới hàm: thường do răng, viêm tuyến nước bọt, viêm hạch dưới hàm, gãy xương hàm dưới, rách sàn miệng...
- Áp-xe khoang cạnh họng: thường do viêm amidan, viêm mũi họng, răng, viêm tuyến mang tai, hạch cổ, do dị vật...
- Áp-xe khoang trước tọng: thường do dị vật, chấn thương, nhiễm trùng tuyến giáp, bất thường khe mang...
- Áp-xe khoang sau hầu: thường do áp-xe hạch bạch huyết, chấn thương, dị vật, lan từ các khoang cổ sâu kế cận...
- Áp-xe khoang nguy hiểm: thường do lan từ các khoang sau hầu, khoang cạnh hầu, khoang trước cột sống, dị vật...
- Áp-xe khoang trước cột sống: áp-xe Pott, chấn thương, cột tủy viêm xương, lan từ khoang sau hầu, khoang nguy hiểm...
- Áp-xe khoang tọng mạch: do lạm dụng thuốc đường tĩnh mạch, lan từ các khoang cổ sâu khác...
- Viêm họng –viêm amidan và nhiễm trùng răng miệng là nguyên nhân thường gặp nhất trong nhiễm trùng khoang cổ sâu. Tuy nhiên, nhiều trường hợp nhiễm trùng khoang cổ sâu (khoảng 20 – 50%) không tìm thấy nguyên nhân.
- Vi sinh học: nhiễm trùng khoang cổ sâu thường nhiễm phối hợp giữa vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí. Có thể kết hợp giữa vi

khuẩn gram dương (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp ...*) và vi khuẩn gram âm (*Haemophilus influenzae*, *Klebsiella*, *E.coli...*).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng: diễn tiến cấp tính.

3.1.1. Toàn thân: dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc

- Sốt cao hoặc vừa, ớn lạnh.
- Môi khô, lưỡi dơ, ăn uống kém, mệt mỏi...

3.1.2. Cơ năng

- Nuốt đau nhiều, khó nuốt, khó thở.
- Đau tức ngực, khó thở nếu có biến chứng viêm trung thất.

3.1.3. Thực thể

- Sung nóng đỏ đau vùng cổ.
- Ấn đau vùng cổ. Có dấu phập phều nếu có áp-xe.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: bạch cầu, neutrophils thường tăng cao, CRP tăng do có tình trạng nhiễm trùng.
- Nội soi họng: sung nề, phỏng thành bên hoặc thành sau họng khi nhiễm trùng khoang trước tọng hay khoang sau hầu, đôi khi có vỡ mũ vào họng. Nội soi họng còn giúp đánh giá tình trạng thanh môn, hạ thanh môn có bị chèn ép không.
- Siêu âm vùng cổ: đánh giá có ổ áp-xe chưa, có thể hướng dẫn chọc dò ổ áp-xe.
- Xquang cổ nghiêng: có thể phát hiện dị vật cản quang vùng thực quản cổ, dày khoảng Henke dày, mất độ cong sinh lý cột sống cổ, mực nước hơi ở thực quản.
- Xquang ngực thẳng: đánh giá tình trạng trung thất, tràn khí dưới da, tràn khí, tràn dịch màng phổi, viêm phổi ...
- Ctscan có cản quang: rất có giá trị chẩn đoán, giúp đánh giá mức độ áp-xe, xác định vị trí, tìm nguyên nhân.

- MRI: đánh giá tốt các tổn thương mô mềm, xác định vị trí ổ áp-xe nhưng giá thành cao.
- Cây mủ + kháng sinh đồ (khi phẫu thuật).

3.3. Tiếp cận chẩn đoán: chẩn đoán viêm tấy – áp-xe vùng cổ thường dựa vào lâm sàng có diễn tiến viêm cấp tính (sốt, sưng nóng đỏ đau vùng cổ...) + CT scan có cản quang .

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch bạch huyết vùng cổ.
- Nang khe mang nhiễm trùng.
- Viêm tuyến giáp.
- Viêm hoặc u tuyến nước bọt.
- U khoang cạnh hầu.

4. BIẾN CHỨNG

- Chèn ép đường thở.
- Viêm trung thất, áp-xe trung thất.
- Vỡ ổ áp-xe gây viêm phổi, áp-xe phổi, tràn mủ màng phổi.
- Thuyên tắc tĩnh mạch cảnh trong.
- Vỡ động mạch cảnh -> tử vong.
- Nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng -> tử vong.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nội khoa

5.1.1. Điều trị tại chỗ: thay băng, pencrose dẫn lưu, rửa vết thương với Oxy già, sau đó rửa lại bằng nước rồi Betadine pha loãng mỗi ngày đến khi vết mổ khô.

5.1.2. Điều trị toàn thân

❖ Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II, III, IV), Aminoglycosides, Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi

trùng kỵ khí. Trường hợp nặng phải dùng nhóm Carbapenem (ví dụ: Imipenem, Ertapenem, Meropenem,...).

- Nhóm Betalactam

Amoxicillin + Acid Clavulanic

+ Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).

- Nhóm Cephalosporine

Cefuroxime 0,75g

+ Trẻ em: 30 - 100mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Cefotaxime 1g

+ Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g

+ Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Cefepime:

+ Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM) .

+ Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).

- Nhóm Carbapenem (cũng thuộc nhóm beta lactam phổ rộng)

Imipenem 0,5g: 20mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TTM).

Meropenem 1g: 20mg/kg x 2 - 3 lần/ngày (TTM),...

- Kháng sinh nhóm Quinolone

Ciprofloxacin 0,5g x 2 (uống) hoặc 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).

Levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày (uống).

Moxifloxacin 0,4g x 1 lần/ngày (uống).

Ofloxacin 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).

- Nhóm Glycopeptid

Vancomycin:

+ Người lớn: 500mg x 4 lần/ngày (TTM).

+ Trẻ em: 11mg/kg/lần x 4 lần/ngày (TTM).

Teicoplanin

- + Người lớn: 6mg/kg (TB, TTM) trong ngày đầu, giảm nửa liều các ngày tiếp theo.
- + Trẻ em: 10mg/kg/ngày trong 3 ngày, sau đó 6mg/kg/ngày.
- Nhóm Macrolid
 - Clarithromycin:
 - + Người lớn 250 - 500 mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
 - + Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.
 - Spiramycin:
 - + Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
 - + Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.
 - Azithromycin
 - + Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
 - + Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).
- Nhóm Lincomycin:
 - Clindamycine (Dalacin C):
 - + Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
 - + Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).
- Nhóm Metronidazole:
 - + Người lớn: 0,5g x 2 - 3 lần/ngày (Uống, TTM).
 - + Trẻ em: 20-30mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần (Uống, TTM).
- ❖ Kháng viêm:
 - Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
 - Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
 - Hoặc kháng viêm dạng men:

Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.

Aescin 20mg liều 2 viên x 2 - 3 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt.

Người lớn: tùy mức độ đau

- Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai* 2 - 3 lần/ngày.

- Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v* 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.

Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:

+ Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày.

Hoặc 50mg 1v* 2 - 3 lần/ngày.

+ Ibuprofen 200mg: 1v* 2 - 3 lần/ngày.

(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).

5.2. Ngoại khoa: khi có ổ áp-xe thì phải phẫu thuật dẫn lưu ổ áp-xe. Tùy theo vị trí ổ áp-xe mà phẫu thuật dẫn lưu ổ áp-xe đường trong miệng hay mở cạnh cổ (dọc bờ trước cơ ức đòn chũm) hay mở theo đường ngang cổ dẫn lưu.

5.2.1. Sơ lược kỹ thuật phẫu thuật mở cạnh cổ dẫn lưu

- Gây mê nội khí quản, chích tê tại chỗ.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đặt một gối ở dưới vai và nghiêng đầu sang bên đối diện.
- Rạch da dài 10 cm dọc theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm bắt đầu từ bờ trên sụn giáp đến trên khớp ức đòn 1 cm, tìm cân cổ nông và rạch cân cổ nông ở bờ trước cơ ức đòn chũm. Giải phóng bờ trước cơ này và kéo ra phía ngoài.
- Cắt lớp cân cổ giữa, bóc tách các cơ dưới móng: cơ ức - móng, cơ ức - giáp, cơ vai - móng. Tách cơ vai móng và dùng dao cắt cơ này, cân cổ giữa lộ ra trên toàn vết mổ.
- Chọc dò tìm ổ áp-xe, bóc tách mở rộng vỏ bọc của ổ áp-xe, phá bỏ hết các vách của ổ áp-xe. Mủ trào ra -> cấy mủ + kháng sinh đồ.

- Đến cân cổ sâu, bó mạch, thần kinh cảnh, kéo bó mạch ra ngoài. Bóc tách để sờ thấy đốt sống cổ, khí quản và thực quản, tìm ổ áp-xe ở khoang sau hầu, khoang trước sống.
- Bơm rửa bằng Oxy già trước, sau đó rửa lại bằng nước và Betadine pha loãng.
- Đặt ống hoặc pencrose dẫn lưu.
- Khâu da thừa hoặc để hở da.
- Có thể đặt sonde dạ dày nếu ổ áp-xe vỡ vào họng hay có thủng thực quản.

5.2.2. Quy trình điều trị - chăm sóc: Sau mổ phải thay băng, rửa vết mổ, đặt pencrose dẫn lưu mỗi ngày đến khi vết mổ khô sạch, không còn tiết dịch, có thể khâu da thì 2. Đặt hút rửa liên tục nếu nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng sâu, có nhiều mủ và tổ chức hoại tử.

6. PHÒNG NGỪA

- Vệ sinh răng miệng, tai, mũi, họng hàng ngày.
- Điều trị tốt các bệnh lý viêm nhiễm vùng tai mũi họng.
- Chế độ ăn hợp lý, tập thể dục, tăng cường sức đề kháng cho cơ thể.
- Điều trị tốt các bệnh lý nội khoa, đặc biệt là đái tháo đường.
- Chăm sóc răng miệng thường xuyên, nếu có viêm nướu, sâu răng phải điều trị sớm.
- Khi bị hóc dị vật vùng tai mũi họng (hóc xương, hóc răng giả...) phải đến cơ sở tai mũi họng sớm để được điều trị kịp thời.
- Nếu có các dị tật bẩm sinh như nang, dò vùng đầu cổ nên được phẫu thuật để tránh biến chứng áp-xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anil K Lalwani (2012), "*Current Diagnosis & treatment in Otolaryngology – head and neck Surgery*", the McGraw-Hill Medical, USA, p.415-433.

2. Charle W Cummings (2005). "*Otolaryngology Head & Neck Surgery*", Mosby, Inc. Chapter 5.
3. Ralph F Wetmore et al (2000), "*Pediatric Otolaryngology: Principles and practice pathways*", Thieme Medical Publishers, Inc, p.969-990
4. Nhan Trùng Sơn (2008), "*Tai Mũi Họng quyển 2*", nhà xuất bản Y học TP. HCM, p.417-424.
5. <https://emedicine.medscape.com/article/837048-treatment>