Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu

Clinical and microbiological characteristics of patients with deep neck infections

Ngô Đình Trung* và Nguyễn Chí Tâm *Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và vi sinh của nhiễm trùng vùng cổ sâu tại khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 80 bệnh nhân từ 2019-2025. Các đặc điểm lâm sàng, tổn thương qua cắt lớp vi tính, kết quả vi sinh và kháng sinh đồ được phân tích bằng SPSS 26.0. *Kết quả:* Tuổi trung bình là 68,1 ± 16,4; nam giới chiếm 55%. Nguồn nhiễm chủ yếu là răng miệng (42,5%), tổn thương áp xe hóa chiếm 68,7%. Tỉ lệ phẫu thuật 77,5%; biến chứng 23,7%, tất cả đều hồi phục ra viện. Có 70% bệnh nhân có bệnh đồng mắc, phổ biến là đái tháo đường và bệnh tim mạch. Tỉ lệ cấy dịch mủ dương tính đạt 62,5%; trong đó Gram dương chiếm đa số, với Streptococcus anginosus group (SAG) là tác nhân chủ yếu. Các chủng SAG còn nhạy cảm cao với Linezolid, Vancomycin, Ampicillin; đề kháng cao với Erythromycin, Clindamycin và Tetracycline. *Kết luận:* Nhiễm trùng vùng cổ sâu thường gặp ở nam giới cao tuổi có bệnh nền. Vi khuẩn Gram dương, đặc biệt là SAG, chiếm ưu thế. Việc phối hợp điều trị kháng sinh phù hợp, rạch dẫn lưu sớm và chăm sóc hồi sức tích cực giúp kiểm soát nhiễm khuẩn và cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, vi khuẩn, đặc điểm vi sinh, kháng sinh đồ.

Summary

Objective: To describe the clinical, radiological, and microbiological characteristics of patients with deep neck infections treated at the Department of Surgical Intensive Care and Organ Transplantation, 108 Military Central Hospital. *Methods:* A retrospective descriptive study of 80 patients (2019–2025). Clinical data, CT scan findings, pus and blood culture results, and antibiotic susceptibility patterns were analyzed using SPSS 26.0. *Results:* The mean age was 68.1 ± 16.4 years, with 55% males. The most common source was odontogenic (42.5%). Abscess formation occurred in 68.7% of cases. The surgical drainage rate was 77.5%, and complications occurred in 23.7% of cases; all patients recovered and were discharged. Comorbidities were present in 70% of patients, most commonly diabetes mellitus and cardiovascular diseases. The rate of positive pus cultures was 62.5%, in which Gram-positive bacteria predominated, with the *Streptococcus anginosus* group (SAG) being the main pathogen. SAG isolates showed high susceptibility to Linezolid, Vancomycin, and Ampicillin, but high resistance to Erythromycin, Clindamycin, and Tetracycline. *Conclusion*: Deep neck infections are commonly seen in elderly male patients with underlying comorbidities. Gram-positive bacteria, particularly the *Streptococcus anginosus* group (SAG), are the predominant pathogens. The combination of appropriate

Ngày nhận bài: 12/8/2025, ngày chấp nhận đăng: 29/10/2025

** Tác giả liên hệ: bsngotrung@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

antibiotic therapy, early surgical drainage, and intensive care management helps control the infection and improve patient outcomes.

