

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HẸP TÁ TRÀNG DO VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Đặng Thị Thu Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Sơn Trà<sup>1</sup>, Bùi Đức Thắng<sup>1</sup>*

## TÓM TẮT

*Viêm loét dạ dày tá tràng là bệnh lý thường gặp ở người lớn. Tại Việt Nam hiện tại chưa có nghiên cứu cụ thể về tỉ lệ mắc cũng như các biến chứng ở trẻ em. Do bệnh diễn tiến trong thời gian dài, phần lớn triệu chứng không rõ ràng và tâm lý chủ quan cho rằng bệnh ít gặp ở trẻ em nên việc phát hiện và điều trị chưa được chú trọng, dẫn đến việc bệnh nhân đến khám trễ vì những biến chứng muộn như xuất huyết tiêu hóa, hẹp môn vị.*

*Bệnh nhân nam 13 tuổi, nhập viện vì co giật, ói, qua khám lâm sàng và làm xét nghiệm ghi nhận tình trạng hạ Kali máu mạn tính mức độ nặng, thiếu dưỡng đi kèm dạ dày giãn to trên siêu âm, nội soi dạ dày phát hiện hành tá tràng có 2 ổ loét gây co kéo biến dạng gây chít hẹp, thức ăn ứ đọng không xuống được, được chẩn đoán: “Viêm loét hành tá tràng do nhiễm Hp biến chứng sẹo hẹp tắc đường tiêu hóa trên”, sau khi hội chẩn các chuyên khoa quyết định điều trị nội khoa: thuốc ức chế bơm proton (PPI) tĩnh mạch, nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn, bù Kali. Bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, ra viện sau 14 ngày, tiếp tục điều trị theo phác đồ viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em, tái khám theo hẹn.*

*Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, hẹp tá tràng.*

## CASE REPORT OF DUODENAL STENOSIS RESULTS FROM PEPTIC ULCER AT PEDIATRIC DEPARTMENT AT MILITARY HOSPITAL 175

### ABSTRACT

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Đặng Thị Thu Trang (thutrangqy175@gmail.com)

Ngày nhận bài: 30/3/2022, ngày phản biện: 13/4/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2022

*Peptic ulcer disease (PUD) is a common disease in adults. In Vietnam, there are no specific data on the incidence and complications rate in children. The ulcer progresses for a long time, almost has unclear symptoms leading to misdiagnosis and delayed treatment result in complications such as: gastrointestinal bleeding, gastric outlet obstruction, etc.*

*A thirteen year-old boy hospitalized due to seizure and vomiting. Clinical assesment and laboratory tests showed chonic severe hypokalemia on the malnourished patient. An ultrasound showed gastric enlargement, upper GI endoscopy showed two ulcerative lesions and duodenal bulb deformation that blocks food entering the intestine. The patient diagnosed with Peptic ulcer disease caused by Helicobacter pylori (H. pylori), complicated with Gastric outlet obstruction. After consulting specialists the treatment implemented with Proton pump inhibitors (PPIs), total parenteral nutrition, intravenous potassium replacement. The patient had a good response to the therapy and was discharged from the hospital in 14 days; continued H. pylori treatment and followed-up after inpatient stay.*

*Key word: Peptic ulcer disease, duodenal stenosis*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng (PUD) ở trẻ em trên thế giới được ghi nhận với tần suất là 8,1% ở Châu Âu và 17,4% tại Mỹ, tỷ lệ ở trẻ là hiếm gặp hơn so với người lớn. PUD chủ yếu gặp ở trẻ lớn nhiễm Helicobacter pylori (H. pylori) hoặc trẻ đang điều trị các thuốc chống viêm không steroid (NSAID). Dấu hiệu báo động nghi do biến chứng viêm loét dạ dày tá tràng bao gồm đau bụng cấp, tiêu phân đen hoặc lẫn máu, chất nôn máu hoặc lơ lửng nâu. [6]

Khi phát hiện được nguyên nhân PUD thì tiên lượng của trẻ là tốt; loét dạ dày và tá tràng có tỷ lệ biến chứng là 1-2% trên mỗi trường hợp mỗi năm. Trong đó

biến chứng xuất huyết tiêu hóa thường gặp, ít gặp hơn là chít hẹp vùng môn vị hay hành tá tràng, thiếu máu thiếu sắt. Ca lâm sàng được báo cáo là trường hợp hẹp tá tràng do loét hành tá tràng.

## 2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 13 tuổi, được đưa vào cấp cứu tại bệnh viện Quân Y 175 vì có cơn co giật tại nhà, kèm sốt nhẹ. Xét nghiệm ghi nhận hạ Kali máu 2.49 mmol/L, được bù kali qua đường truyền, sau đó chuyển vào khoa Nhi Bệnh viện quân y 175.

