

GÓP PHẦN TÌM HIỂU LÂM SÀNG, VI KHUẨN VÀ KHÁNG KHÁNG SINH TRONG VIÊM TẤY MỦ BÊN CỔ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

PHẠM TRẦN ANH, PHẠM KHÁNH HÒA
Bộ môn Tai mũi họng, trường Đại học Y Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Viêm tấy mủ (VTM) bên cổ là giai đoạn có mủ của tổ chức liên kết vùng cổ. Bệnh gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: Sau chấn thương do dị vật thực quản, sau viêm tấy, áp-xe quanh amidan lan ra. Tuy nhiên một số trường hợp được coi là không rõ nguyên nhân vì không xác định được đường vào của vi khuẩn cũng như không tìm thấy chỗ khởi phát của quá trình viêm. [3]. Viêm tấy mủ bên cổ khi không được khu trú mà lan rộng ra các mô lỏng lẻo xung quanh, theo các khoang giải phẫu tự nhiên của cổ, sang phía đối diện, thậm chí lan lên mặt hoặc xuống ngực, vào trung thất gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng

nề. Viêm tấy mủ bên cổ là cấp cứu trong tai mũi họng, việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời có ý nghĩa rất quan trọng rút ngắn thời gian điều trị và tránh những biến chứng không đáng có. Vi khuẩn gây bệnh gồm 2 nhóm: vi khuẩn kỵ khí và vi khuẩn ái khí. Trong các nhiễm khuẩn ngoại khoa, trên mỗi bệnh nhân vi khuẩn gây bệnh có thể là vi khuẩn ái khí, vi khuẩn kỵ khí hoặc kết hợp cả 2 nhóm trên [1]. Ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về vi khuẩn gây bệnh và tình trạng kháng kháng sinh trong các bệnh nhiễm khuẩn tai mũi họng nhưng chưa có công trình nghiên cứu nào đóng góp về vi khuẩn kỵ khí trong viêm tấy mủ bên cổ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với

hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của viêm tấy mủ bên cổ. 2. Bước đầu nhận xét vi khuẩn và kháng sinh đồ trong viêm tấy mủ bên cổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

1.1. Nghiên cứu lâm sàng:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Những bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tấy mủ bên cổ được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2007. Không giới hạn tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sống. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án các xét nghiệm cơ bản, có phim chụp cổ thẳng, cổ nghiêng hoặc CT Scan vùng cổ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Nghiên cứu vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Những bệnh nhân thuộc nhóm bệnh nhân nghiên cứu lâm sàng có bệnh phẩm được lấy đúng quy trình và đủ số lượng (trên 2ml). Bệnh phẩm được nuôi cấy VK và làm KSD tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TƯ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các trường hợp chẩn đoán viêm tấy mủ bên cổ không lấy được bệnh phẩm, lấy không đúng quy trình hoặc không đủ số lượng để nghiên cứu. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu theo phương pháp phân tích thống kê mô tả từng trường hợp.

2.1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng.

Thiết lập bệnh án mẫu nghiên cứu, thu thập số liệu và trực tiếp thăm khám bệnh nhân.

2.2. Nghiên cứu vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh.

Chọc hút lấy bệnh phẩm trước khi mở cạnh cổ, nuôi cấy phân lập VK và thu thập số liệu về màu, độ đặc, mùi. Thu thập kết quả, phân tích số liệu về VK và sự kháng KS của từng loại VK.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

- Lập các mối liên quan của các số liệu thu được thành bảng, biểu theo mục tiêu đề tài.

- Xử lý số liệu theo chương trình Epi Info 6.0 theo thuật toán thống kê y học.

- So sánh kết quả thu được với các tác giả khác.

- Rút ra bàn luận và kết luận.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2007 có 46 trường hợp viêm tấy mủ cổ bên được điều trị tại BV Tai Mũi Họng trung ương (n=46)

1. Đặc điểm lâm sàng và phân bố bệnh nhân

1.1. Tình hình chung

1.1.1. Tuổi và giới

Tuổi: Bệnh có thể gặp ở mọi nhóm tuổi. Chúng tôi gặp tuổi thấp nhất là 4 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Nhóm tuổi từ 15-30 tuổi (chiếm 34,78%), nhóm từ 31 – 50 tuổi (chiếm 26,09%) và từ 51 – 70 tuổi (chiếm 26,09%) là hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi.

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36 nam, 10 nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 78,25% và 21,75%.