Keywords: Deep neck infection, bacteria, microbiological characteristics, antibiotic susceptibility testing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng vùng cổ sâu là tình trạng nhiễm trùng lan rộng trong các khoang và mô liên kết sâu ở vùng cổ, thường khởi phát từ các ổ nhiễm trùng vùng tai mũi họng, răng miệng hoặc tuyến nước bọt. Do đặc điểm giải phẫu cổ có nhiều khoang liên thông, nhiễm trùng có thể khởi phát nhanh, lan nhanh xuống trung thất và gây ra các biến chứng nghiêm trọng như áp xe trung thất, viêm tấy lan tỏa, tắc nghẽn đường thở hoặc nhiễm khuẩn huyết [1]. Tỉ lệ tử vong do nhiễm trùng cổ sâu dao động từ 1 - 25% tùy theo dân số nghiên cứu và mức độ nặng của bệnh [2]. Những yếu tố làm tăng nguy cơ tiến triển nặng bao gồm tuổi cao, bệnh lý nền như đái tháo đường cũng như việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị. Quản lý nhiễm trùng khoang cổ sâu bao gồm liệu pháp kháng sinh và chọc hút hoặc phẫu thuật rạch tháo mủ, dẫn lưu rộng rãi các ổ viêm kết hợp với rửa vết thương sau phẫu thuật [3,4]. Việc lựa chọn phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm phụ thuộc vào nguồn nhiễm trùng và một số đặc điểm của bệnh nhân. Trong khi đó, kết quả phân lập được vi khuẩn gây bệnh và đánh giá kháng sinh đồ có ý nghĩa quan trọng trong định hướng lựa chọn kháng sinh hợp lý, đặc biệt trong bối cảnh đề kháng kháng sinh gia tăng [5].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm vi sinh và kháng sinh đồ của nhiễm trùng cổ sâu còn hạn chế, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nặng điều trị tại hồi sức. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng và kết quả vi sinh ở bệnh nhân nhiễm trùng vùng cổ sâu điều trị tại khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 2019-2025 nhằm làm cơ sở cho định hướng chẩn đoán và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm, thực hiện trên 80 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhiễm trùng vùng cổ sâu và điều trị nội trú tại khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng vùng cổ sâu dựa trên lâm sàng, hình ảnh học và/hoặc phẫu thuật (nhiễm trùng ở các khoang và các mặt phẳng cân của cổ, có thể hình thành áp xe hoặc viêm mô tế bào). Các bệnh nhân có kết quả cận lâm sàng và hồ sơ điều trị đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ hoặc bị nhiễm trùng cổ sâu thứ phát sau vết thương bên ngoài hoặc phẫu thuật vùng đầu mặt cổ.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu thu thập các thông tin bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, nguyên nhân, mô tả tổn thương và các xét nghiệm ban đầu tại thời điểm nhập viện.

Tiêu chí xác định nguồn nhiễm trùng: Nguồn nhiễm được xác định dựa trên bệnh sử, thăm khám lâm sàng, hình ảnh học và/hoặc kết quả phẫu thuật.

Răng miệng: có nhiễm trùng răng hoặc quanh răng (viêm quanh chóp, nha chu, áp xe chân răng, viêm xương hàm) lan xuống khoang cổ sâu tương ứng.

Tuyến nước bọt: viêm hoặc áp xe tuyến mang tai/dưới hàm lan vào khoang cổ sâu, loại trừ nguyên nhân khác.

Hầu họng - amidan: có viêm mủ hoặc áp xe vùng họng, amidan lan xuống khoang quanh họng hoặc sau họng.

Không rõ nguồn: khi không phát hiện ổ nguyên phát trên lâm sàng, hình ảnh hoặc trong mổ.

Phương pháp đánh giá tổn thương: Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) vùng cổ có tiêm thuốc cản quang, một số trường hợp được đánh giá bổ sung qua hình ảnh trong phẫu thuật để

xác định mức độ lan rộng và biến chứng theo tiêu chí Boscolo-Rizzo (2012)[6].

Bệnh phẩm (dịch mủ hoặc dịch hút ổ áp xe) được lấy trong điều kiện vô khuẩn, chuyển đến phòng xét nghiệm trong vòng 30 phút và nuôi cấy trên môi trường hiếu khí và kỵ khí tiêu chuẩn tại Khoa Vi sinh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; tuy nhiên, kỹ thuật nuôi cấy chưa bao phủ đầy đủ nhóm vi khuẩn kỵ khí.