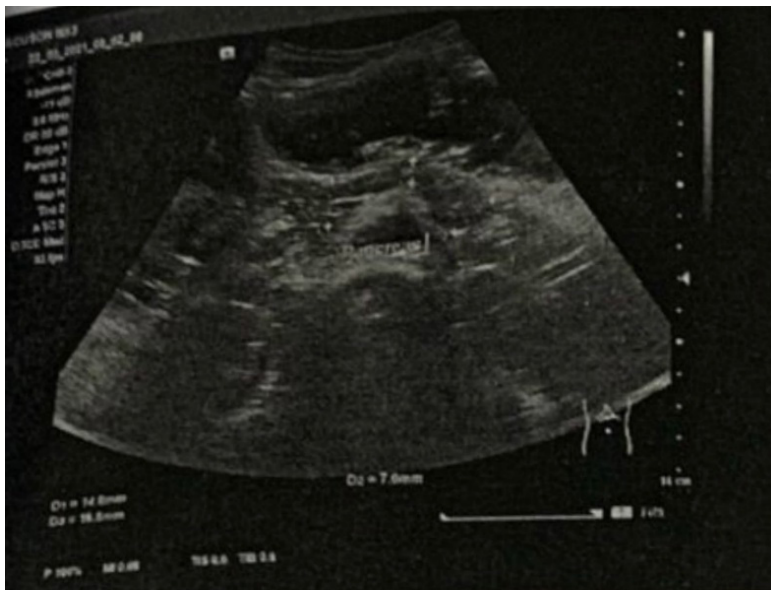
Qua khai thác bệnh trong vòng 2 năm nay, ăn uống kém, thỉnh thoảng đau thượng vị, thường bị ói theo chu kì 2-3 ngày ói một lần, lượng nhiều, sệt

cân, khám ở trạm y tế xã mỗi đợt bị đau bụng, không rõ chẩn đoán, điều trị không liên tục. Khám lâm sàng ghi nhận Mạch 90 lần/ phút, huyết áp 100/60 mmHg, suy mòn BMI=13.8, bụng lõm lõng thuyên, ấn đau nhẹ thượng vị.

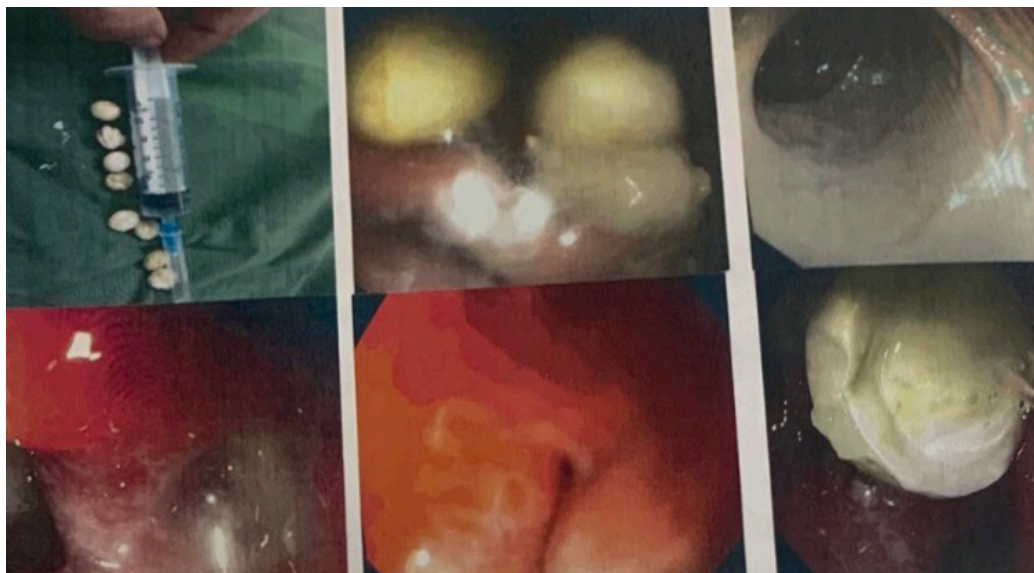
Cận lâm sàng: Siêu âm bụng dạ dày căng to, chứa nhiều dịch, CT scan thấy hình ảnh tắc ruột đoạn chuyển tiếp tá tràng D2 kèm nhiều dị vật cản quang vùng hành tá tràng. Bệnh nhân sau đó được cho nội soi dạ dày ghi nhận hành tá tràng loét 2 ổ mặt trước và sau gây co kéo biến dạng.