1.1.2. Nguyên nhân gây bệnh

Bệnh xảy ra sau chấn thương của họng – thực quản chiếm tỷ lệ lớn (43,47%), trong đó nguyên nhân do dị vật thực quản là đa số (chiếm 70,00% trong tổng số các trường hợp chấn thương họng – thực quản). Không xác định được hoàn cảnh xuất hiện bệnh chiếm 30,43%. Bệnh xuất hiện sau viêm tấy, áp xe quanh amydal chiếm 13,04%. Bệnh xảy ra do nhiễm trùng của răng và khu vực quanh răng chiếm 8,71%. Bệnh xảy ra sau áp xe đường rò vùng cổ chỉ gặp một trường hợp chiếm 4,35%. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh do dị vật thực quản có tỷ lệ cao hơn hẳn các hoàn cảnh xuất hiện bệnh khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

1.2. Các yếu tố thuận lợi có liên quan

Trong 46 trường hợp được nghiên cứu có 86,95% không thấy có tiền sử mắc bệnh có liên quan. Bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường gặp 8,70% số trường hợp. Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính phải dùng Corticoide kéo dài chiếm 4,35%.

1.3. Thời gian mắc bệnh và dùng thuốc KS

Không có BN nào vào viện ngay trong ngày đầu tiên. Thời gian mắc bệnh từ 2 – 7 ngày, chiếm 69,57%. Số BN đến viện sau 07 ngày chiếm 30,43%. Tỷ lệ dùng KS trước khi vào viện chiếm 91,29% chỉ có 4 BN chưa dùng KS trước khi vào viện chiếm 8,71%.

1.4. Triệu chứng

1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

a. Biểu hiện toàn thân các thể lâm sàng của VTM bên cổ

Thể VTM bên cổ đơn thuần: Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân gặp 16/24 trường hợp chiếm 66,67%. BN có biểu hiện sốt gặp ở 10/24 trường hợp chiếm 41,17% và biểu hiện nhiễm độc gặp ở 6/24 trường hợp chiếm 25,00%. Thể VTM bên cổ – mặt: Biểu hiện sốt và nhiễm trùng toàn thân gặp ở 100% trường hợp. Biểu hiện nhiễm độc chiếm 50%. Thể VTM bên cổ – ngực: BN có biểu hiện sốt chiếm 57,14%. Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân chiếm 85,71%. Biểu hiện nhiễm độc chiếm 57,14%.

b. Triệu chứng cơ năng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng lâm sàng	Thể lâm sàng		VTM cổ đơn thuần		VTM cổ – mặt		VTM cổ – ngực	
	STH	Tỷ lệ (%)	STH	Tỷ lệ (%)	STH	Tỷ lệ (%)	STH	Tỷ lệ (%)
Đau cổ	20	83,33	6	75	12	85,71		
Nướu đau	18	75,00	8	100	14	100		
Quay cổ hạn chế	18	75,00	4	50	14	100		
Thay đổi giọng nói	2	4,35	0	0	2	14,28		
Khó thở	2	4,35	0	0	2	42,86		
Há miệng hạn chế	4	8,70	6	75	0	0		
Đau tức ngực	0	0	0	0	8	57,14		
Biểu hiện thần kinh	0	0	0	0	0	0		

VTM bên cổ đơn thuần : Triệu chứng đau cổ gặp

20/24 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,33%.

VTM cổ mặt: Triệu chứng nuốt đau gặp 8/8 trường hợp chiếm tỷ lệ 100%. Triệu chứng đau cổ và hạ miệng hạn chế gặp 85,71% trường hợp. Triệu chứng quay cổ hạn chế gặp 2/4 trường hợp chiếm 50%.

VTM cổ ngực: Triệu chứng nuốt đau và quay cổ hạn chế gặp ở 100% trường hợp. Triệu chứng đau cổ gặp 12/14 trường hợp chiếm tỷ lệ 85,71%.

c. Triệu chứng thực thể

Sưng tấy vùng cổ gặp ở 100% trường hợp. Dấu hiệu LCTQ – CS gặp ở 82,61% trường hợp trong đó VTM cổ đơn thuần chiếm 91,67%; VTM cổ ngực chiếm 85,71%; VTM cổ mặt chiếm 50%. Ứ đọng suất tiết gặp 52,17% trường hợp. Trong đó VTM cổ đơn thuần chiếm 41,66%; VTM cổ ngực chiếm 42,86%; VTM cổ mặt chỉ chiếm 100%. Viêm tấy, áp xe quanh amidal gặp 13,04%. Triệu chứng bất thường của tim phổi chỉ gặp 2 BN VTM cổ ngực chiếm 8,70%.