Điều trị bắt đầu bằng kháng sinh kinh nghiệm (kháng sinh cephalosporin phối hợp với metronidazol), sau điều chỉnh theo kết quả cấy và kháng sinh đồ (ưu tiên β-lactam có độ nhạy cao với SAG như Ampicillin hoặc Linezolid, Vancomycin). Các trường hợp có chỉ định được chọc hút hoặc rạch tháo mủ theo quy trình phẫu thuật chuẩn. Hiệu quả điều trị được đánh giá khi bệnh nhân ra viện.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng (tuổi, BMI) được biểu thị dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm (%).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

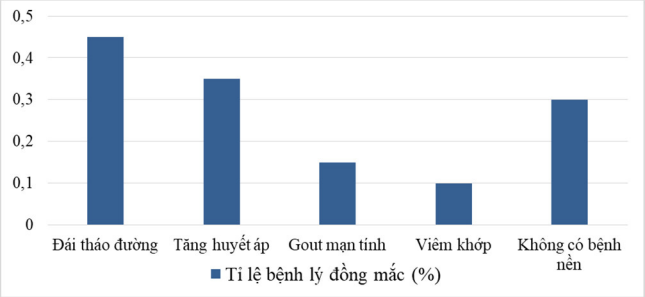
Tất cả dữ liệu bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Các thông tin được thu thập sau khi đã có đồng thuận nghiên cứu bằng văn bản hoặc qua người đại diện hợp pháp. Nghiên cứu không can thiệp vào quy trình điều trị và không gây bất kỳ nguy cơ nào cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 80 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu. Độ tuổi trung bình khá cao, trong đó 72% bệnh nhân trên 60 tuổi, nam giới chiếm đa số. Tỉ lệ biến chứng là 23,7%, phẫu thuật chiếm 77,5%, 100% hồi phục ra viện. Nhiều bệnh nhân có bạch cầu và CRP tăng cao khi nhập viện, trong khi nhóm nhiễm khuẩn lan tỏa đa khoang và nhiễm khuẩn huyết cũng ghi nhận Procalcitonin cao. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh mạn tính là 70%, phổ biến là đái tháo đường (45%) và tăng huyết áp (35%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi ($\bar{X}$ ± 1 SD)	68,1 ± 16,4
Nam giới (n, %)	44 (55%)
BMI ($\bar{X}$ ± 1 SD)	23,5 ± 3,6
Biến chứng (n, %)	19 (23,7%)
- Tắc nghẽn đường thở	9 (11,2%)
- Nhiễm khuẩn huyết	10 (12,5%)
Phẫu thuật rạch dẫn lưu (n, %)	62 (77,5%)
Tử vong (n, %)	0 (0%)
Số lượng bạch cầu (G/L) ($\bar{X}$ ± 1 SD)	15,4 ± 5,8
CRP (mg/l) ($\bar{X}$ ± 1 SD) (n = 60)	112 ± 43
Procalcitonin (ng/mL) (n = 34)	2,7 ± 1,9



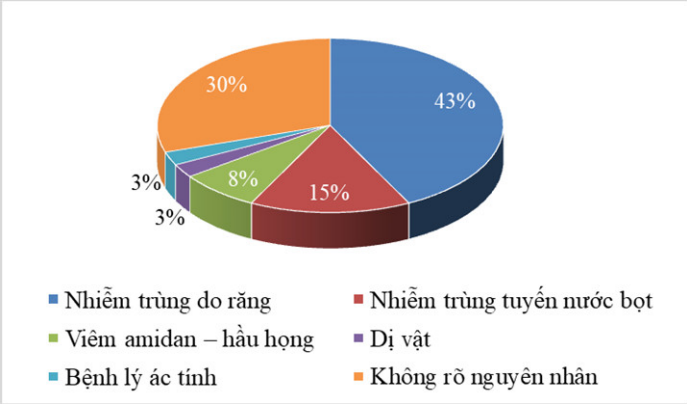
Biểu đồ 1. Tỉ lệ các bệnh lý đồng mắc

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tổn thương		Số lượng, n (%)
Vị trí tổn thương	Bên phải	38 (47,5%)
	Bên trái	32 (40%)
	Hai bên (lan tỏa hai bên)	10 (12,5%)
Tính chất tổn thương	Khu trú (1 khoang)	46 (57,5%)
	Lan tỏa đa khoang	34 (42,5%)