Chẩn đoán: Tắc tá tràng do viêm loét hành tá tràng Hp(+)

Qua hội chẩn các khoa A3, B3 thống nhất điều trị nội khoa, thuốc ức chế bơm proton (PPI) tĩnh mạch, ăn nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn. Sau 1 tuần điều trị bệnh nhân được nội soi dạ dày tá tràng ghi nhận tình trạng phù nề, chít hẹp giảm rõ, bệnh nhân được cho ăn thử không còn ói, tổng trạng khá lên, xét nghiệm điện giải về giá trị bình thường. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị PPI tĩnh mạch đủ 14 ngày sau đó xuất viện, điều trị ngoại trú theo phác đồ viêm loét dạ dày tá tràng Hp(+)



Hình 2.1: Siêu âm bụng ghi nhận: Dạ dày căng to xuống ngang rốn bên mạn sườn phải, chứa đầy dịch.



Hình 2.2: Nội soi ghi nhận: Loét 2 ổ hành tá tràng, biến dạng và hẹp đường xuống tá tràng. Hình ảnh nhiều viên thuốc nút chặt không qua được chỗ hẹp, dùng dụng cụ kéo hết thuốc ra ngoài.

### 3. BÀN LUẬN

Tắc nghẽn đầu ra của dạ dày (Gastric outlet obstruction- GOO) là tắc nghẽn tại vị trí hang vị, môn vị hoặc hành tá tràng. GOO bao gồm bệnh cảnh bán tắc hoặc tắc nghẽn hoàn toàn phần xa của của dạ dày, làm gián đoạn việc làm trống dạ dày và ngăn cản thức ăn đến hành tá tràng. Tỷ lệ GOO ở trẻ em là 2-5 trên 1000 trẻ. Khác với người lớn, GOO ở trẻ em đa số lành tính. [2]

Loét dạ dày tá tràng và ngộ độc chất ăn mòn là nguyên nhân hàng đầu của GOO ở người lớn; hẹp phì đại môn vị (IHPS) và loét dạ dày tá tràng là hai nguyên nhân thường gặp nhất gây tắc nghẽn đầu ra của dạ dày ở trẻ em.

Tắc nghẽn đầu ra của dạ dày chủ

yếu được phân loại ra 2 nhóm: bẩm sinh và mắc phải. [4]

Hẹp phì đại môn vị bẩm sinh có tỷ lệ 1.5-3 ca trên 1000 trẻ sơ sinh. Triệu chứng hẹp phì đại môn vị thường xảy ra trong khoảng 2-8 tuần tuổi. Nôn vọt (không có mật) xảy ra ngay sau khi ăn. Với sự tiến triển của bệnh, trẻ không tăng cân và có biểu hiện mất nước. [5]

Loét dạ dày tá tràng mạn tính ở trẻ lớn dẫn đến tái cấu trúc, sẹo hóa mô và biến chứng GOO. Theo một vài báo cáo, GOO ở bệnh nhi viêm loét dạ dày tá tràng là hiếm gặp với tỷ lệ <5%. Ghi nhận tỷ lệ nam:nữ là 3:1- 4:1. Ca bệnh nhi này cũng là trẻ nam. [2]

Mặc dù hẹp phì đại môn vị là nguyên nhân gây tắc nghẽn đầu ra của dạ

dày hay gặp nhất ở trẻ em, những bệnh lý mắc phải như viêm loét dạ dày tá tràng, loét chất ăn mòn, khối u chèn ép, viêm dạ dày ruột do bạch cầu ái toan nên được tầm soát để loại trừ các bệnh lý trên. Việc này sẽ làm giảm tỷ lệ sai sót trong chẩn đoán bệnh.

Chẩn đoán phân biệt GOO do hẹp phì đại môn vị bẩm sinh hay là do viêm loét dạ dày tá tràng vẫn còn là thách thức đối với người thực hành lâm sàng ở những nước đang phát triển với nguồn nhân lực hạn chế; hệ quả là bệnh nhân vào viện đã kèm biến chứng nguy hiểm như ca lâm sàng trên. Bệnh nhân nhiều khả năng bị PUD khi bản thân và gia đình có tiền căn bệnh viêm loét dạ dày tá tràng kèm nhiễm H. Pylori.

Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng:

- Triệu chứng thường gặp là buồn nôn, ói dịch không mật, đau bụng vùng thượng vị, cảm giác no sớm, đầy hơi, chướng bụng, sụt cân và rối loạn điện giải.

- Bệnh nhân ói tái diễn kèm rối loạn điện giải hạ Kali máu hoặc kiềm chuyển hóa hạ Clo máu. Thiếu máu, tăng chỉ số phản ứng viêm (CRP, máu lắng), bất thường sinh hóa chức năng gan, tuyến tụy hoặc chức năng thận có thể phản ánh biến chứng đã ảnh hưởng các cơ quan.