1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng

a. Hình ảnh XQ cổ nghiêng

Dây trước khí quản chỉ gặp ở bệnh nhân VTM bên cổ đơn thuần. Dây phản mềm CS cổ và CS cổ mặt chiều cong sinh lý gặp 13/23 BN chiếm 56,55% trường hợp. Trong đó VTM cổ ngực chiếm nhiều nhất 71,43%; VTM cổ mặt và VTM cổ đơn thuần đều chiếm 50,00%. Hình ảnh khí lẫn mô mềm gặp 23/23 BN chiếm 100% trường hợp. Hình ảnh dị vật cản quang gặp 7/23 BN chiếm 30,43% trường hợp.

b. Hình ảnh XQ phổi thẳng

Thế VTM thông thường và thế VTM bên cổ mặt không gặp trường hợp nào bất thường trên phim phổi thẳng. Hình ảnh trung thất trên giãn rộng là bất thường chủ yếu trên hình XQ phổi thẳng gặp 6/7 trường hợp chiếm 85,71%.

c. Công thức bạch cầu

Tất cả các bệnh nhân VTM bên cổ đều có công thức bạch cầu tăng.

1.5. Biến chứng

Trong 46 trường hợp có 69,56% không xảy ra biến chứng, số trường hợp bị biến chứng chiếm 30,44%. Trong đó viêm trung thất chiếm tỷ lệ cao nhất (26,09% tổng số BN).

1.6. Điều trị

1.6.1. Phương thức điều trị

Các trường hợp được điều trị có can thiệp phẫu thuật chiếm 95,65%. Có 1 trường hợp điều trị nội khoa đơn thuần. Như vậy các trường hợp phải can thiệp phẫu thuật là chủ yếu.

1.6.2. Sử dụng KS

Việc phối hợp giữa một Cephalosporine thế hệ 3 với Metronidazole cho kết quả tốt trong điều trị cùng lúc cả VK kỵ khí và ái khí được sử dụng 34,79% trường hợp. Metronidazole kết hợp với Ampicilline/sulbactam được sử dụng 21,74% trường hợp. Còn lại 43,47% các KS khác cũng được sử dụng điều trị.

1.6.3. Kết quả điều trị

Bảng 2: Tỷ lệ khỏi bệnh trong 46 trường hợp nghiên cứu

	Khỏi	Không khỏi	
		Tử vong	Xin về
STH (n)	40	2	4
Tỷ lệ (%)	86.95	4.35	8.70
		13,05	

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40/46 trường hợp (chiếm 86,95%) khỏi bệnh và 6/46 trường hợp chiếm (13,05%) không khỏi. Trong số 6 trường hợp không khỏi có 2 trường hợp tử vong tại Viện, (chiếm 4,35%) và 4 trường hợp bệnh diễn biến nặng gia đình xin về (chiếm 8,70%).

2. Kết quả xét nghiệm vi khuẩn:

2.1. Phân bố vi khuẩn trong viêm tấy mũ vùng cổ

Chúng tôi đã nghiên cứu 46 bệnh phẩm trong đó: 4 bệnh phẩm nuôi cấy âm tính, 42 bệnh phẩm nuôi cấy dương tính chiếm 91,30%. Trong 24 bệnh phẩm đã phân lập được VKKK (chiếm 52,17%) gồm: 20 bệnh phẩm có cả VKAK và VKKK và 4 bệnh phẩm chỉ có VKKK. Trong 18 bệnh phẩm chỉ có VKAK.

2.2. Tên loài VK và số chủng của mỗi loài phân lập được

Bảng 3. Tên loài VK và số chủng của mỗi loài phân lập được

VK ái khí		VK kỵ khí	
Loài VK	N	Loài VK	N
Streptococcus spp	28	Prevotella spp	12
Trực khuẩn gram (+)	10	Peptostreptococcus spp	10
E. coli	6	Porphyromonas spp	10
K. Pneumoniae	6	Bacteroides	6
E. Cloaceae	4	Fusobacterium	4
Streptococcus nhóm A	2	Trực khuẩn gram (+)	2
P. cepacia	2	không có nha bào	
P. pseudomallei	2		
8 loài	60 chủng	6 loài	44 chủng

Trong 46 bệnh phẩm nuôi cấy chúng tôi đã phân lập được: Streptococcus spp. xuất hiện ở 28/46 bệnh phẩm chiếm 60,87%. Prevotella spp. xuất hiện ở 12/46 bệnh phẩm chiếm 26,09%

Trực khuẩn Gram (+), peptostreptococcus spp., porphyromonas spp. xuất hiện ở 10/46 bệnh phẩm chiếm 21,74%.