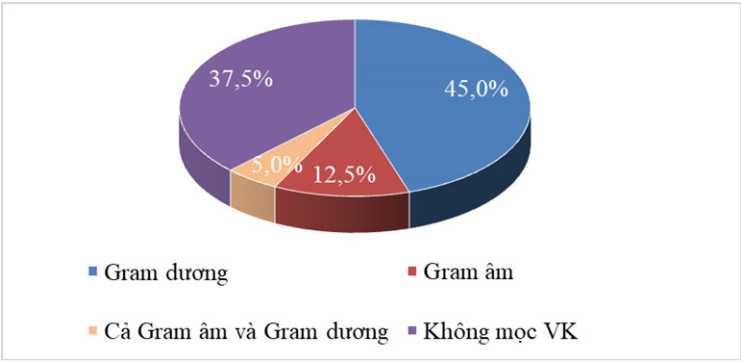
Đặc điểm tổn thương		Số lượng, n (%)
Mức độ tổn thương	Áp xe hóa	55 (68,7%)
	Viêm tấy lan tỏa	25 (31,3%)
Khoang cổ bị ảnh hưởng (trên CLVT/siêu âm)	Khoang dưới hàm	41 (51,2%)
	Khoang dưới cằm	29 (36,2%)
	Khoang cạnh họng	18 (22,5%)
	Khoang sau họng	10 (12,5%)
	Khoang cảnh	8 (10,0%)
	Khoang dưới đòn / trung thất	4 (5,0%)

Nhận xét: Tổn thương gặp ở vùng cổ bên phải chiếm ưu thế (47,5%). Có 68,7% có hình ảnh ổ áp xe hóa, còn lại là viêm tấy mô mềm không hình thành mủ rõ rệt. Các khoang bị ảnh hưởng nhiều nhất là khoang dưới hàm (51,2%) và khoang dưới cằm (36,2%), phù hợp với nguyên nhân chủ yếu là nhiễm trùng răng miệng.



Biểu đồ 2. Nguyên nhân nhiễm trùng

Nhận xét: Nguồn nhiễm trùng thường gặp nhất là nhiễm trùng do răng (42,5%), tiếp theo là nhiễm trùng tuyến nước bọt (15%). Có 30% bệnh nhân không xác định rõ nguyên nhân.



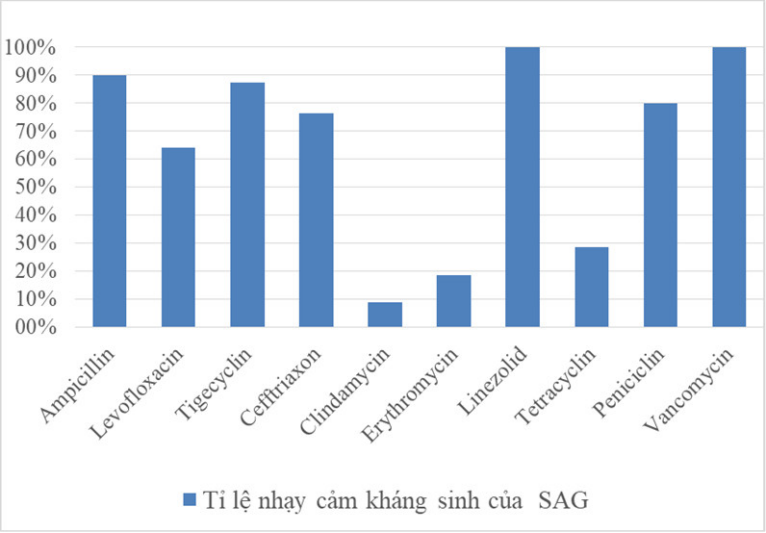
Biểu đồ 3. Đặc điểm phổ vi khuẩn gây bệnh

Nhận xét: Tất cả 80 bệnh nhân đều được cấy các bệnh phẩm dịch mủ tại chỗ. Tỉ lệ cấy dương tính là 62,5% (37,5% không mọc vi khuẩn). Nhiễm khuẩn Gram dương chiếm ưu thế (45%). Một số trường hợp nhiễm đồng thời 2 tác nhân cả Gram âm và Gram dương (5%), thuộc nhóm tổn thương lan tỏa đa khoang trên CLVT.