- X quang bụng thẳng có hình ảnh dạ dày căng lớn, ruột non có ít hơi

- Siêu âm ghi nhận hình ảnh dày thành dạ dày.

- Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và xác định bằng chụp X quang dạ dày tá tràng với barium hoặc nội soi đường tiêu hóa trên. Chất cản quang không xuống được ruột non nghĩ nhiều tắc nghẽn hoàn toàn đầu ra của dạ dày. Barium giúp khu trú đoạn tắc nghẽn và độ dài tắc nghẽn. Nên làm trống dạ dày trước khi chụp X quang barium để giảm nguy cơ hít sặc.

- CT scan khai thác thêm chi tiết giải phẫu, đặc biệt là độ dày của dạ dày, môn vị và tá tràng, bất thường tuyến tụy và hạch bạch huyết lân cận.

- Nội soi để chẩn đoán xác nhận GOO và nhận biết nguyên nhân để can thiệp điều trị. Nội soi kèm sinh thiết giải phẫu bệnh để loại trừ bệnh lý ác tính.

Điều trị GOO lành tính do viêm loét dạ dày tá tràng:

Điều trị hỗ trợ

-Bệnh nhân có triệu chứng GOO nên được nhập viện.

-Bù dịch tĩnh mạch bằng Normal saline; bù điện giải thiếu hụt. Theo dõi và điều chỉnh hạ Kali máu và kiềm chuyển hóa nếu có.

-Đặt sonde dạ dày giải áp có tác dụng giảm đau và chướng bụng ở bệnh nhân có hiện tượng phù nề kèm co thắt vì ổ loét tiến triển. Giải áp cũng là làm trống dạ dày trước khi can thiệp nội soi.

-Khởi đầu thuốc ức chế bơm proton (PPIs) liều cao tĩnh mạch làm giảm lượng dịch tiết dạ dày và giảm viêm, phác

đồ điều trị H.pylori. [1]

Tỷ lệ GOO tái phát giảm đáng kể ở bệnh nhân điều trị triệt trừ H. Pylori thành công.

-Nuôi ăn tĩnh mạch trong thời gian chờ can thiệp đặc hiệu hoặc nếu cần nâng thể trạng trước can thiệp ngoại khoa.

Điều trị đặc hiệu:

-Trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa trong 3- 7 ngày cân nhắc nội soi nong bằng bóng.

Một số tác giả báo cáo về phương pháp nong bằng bóng qua nội soi, hiệu quả trong điều trị GOO do PUD và có hiệu quả lâu dài, được xem xét điều trị đầu tay. [2,3]

-Điều trị ngoại khoa nếu bệnh nhân GOO tắc môn vị hoàn toàn, nội soi nong không an toàn hoặc nếu tắc nghẽn tái lại sau nong.

Phương pháp điều trị ngoại khoa : mở cơ môn vị bằng nội soi, phẫu thuật cắt bỏ dạ dày vùng hang vị, phẫu thuật nối dạ dày hồng tràng. [2,3]

#### 4. KẾT LUẬN

Nôn là triệu chứng của nhiều bệnh lý khác nhau, tại đường tiêu hóa hay ngoài đường tiêu hóa. Khi tiếp cận trẻ nôn ói rất quan trọng phát hiện dấu hiệu nguy hiểm cần được can thiệp ngay lập tức Mất nước, rối loạn điện giải là những biến chứng thường gặp nhất ở trẻ em.

Mặc dù tắc nghẽn đầu ra của dạ dày là biến chứng viêm loét dạ dày tá tràng

hiếm gặp ở lứa tuổi trẻ em, ca bệnh nhi này là ví dụ để người làm lâm sàng bao quát các nguyên nhân khi tiếp cận chẩn đoán. Điều trị GOO là đặc hiệu tùy thuộc vào bệnh lý nền.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi đồng I (2020) Chương 21 Tiêu hóa, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2020, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 891-896.

2. Yves Alain Notue, Ulrich Igor Mbessoh. Gastric outlet obstruction secondary to peptic ulcer disease, previously misdiagnosed as idiopathic hypertrophic pyloric stenosis in a 16-year-old girl: a case report. Journal of Surgical Case Reports, 2020;7, 1-4.

3. Hsun-Chin Chao. Update on endoscopic management of gastric outlet obstruction in children. World J Gastrointest Endosc 2016 October 16; 8(18): 635-645

4. E.S. Bartletta , E.M. Carlisleb, G.Z. Mak. Gastric outlet obstruction in a 12 year old male. Journal of Pediatric Surgery Case Reports 31 (2018) 57-59.