2.3. Số loài VK phân lập được ở mỗi bệnh phẩm.

Có 38/42 bệnh phẩm nghiên cứu dương tính có từ 2 loài VK trở lên chiếm tỷ lệ 90,48%.

Đặc biệt ở 2 bệnh phẩm có đến 6 loài VK có mặt: gồm 1 VKAK và 5 VKKK, 2 bệnh phẩm khác có 5 loài VK gồm 2 VKAK và 3 VKKK.

2.4. Độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn và nhóm kháng sinh thường gặp.

Ampicilline/sulbactam là KS nhạy cảm nhất, chiếm tỷ lệ 93,33%. Cephotaxime và Chloramphenicol là KS nhạy cảm, chiếm tỷ lệ 86,67%. Clandamycine là KS có tỷ lệ kháng cao nhất gặp 46,67%.

Kết quả KSD với 44 chủng VKKK:

Ampicilline/sulbactam là KS nhạy cảm nhất chiếm tỷ lệ 100%. Chloramphenicol là KS nhạy cảm ở 38/44 chủng chiếm tỷ lệ 86,36%. Metronidazole là KS nhạy cảm ở 36/44 chủng chiếm tỷ lệ 81,82%. Cephotaxime và Clandamycine là KS nhạy cảm chiếm tỷ lệ 77,27%. Pénicilline là KS có tỷ lệ kháng cao nhất chiếm tỷ lệ 27,73%.

Kết quả KSD của 104 chủng VK phân lập

Ampicilline/sulbactam là KS nhạy cảm nhất ở (96,15%). Chloramphenicol là KS nhạy cảm chiếm tỷ lệ 86,56%. Cephotaxime là KS nhạy cảm chiếm tỷ lệ 82,69%. Metronidazole là KS nhạy cảm chiếm tỷ lệ 81,82%. Pénicilline là KS có tỷ lệ kháng cao nhất chiếm tỷ lệ 34,62%.

3. Đối chiếu biểu hiện lâm sàng với kết quả xét nghiệm VK.

Khi đối chiếu các triệu chứng cơ năng, thực thể, XQ với các loại VK gặp trong VTM bên cổ chúng tôi chỉ thấy mối liên quan giữa tính chất mũ với VK.

3.1. Đối chiếu độ đặc của mũ với nhóm VK.

Mủ loãng chỉ thấy ở những trường hợp có VKAK. Mủ nhầy chỉ thấy ở những trường hợp có VKAK. 4 trường hợp có VKKK và các trường hợp hỗn hợp VKKK và VKAK đều đặc. 4 trường hợp không tìm thấy VK đều có mũ đặc.

3.2. Đối chiếu màu sắc của mũ với nhóm vi khuẩn

Mủ trắng, vàng chỉ thấy ở những trường hợp có VKAK. Mủ xanh gặp 20/46 trường hợp gồm những trường hợp có hỗn hợp VKKK – VKAK và 2 trường hợp không tìm thấy VK. Mủ Chocolate thấy ở những trường hợp có VKKK và hỗn hợp VKKK – VKAK.

3.3. Đối chiếu mùi của mũ với nhóm vi khuẩn

Không mùi chỉ thấy ở những trường hợp có VKAK. Mùi hôi chỉ thấy ở 10 trường hợp có VKAK. 4 trường hợp có VKKK và các trường hợp hỗn hợp VKKK và VKAK đều có mùi thối và rất thối. 4 trường hợp không tìm thấy VK đều có mùi thối.