Bảng 3. Căn nguyên vi sinh phân lập cụ thể

Vi khuẩn	Số lượng phân lập được (n = 61)	Tỉ lệ %
Vi khuẩn Gram dương (n = 44)		68,8
Nhóm *Streptococcus anginosus*	36	56,3
- *Streptococcus constellatus*	30	46,9
- *Streptococcus anginosus*	6	9,4
Staphylococcus aureus	8	12,5
Vi khuẩn Gram âm (n = 17)		26,5
Klebsiella pneumoniae	7	10,9
Klebsiella aerogenes	5	7,8
Acinetobacter baumanii	3	4,7
Pseudomonas aeruginosa	2	3,1

Nhận xét: Có tổng cộng 61 chủng vi khuẩn được phân lập. Trong đó, vi khuẩn Gram dương chiếm 68,8%, chủ yếu là nhóm *S. anginosus* (*Streptococcus anginosus* group - SAG). Trong nhóm Gram âm, *K. pneumoniae* là tác nhân được phân lập nhiều nhất. Ngoài ra, có tới 46,9% các chủng phân lập được là *S. constellatus*. Khi tiến hành cấy máu một số trường hợp nhiễm khuẩn nặng, có 8 trường hợp (10%) cấy máu dương tính, trong đó 6 trường hợp trùng với vi khuẩn phân lập được từ dịch mủ (*S. constellatus*: 4; *K. pneumoniae*: 2). Hai trường hợp còn lại mọc *Staphylococcus epidermidis* đơn độc, được đánh giá là nhiễm bẩn mẫu**.**



Biểu đồ 4. Đặc điểm kháng sinh đồ của các chủng SAG

Nhận xét: Kháng sinh đồ của 36 chủng SAG phân lập được cho thấy, các chủng SAG còn tương đối nhạy cảm với các kháng sinh phổ biến. Các kháng sinh có tỉ lệ nhạy cảm cao bao gồm Linezolid (100%), Vancomycin (100%), Ampicillin (90%), Tigecycline (88%). Một số kháng sinh có tỉ lệ nhạy cảm thấp như Tetracyclin (29%), Erythromycin (19%) và Clindamycin (9%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có độ tuổi trung bình cao (68,1 ± 16,4), trong đó phần lớn trên 60 tuổi. Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý phức tạp, thường gặp ở người cao tuổi – nhóm dễ mắc bệnh mạn tính và có nguy cơ diễn tiến nặng. Tỉ lệ nam giới là 55%, tương tự các nghiên cứu trước đó, gợi ý

mối liên quan đến thói quen sinh hoạt như hút thuốc lá, vệ sinh răng miệng kém hoặc mắc bệnh lý nền [6]. Chỉ số BMI trung bình là 23,5 ± 3,6, nằm trong giới hạn bình thường, cho thấy béo phì không phải là yếu tố nguy cơ rõ rệt. Tuy nhiên, cần lưu ý đây là chỉ số tĩnh, không phản ánh toàn diện tình trạng dinh dưỡng chức năng – đặc biệt ở bệnh nhân nặng và cao tuổi. Ngoài ra, tỉ lệ biến chứng cao hơn với một số nghiên cứu gần đây về nhiễm trùng cổ sâu [6,7]. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân nhận thức bệnh chưa đầy đủ, khiến cho việc phát hiện và can thiệp điều trị muộn hơn. Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân đều hồi phục và xuất viện, cho thấy hiệu quả của các phác đồ điều trị hiện hành. Tỉ lệ phẫu thuật đạt 77,5%, thấp hơn nghiên cứu của K.Gaurav (89%)[8], nhưng vẫn khẳng định vai trò then chốt của can thiệp ngoại khoa trong kiểm soát ổ nhiễm. Các trường hợp điều trị bảo tồn chủ yếu là tổn thương khu trú, chưa hình thành áp xe rõ. Nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu có bạch cầu và CRP tăng cao ngay khi nhập viện, phản ánh phản ứng viêm toàn thân rõ rệt và mức độ lan rộng của quá trình nhiễm trùng. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân có tổn thương lan tỏa đa khoang và nhiễm khuẩn huyết ghi nhận nồng độ Procalcitonin cao hơn rõ rệt, gợi ý giá trị của chỉ số này trong nhận biết sớm nhiễm khuẩn huyết và nguy cơ sốc nhiễm khuẩn. Điều này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước, rằng PCT và CRP là những chỉ điểm hữu ích để đánh giá mức độ nặng của nhiễm trùng vùng cổ sâu và theo dõi đáp ứng điều trị. Bệnh đồng mắc gặp ở 70% bệnh nhân, phổ biến là đái tháo đường (45%) và tim mạch (35%). Các bệnh mạn tính này làm suy giảm miễn dịch, che lấp triệu chứng, trì hoãn tiếp cận y tế, góp phần làm tăng mức độ lan rộng và nguy cơ biến chứng nặng [6].