5. Jeffrey P. Otjen, Ramesh S. Iyer , Grace S. Phillips Usual and unusual causes of pediatric gastric outlet obstruction. Pediatr Radiol (2012) 42:728-737.

6. Graziella Guariso and Marco Gasparetto. Update on Peptic ulcers in the Pediatric age. Hindawi Publishing Corporation Ulcers. Volume 2012; 1-9.

## NHÂN TRƯỜNG HỢP NHIỄM TRÙNG KHOANG CỔ SÂU LAN TRUNG THẤT VÀ KHOANG MÀNG PHỔI TRÁI

*Trần Thị Thanh Thảo<sup>1</sup>, Trần Thị Hà Phương<sup>1</sup>, Trần Thị Thương<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT

*Nhiễm trùng khoang cổ sâu (Deep neck space infections- DNSI) là tình trạng bệnh lý nguy hiểm, nếu không can thiệp kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng đe dọa tính mạng người bệnh. Cơ chế bệnh sinh là sự lây lan nhiễm trùng theo đường máu hay đường bạch huyết và đường lân cận (Nhiễm trùng tại chỗ có thể lan rộng sang các khoang cổ sâu khác nhau), thường thứ phát sau nhiễm trùng ở vùng họng, răng. Một trường hợp nhiễm trùng khoang cổ sâu lan trung thất và màng phổi trái được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175 vào tháng 06/2020. BN đã được điều trị tại tuyến dưới với chẩn đoán viêm họng cấp. Sau 06 ngày điều trị tại đây, bệnh nặng lên với các triệu chứng: Sốt, đau họng, nuốt đau nhiều, thay đổi giọng nói, đau tức ngực kèm khó thở. BN được chuyển đến Bệnh viện Quân Y 175 phẫu thuật mở cạnh cổ hai bên và mở trung thất, khoang màng phổi trái phá bỏ hết các ổ áp xe, dẫn lưu và tưới rửa tại chỗ. Kết quả chung sau phẫu thuật tốt. Chúng tôi xin báo cáo trường hợp bệnh lý nguy hiểm này.*

*Từ khóa: Nhiễm trùng khoang cổ sâu, Dẫn lưu ổ áp xe.*

### A CASE REPORT OF DEEP NECK SPACE INFECTIONS COMPLICATING MEDIASTINAL AND LEFT PLEURAL CAVITY ABSCESSSES SUMMARY

*Deep neck space infections is a dangerous, life-threatening condition, requiring timely specialist intervention. The pathogenetic mechanism is the spread of infection via blood or lymphatic lines and adjacent areas (The infection can spread to various deep neck spaces), usually caused by infection in the throat and teeth. A case of deep neck space infections complicating mediastinal and left pleural cavity abscesses was treated in 175 hospital on 06/2020. The patient was treated at a lower level hospital, with a*

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Trần Thị Thanh Thảo (thao.tran.hvqy@gmail.com)

Ngày nhận bài: 04/8/2021, ngày phản biện: 12/10/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2022

*diagnosis of acute pharyngitis. After 6 days, the disease worsened with the following symptoms: fever, sore throat, painful swallowing, voice change, chest pain and difficulty breathing. The patient was transferred to Military Hospital 175 for surgery to start the incision on both sides of the neck and open the mediastinum and the left pleural cavity to remove all abscesses and subsequently, to drain and irrigate them. Overall, the post-operative result was good. We would like to make a report on the case of this dangerous disease.*

*Key words: Deep neck space infections, Abscess drainage.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng khoang cổ sâu được xem là bệnh lý nguy hiểm đến tính mạng với tỷ lệ tử vong cao (trung bình khoảng 2%) [3], thường do phát sinh nhiễm trùng cục bộ của nhiều cấu trúc vùng đầu, cổ, trong đó có các nguyên nhân thường gặp như nhiễm trùng vùng răng miệng, vùng amidan và quanh amidan, tuyến dưới hàm. Đặc biệt dễ gặp hơn ở bệnh nhân có kèm theo các bệnh lý đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, đang điều trị ung thư xạ trị hay hóa trị, các bệnh lý mạn tính như bệnh máu, bệnh lý về hạch. Từ đó, gây nên các biến chứng trầm trọng khác làm tăng nguy cơ tử vong lên gấp nhiều lần (40%) [6], như: phù nề, chèn ép gây tắc nghẽn đường thở, viêm- áp xe trung thất, hoại tử hoặc thuyên tắc động tĩnh- mạch cảnh, sốc nhiễm trùng. Trong báo cáo này, chúng tôi xin trình bày những đặc điểm của bệnh lý nhiễm trùng cổ sâu, qua đó nhằm đưa ra một số kinh nghiệm về chẩn đoán sớm và điều trị trong điều kiện thực tế hiện nay.

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Một bệnh nhân nam 44 tuổi, tiền sử đái tháo đường type 2 nhập viện tuyến

trước trong tình trạng sốt, đau họng, nuốt đau, không khó thở, không đau ngực, diễn tiến sau 01 ngày, các triệu chứng trên tăng lên kèm khó thở nhẹ, đã được điều trị với chẩn đoán: Viêm họng cấp/ Đái tháo đường type 2. Điều trị bệnh không cải thiện sau 06 ngày, chuyển Bệnh viện Quân Y 175 trong tình trạng: sốt, đau họng nhiều, khó nuốt, nuốt đau, và thay đổi giọng nói, đau tức ngực hai bên kèm khó thở.

*Khám lâm sàng:*

- Toàn thân: Biểu hiện hội chứng nhiễm trùng- nhiễm độc:

+ Tỉnh, tiếp xúc tốt.

+ Da niêm mạc nhợt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

+ Sốt 38,5<sup>0</sup>C.

+ Mạch 125 lần/ phút; Huyết áp 125/70 mmHg, SpO<sub>2</sub> 95%.

- Tại chỗ:

+ Họng miệng: Niêm mạc họng xung huyết, hạ họng đọng nhiều dịch, màn hầu- lưỡi gà cân đối, amidan hai bên và thành sau họng chưa phát hiện bất thường.

+ Hô hấp: Thở nhanh nông (f= 25 ck/ phút), rì rào phế nang phổi trái < phải.

*Cận lâm sàng:*



- Kết quả xét nghiệm máu biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn huyết:

+ Bạch cầu: 7 G/L Neu%: 81.3%

+ CRP: 335.7 mg/L P C T : 21.9 ng/ml

+ Glucose máu cao: 15.7 mmol/L, HbA1c: 8.01%

- Siêu âm: Tràn dịch màng phổi trái, dịch có đóng vách.

- Kết quả CT scan có thuốc cản quang:

+ Vùng cổ: Hình ảnh áp xe vùng sau dưới amidan trái và khoang sau họng hai bên, lan vào khoang nguy hiểm xuống trung thất.

+ Vùng ngực: Hình ảnh dày nhẹ kèm theo tăng quang và tràn dịch màng phổi trái, màng ngoài tim.



Hình 1: Áp xe vùng sau dưới amidan (T) và khoang sau họng hai bên



Hình 2: Tràn dịch màng phổi (T) và màng ngoài tim

- Chọc dò dịch màng phổi: Dịch đục mủ, Rivalta (+)

Chẩn đoán: Nhiễm khuẩn huyết đường vào từ áp xe vùng sau dưới amidan trái, áp xe khoang sau họng, khoang nguy hiểm lan trung thất vỡ vào khoang màng phổi trái/ Đái tháo đường type 2.

Xử trí: Bệnh nhân được hội chẩn bệnh viện chỉ định: Phẫu thuật cấp cứu mở cạnh cổ hai bên tháo mủ, phá bỏ hết các ổ áp xe vùng cổ sâu, thay băng vết mổ 02 lần/ ngày; mở ngực vào trung thất làm sạch trung thất và khoang màng phổi trái, sau đó lắp hệ thống tưới rửa khoang màng

phổi trái.

+ Kháng sinh 03 loại (Meropenem 1g x 03 lọ/ ngày, Vancomycin 0,5g x 04 lọ/ ngày, Metronidazole 0,5g x 02 chai/ ngày).

+ Giảm đau, bồi phụ Albumin, điều chỉnh rối loạn đường huyết bằng Insullin.

+ Nuôi ăn qua sonde dạ dày theo chế độ bệnh nhân đái tháo đường.

Diễn biến: Toàn trạng bệnh nhân có cải thiện ở 03 ngày đầu, tuy nhiên sau đó diễn biến bệnh xấu đi: Vết mổ vùng cạnh cổ dịch thấm băng nhiều, dịch hồng,

còn dịch mũ.

*Kết quả xét nghiệm ngày thứ 6 sau mổ:*

- Bạch cầu: 11.7 G/l; Neu%: 86.5%; PCT: 3.15 ng/ml

- CT scan có thuốc cản quang vùng cổ: Còn hình ảnh ổ áp xe khoang thành sau họng kích thước 70x7x27mm, ngấm cản quang dạng viền.

Nhận định: Tình trạng toàn thân cải thiện ít, thay băng tại chỗ vùng cạnh cổ hai bên còn dịch mũ từ vết mổ (ngày thứ 6 sau phẫu thuật), các chỉ số nhiễm trùng còn cao và trên hình ảnh CT- scan còn tồn dư ổ áp xe khoang sau họng hai bên.