Phân tích đặc điểm tổn thương cho thấy vùng cổ bên phải chiếm ưu thế (47,5%), có thể liên quan đến sự khác biệt giải phẫu vùng cổ – đặc biệt là hệ bạch huyết và phân bố răng hàm dưới phải – vị trí thường gặp tổn thương răng miệng. Tổn thương lan tỏa đa khoang chiếm 42,5%, phổ biến ở bệnh nhân có bệnh nền như đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch, thường đến viện muộn và có thời gian nằm hồi sức dài, tỉ lệ phẫu thuật và biến chứng cao hơn so với nhóm khu trú. Tổn thương áp xe hóa chiếm 68,7%, cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn tiến triển, đã hình thành ổ mủ. Điều này cũng lý giải tỉ lệ phẫu thuật cao (77,5%), do điều trị nội khoa đơn thuần khó kiểm soát ổ nhiễm; rạch dẫn lưu sớm giúp giảm áp lực mô và tăng hiệu quả kháng sinh. Trên hình ảnh CLVT, tổn thương gặp nhiều nhất tại khoang dưới hàm (51,2%) và dưới cằm (36,2%), phù hợp với nguồn nhiễm răng miệng (42,5%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Các khoang sâu như cạnh họng (22,5%), sau họng (12,5%) và cảnh (10%) thường liên quan đến biến chứng nặng như tắc nghẽn đường thở, viêm trung thất (5%), phản ánh mối liên quan giữa phạm vi lan rộng và tiên lượng xấu.

Về nguồn nhiễm, nhiễm trùng do răng chiếm ưu thế (42,5%), tiếp theo là tuyến nước bọt (15%), tương tự nghiên cứu của Huỳnh Dao tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2022) [9]. Đáng chú ý, một tỉ lệ đáng kể trong nghiên cứu (30%) không xác định được nguồn nhiễm. Hidaka và cộng sự báo cáo năm 2014 thấy rằng tỉ lệ các trường hợp khó xác định nguồn lây nhiễm chính là từ 17% đến 67%, và cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân đái tháo đường [10]. Điều này có thể do bệnh nhân đến viện muộn hoặc triệu chứng ban đầu không điển hình, gây khó khăn cho việc khai thác bệnh sử răng - họng.

Tất cả 80 bệnh nhân đều được cấy dịch mủ, tỉ lệ cấy dương tính đạt 62,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyễn Uyên Chi (2022) và Huỳnh Dao (2022) [7,9]. Có 37,5% mẫu không mọc vi khuẩn, có thể do sử dụng kháng sinh trước nhập viện, thể tích bệnh phẩm ít hoặc hạn chế trong nuôi cấy kỵ khí, khiến một số tác nhân thực sự bị bỏ sót [11].

Trong các mẫu dương tính, vi khuẩn Gram dương chiếm đa số (45%), phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [7,9,12]. Vi khuẩn Gram âm ít gặp hơn và thường thấy ở các bệnh nhân có bệnh nền hoặc tổn thương lan rộng, tương tự kết quả của Trần Anh Bích (2007) [13]. Đáng chú ý, 5% bệnh nhân nhiễm đồng thời cả vi khuẩn Gram âm và Gram dương cho thấy khả năng có nhiễm trùng hỗn hợp hoặc tiến triển phức tạp. Các kết quả này có giá trị

định hướng lựa chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm, nhưng cần thận trọng trong nhóm bệnh nhân nặng hoặc tổn thương lan tỏa đa khoang.

Trong số các tác nhân cụ thể, SAG là tác nhân chủ đạo, với *S. constellatus* chiếm 46,9%, phù hợp với đặc điểm sinh học của SAG - nhóm vi khuẩn Gram dương cư trú vùng hầu họng, có khả năng sinh mủ mạnh, thường gây áp xe đầu - mặt - cổ [14]. SAG được xem là tác nhân trung gian điển hình giữa nhiễm trùng răng miệng và nhiễm trùng cổ sâu, phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa nguồn nhiễm nguyên phát và biểu hiện lâm sàng.[15].

Kết quả kháng sinh đồ cho thấy SAG vẫn nhạy cảm cao với nhiều kháng sinh: Linezolid và Vancomycin (100%), Ampicillin (90%) và Tigecycline (88%). Ngược lại, các kháng sinh như Erythromycin, Clindamycin và Tetracyclin có tỉ lệ nhạy cảm thấp, phản ánh xu hướng kháng với nhóm macrolid và lincosamid, tương tự nhận định của Obszańska (2016) [8]. Điều này đặt ra yêu cầu cần cá thể hóa lựa chọn kháng sinh, tránh lạm dụng thuốc không còn hiệu quả, góp phần giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện tiên lượng.

Nghiên cứu này có một số điểm mạnh đáng ghi nhận, bao gồm việc mô tả toàn diện đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và vi sinh học của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại khoa Hồi sức Ngoại khoa, cung cấp dữ liệu thực tiễn cho định hướng điều trị, lựa chọn kháng sinh. Tuy nhiên, thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm và cỡ mẫu hạn chế làm giảm khả năng khái quát hóa kết quả. Ngoài ra, do không nuôi cấy được nhóm vi khuẩn kỵ khí và một số bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước nhập viện có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ cấy dương tính. Các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với phương pháp nuôi cấy mở rộng được khuyến nghị nhằm khắc phục các hạn chế này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng vùng cổ sâu thường gặp ở người cao tuổi có bệnh nền, đặc biệt là đái tháo đường. Nguồn gốc răng miệng chiếm tỉ lệ cao nhất, với tổn thương áp xe hóa vùng dưới hàm – dưới cằm chiếm ưu thế. Vi khuẩn Gram dương, đặc biệt là nhóm SAG, là tác nhân phổ biến nhất. Các chủng này còn nhạy cảm cao với Linezolid, Vancomycin và Ampicillin, nhưng kháng cao với nhóm macrolid và lincosamid. Phẫu thuật dẫn lưu sớm, phối hợp kháng sinh kinh nghiệm phù hợp và chăm sóc hồi sức tích cực, giúp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả và hạn chế biến chứng. Việc phân lập vi sinh kịp thời có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn kháng sinh chính xác và điều trị cá thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindner HH (1986) T*he anatomy of the fasciae of the face and neck with particular reference to the spread and treatment of intraoral infections (Ludwig's) that have progressed into adjacent fascial spaces.* Ann Surg 204(6): 705-714. doi:10.1097/00000658-198612000-00015
2. Pineda-Alvarado Alejandra, Lugo-Machado Juan Antonio, Canché-Martin Edwin, Quintero Jaime Zuleyka, Arellano-Ridriguez Irene, Lizárraga Lorenzo Lizárraga (2021) *Prevalence, morbidity and mortality of deep neck abscess in a tertiary hospital from Northwestern Mexico.* Romanian Journal of Rhinology 11(41): 41-46. doi:10.2478/rjr-2021-0008
3. Maiou Charikleia, Lachanas Vasileios A., Doumas Stergios et al (2025) P*haryngeal Mucosal Space Abscess: A Special Entity That Merits Special Management Our Experience in 106 Cases*. Journal of Clinical Medicine 14(5): 1515. doi:10.3390/jcm14051515
4. Ding Meng Chang, Lee Chih Yuan, Wang Yunting, Hsu Cheng Ming, Tsai Yao Te, Tsai Ming Shao (2021) *Innovative Continuous-Irrigation Approach for Wound Care After Deep Neck Infection Surgery: A Case Report*. International Journal of Surgery Case Reports. 80:105620. doi:10.1016/j.ijscr.2021.02.006
5. Bandol G, Cobzeanu MD, Moscalu M et al (2025) *Deep Neck Infections: The Effectiveness of Therapeutic Management and Bacteriological Profile*. Medicina. 61(1): 129. doi:10.3390/medicina61010129
6. Boscolo-Rizzo Paolo, Stellin Marco, Muzzi Enrico, et al (2012) *Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for*