Xử trí: Hội chẩn bệnh viện cùng các chuyên gia bệnh viện Chợ Rẫy đề xuất: Đặt thêm 01 cặp dẫn lưu vùng cổ qua vết mổ cạnh cổ luôn sâu đến vùng áp xe, thay băng bơm rửa vết thương 03 lần/ngày bằng nước muối đẳng trương pha dung dịch Betadin.

Diễn biến N13 sau mổ bệnh nhân cải thiện dần:

- Tỉnh, tiếp xúc tốt, không sốt, tự thở qua mũi miệng, bớt đau họng, còn ho khạc đàm.

- Vết mổ cạnh cổ dịch thấm băng ít, lên mô hạt tốt, đáy vết mổ sạch, không còn mũ.

- Tình trạng nhiễm trùng cải thiện nhiều:

+ Bạch cầu: 10 G/l; Neu%: 76.7%

+ PCT: 0.82 ng/ml

- CT scan vùng cổ: Không thấy hình ảnh bất thường vùng cổ.

- CT scan vùng ngực: Hình ảnh tràn dịch khoang màng phổi hai bên lượng ít.

*Xử trí tiếp theo:*

- Tiến hành đặt hệ thống hút áp lực âm (vacuum-assisted closure- VAC) vùng cổ hai bên.

- Rút dẫn lưu khoang màng phổi đường vào, lắp hệ thống hút áp lực âm (-10 mmHg)

Sau đó bệnh nhân ổn định, ra viện sau 01 tháng điều trị tiếp theo.

### 3. BÀN LUẬN

Nhiễm trùng các khoang cổ sâu luôn là một thách thức trong điều trị, đặc biệt đây là bệnh lý thường ít gặp tại Bệnh viện Quân Y 175, do đó, kinh nghiệm về chẩn đoán sớm và điều trị triệt để còn thiếu. Trên bệnh nhân này, việc xác định ổ nhiễm khuẩn ban đầu (cụ thể là áp xe vùng sau dưới amidan trái và khoang sau họng) còn khó khăn nếu chỉ nhờ vào các dấu hiệu khám lâm sàng, việc thiếu sót về chẩn đoán là có thể xảy ra. Sau phẫu thuật, tình trạng nhiễm trùng vẫn còn tái diễn cho thấy việc kiểm soát hết các ổ nhiễm trùng trong lúc mổ là khó khăn, nếu không theo dõi sát, kiểm tra kỹ thì tình trạng nhiễm trùng sẽ không cải thiện, thậm chí còn nặng nề hơn nếu chủ quan. Trong một nghiên cứu về các trường hợp nhiễm trùng cổ sâu, hầu hết bệnh nhân nhiễm trùng khoang cổ sâu biến chứng lan trung thất có thể không có triệu chứng gợi ý nên dễ bỏ sót nếu không chụp thường quy CT scan có thuốc cản quang khảo sát. [5]

Về chẩn đoán, các dấu hiệu gợi ý như: tình trạng toàn thân có hội chứng nhiễm trùng: sốt, mạch nhanh, thở nhanh nông, bạch cầu tăng trên 11 G/l; tại chỗ: cổ sưng, nóng, đỏ đau, mắt lợc cộc thanh quản- cột sống, tăng tiết đàm nhớt, khó thở, nuốt khó, cứng hàm hoặc thay đổi giọng nói.

Về điều trị, phẫu thuật rạch áp xe được chỉ định ngay nếu bệnh nhân bị ảnh hưởng đường thở, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng lan xuống, ổ áp xe trên 3cm, có liên quan khoang trước sống, trước tạng (chứa thanh quản, khí quản, tuyến giáp, thực quản) hoặc khoang cảnh hoặc ảnh hưởng từ 2 khoang trở lên. Đường rạch trong miệng hay ở cổ được chọn tùy vào vị trí ổ áp xe và sự liên quan của ổ áp xe với các mạch máu lớn vùng cổ. Đường rạch trong miệng được chọn khi ổ áp xe ở khoang sau họng hoặc khoang bên họng và ổ áp xe nằm phía trong các mạch máu lớn trên CT scan. Đường rạch ngoài thường dùng là dọc phía trước cơ ức đòn chũm. Trong một số trường hợp có thể dùng đường rạch ngang cổ dẫn lưu áp xe để giảm sẹo xấu sau khi đóng vết mổ. [5]