management and treatment. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology 269(4): 1241-1249. doi:10.1007/s00405-011-1761-1

7. Lê Nguyễn Uyên Chi, Đặng Diệu Linh, Phùng Mạnh Thắng (2023) *Khao sat tinh hinh nhiem khuan va thoi gian dieu tri trong nhiem trung co sau tai Benh vien Cho Ray nam 2021–2022*. Vietnam Medical Journal. 6:248-253.
8. Obszańska Katarzyna, Kern-Zdanowicz Izabela, Kozińska Aleksandra et al (2016) *<i>Streptococcus Anginosus</I> (<i>milleri</I>) Group Strains Isolated in Poland (1996–2012) and Their Antibiotic Resistance Patterns*. Polish Journal of Microbiology. 65(1):33-41. doi:10.5604/17331331.1197323
9. Huỳnh Dao, Trần Anh Bích, Phùng Mạnh Thắng, Lê Nguyễn Uyên Chi (2022) *Khao sat lam sang va danh gia ket qua dieu tri nhiem trung co sau tren benh nhan dai thao duong tai khoa Tai Mui Hong benh vien Cho Ray tu thang 9/2020 den 6/2021*. Tap chi Y Hoc TP Ho Chi Minh. 26(1):325-329.
10. Hidaka Hiroshi, Yamaguchi Takuhiro, Hasegawa Jun, et al (2014) *Clinical and Bacteriological Influence of Diabetes Mellitus on Deep Neck Infection: Systematic Review and Meta-analysis*. Head & Neck. 37(10):1536-1546. doi:10.1002/hed.23776
11. Priyamvada S., Motwani G. (2019) A Study on Deep Neck Space Infections. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. Oct;71(Suppl 1):912-917. doi:10.1007/s12070-019-01583-4
12. Shuaibu Iliyasu Yunusa, Nasir SaheedBabatunde, Labaran SolomonAbimuku, Inusa Abdulrahman (2019) *Management of Deep Neck Space Infections in a Tertiary Center in North West Nigeria*. Nigerian Journal of Surgery. 25(2):183. doi:10.4103/njs.njs_19_19
13. Trần Anh Bích, Trần Minh Trường (2006) *Nhiễm trùng cổ sâu trên bệnh nhân đái tháo đường: So sánh hình ảnh lâm sàng và kết quả điều trị với bệnh nhân không đái tháo đường từ 1/2005 đến 9/2006*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 11(1):32.
14. Jin Yufei, Xiang Yin (2022) *Acute Pyogenic Spondylitis Caused by Streptococcus Constellatus in an Obese Patient: A Case Report*. Infection and Drug Resistance. Volume 15:4361-4367. doi:10.2147/idr.s371411
15. Farias Luís Arthur Brasil Gadelha, Firmino Natália Nogueira, Sousa Marcos Maciel, et al (2023) *Streptococcus Constellatus Causing Concomitant Extra and Intracranial Abscesses Complicated With Sagittal Sinus Thrombosis*. Revista Do Instituto De Medicina Tropical De São Paulo. 65doi:10.1590/s1678-9946202365010