Trong các ca nhiễm trùng lan xuống trung thất như trường hợp này, cần phối hợp giữa phẫu thuật viên Tai Mũi Họng và phẫu thuật viên Ngoại Lòng Ngực. Đường rạch dẫn lưu trung thất ngang cổ chỉ nên dùng cho trường hợp nhiễm trùng giới hạn ở vùng trung thất trên carina. Nhiễm trùng trung thất ở dưới vị trí này thì đường rạch chuẩn là đường mở cổ kết hợp mở ngực

sau bên (đúng chỉ định trên bệnh nhân này).[7] Trường hợp đã xác định được ổ nhiễm khuẩn/ áp xe nên loại bỏ sớm. Rạch và dẫn lưu là một cách điều trị DNSI thành công và tiết kiệm chi phí. Việc phát hiện sớm và quản lý DNSI có thể làm giảm các hậu quả không mong muốn (giảm thiểu các biến chứng nguy hiểm làm tăng nguy cơ tử vong, tăng khả năng hồi phục sau phẫu thuật), đặc biệt ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Các ổ nhiễm trùng khác ngoài các trường hợp trên có thể điều trị nội khoa và theo dõi triệu chứng lâm sàng, chụp lại phim sau 48 giờ, nếu không cải thiện sẽ phẫu thuật dẫn lưu áp xe.[5]

Về vấn đề thay băng, tưới rửa vết thương, chúng tôi đặt một cặp dẫn lưu 2 nòng luôn sâu vào đáy hố mổ, với một đầu đưa dung dịch rửa vào bằng bơm tiêm và một đầu ra của dịch rửa. Hiệu quả của phương pháp này mang lại đó là tạo áp lực lên dịch rửa để có thể đến được những vị trí sâu, góc ngách khó tiếp cận hơn nếu chỉ rửa bằng dụng cụ thông thường, hạn chế tồn dư dịch mủ.

Sau khi vết mổ cạnh cổ hai bên không còn mủ, dịch rửa trong, chúng tôi tiến hành đặt VAC với mục đích giảm thời gian lành thương, mọc mô hạt nhanh hơn và đóng hố mổ dẫn lưu sớm, rút ngắn thời gian nằm viện. VAC được dùng trên những vết thương nhiễm trùng hơn 7cm, không dùng cho những vết thương hoại tử lan rộng. [4]

Bệnh nhân nhiễm trùng khoang cổ sâu có đến 50.8% có bệnh lý đi kèm,

trong đó bệnh đái tháo đường và cao huyết áp là phổ biến nhất (lần lượt là 45.2% và 23.7%). [2] Do đó, việc áp dụng các phương pháp trên có thể giúp rút ngắn thời gian hồi phục, tránh được các biến chứng nằm lâu hay tăng nguy cơ nặng bệnh của các bệnh lý đi kèm.

#### 4. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng khoang cổ sâu là tình trạng nguy hiểm, đe dọa tính mạng người bệnh, thường là biến chứng do phát sinh nhiễm trùng cục bộ của nhiều cấu trúc vùng đầu, cổ. Việc đánh giá đúng tổn thương và kịp thời xử lý góp phần giúp bệnh nhân tránh được những biến chứng nặng nề, giúp ổn định lâm sàng và hồi phục chức năng cơ quan nhanh hơn. Chẩn đoán lâm sàng cần kết hợp với hình ảnh và xét nghiệm cận lâm sàng để có chẩn đoán chính xác. Nguyên tắc điều trị cần đảm bảo hô hấp, bồi phụ nước- điện giải và dinh dưỡng, kháng sinh, kháng viêm, mở dẫn lưu các ổ áp xe vào các khoang, rửa vết thương.[1]

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Minh Trường (2018). Bài giảng tai mũi họng thực hành. NXBYH, tr 7-37.

2. Almutairi DM, Alqahtani RM, Alshareef N, et al (2020). Deep Neck Space Infections: A Retrospective

Study of 183 Cases at a Tertiary Hospital. *Cureus*.12(2):e6841

3. Huang TT, Liu TC, Chen PR, Tseng FY, Yeh TH, Chen YS (2004). Deep neck infection: Analysis of 185 cases. *Head Neck*, 26(10):854-60, doi: 10.1002/hed.20014.

4. Luis Humberto Govea-Camacho, Andrea Astudillo-Carrera (2016). Impact of vacuum-assisted closure management in deep neck abscesses. *Cirurgia y Cirujanos*. 84 (4), 277.

5. Paolo Boscolo- Rizzo, Marco Stellin (2011). Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 269:1241-1249.

6. Sokouti M, Nezafati S (2009). Descending necrotizing mediastinitis of oropharyngeal infections. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 3(3):82-5.

7. Vincent L Biron, George Kurien, Peter Dziegielewski (2013). Surgical vs ultrasound-guided drainage of deep neck space abscesses: a randomized controlled trial: surgical vs ultrasound drainage. *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 42(1):18