3.4. Các tính chất mũ của nhóm vi khuẩn kỵ khí

Các trường hợp có VKKK và hỗn hợp VKKK với VKAK đều đặc, mùi thối và rất thối chiếm 100%; có màu xanh và chocolate 91,67%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và phân bố bệnh nhân

1.1. Tình hình chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi VTM bên cổ có thể gặp ở mọi nhóm tuổi, song gặp nhiều nhất là nhóm tuổi từ 15 đến 30 (34,78%), sau đó đến nhóm tuổi 31 đến 50 (26,09%) và 51 đến 70 (26,09%). Bruce, Weber nhận xét rằng VTM bên cổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi [3]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ. Tung – Yiu và cộng sự gặp tỷ lệ này là 1,8 [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi VTM bên cổ xuất hiện sau một chấn thương của họng - thực quản là hay gặp nhất (43,47%). Bruce nhận thấy rò bẩm sinh vùng cổ nhiễm khuẩn cũng là nguyên nhân đưa tới VTM bên cổ [3]. Theo nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân này gặp 4,36%. Như vậy, VTM bên cổ

liên quan tới chấn thương của họng – thực quản mà chủ yếu là dị vật đường ăn là nguyên nhân ta cần lưu ý.

Có tới 86,95% BN không có mắc bệnh liên quan. Theo Sethi và Stanley [4] tỷ lệ BN bị viêm hoại tử cân cổ không có tiền sử mắc bệnh có liên quan là 85%, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

1.2. Thời gian mắc bệnh và dùng thuốc kháng sinh

Không có trường hợp nào vào viện ngay trong ngày đầu. Số trường hợp đến viện muộn hơn 7 ngày gặp khá nhiều chiếm 30,43%. Chiếm tỷ lệ cao nhất là số đến trong vòng 2 đến 7 ngày 69,57%.

1.3. Triệu chứng

** Triệu chứng lâm sàng*

Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân có ở toàn bộ BN. Trường hợp sốt gặp 26/46 BN chiếm 56,52%. Điều này được lý giải do tỷ lệ dùng KS trước khi vào viện chiếm tới 91,29% số BN nghiên cứu.

a. VTM bên cổ đơn thuần

VTM bên cổ đơn thuần luôn có biểu hiện hội chứng nhiễm trùng. Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân gặp 66,67%. BN có biểu hiện sốt chiếm 41,17% và biểu hiện nhiễm độc gặp ở 6/24 trường hợp chiếm 25,00%. Triệu chứng cơ năng và tại chỗ là đau cổ gặp 20/24 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,33% kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Linh Thế Cường (85,70%) sưng vùng cổ gặp 24/24 trường hợp chiếm tỷ lệ 100%. Các biểu hiện khác bao gồm nuốt đau chiếm tỷ lệ 75,00%, quay cổ hạn chế chiếm tỷ lệ 75,00% triệu chứng này phụ thuộc vào sưng tấy các khoang vùng cổ [6].

b. Viêm tấy mũ bên cổ mặt

VTM bên cổ – mặt luôn có biểu hiện nhiễm trùng. Biểu hiện nhiễm độc toàn thân cũng thường gặp. Biểu hiện sốt và nhiễm trùng toàn thân gặp ở 100% trường hợp. Biểu hiện nhiễm độc chiếm 50%. Triệu chứng cơ năng và thực thể bao gồm: Nuốt đau chiếm tỷ lệ 100%, đau cổ chiếm tỷ lệ 75% và sưng nề vùng cổ chiếm tỷ lệ 100%. Biểu hiện khít hàm rõ chiếm tỷ lệ 75%, biến đổi tai họng cũng gặp nhiều ở thể này chiếm tỷ lệ 75,00%. Nuốt đau, đau cổ và sưng nề vùng cổ là các triệu chứng luôn được các tác giả đề cập đến [3].

c. Viêm tấy mũ bên cổ ngực

VTM bên cổ – ngực luôn thể hiện tình trạng toàn thân nhiễm trùng, nhiễm độc rất nặng. Bệnh nhân có biểu hiện sốt chiếm 57,14%. Biểu hiện nhiễm trùng toàn thân chiếm 85,71%. Biểu hiện nhiễm độc chiếm 57,14%. Theo Bruce [3] khó thở chủ yếu do đường thở bị chèn ép lại hoặc khi bệnh đã lan vào trung thất.

** Triệu chứng cận lâm sàng*

a. Hình ảnh XQ cổ nghiêng

Hình ảnh khí lẫn trong tổ chức mềm vùng cổ gặp nhiều nhất. Theo Greiwald [5] sự có mặt của nhiều loại VK ưa khí và kỵ khí gây bệnh cảnh lâm sàng hoại tử và sinh hơi, làm tổn thương nhanh chóng lan rộng, dễ đưa tới nhiều biến chứng hiểm nghèo.

b. XQ phổi thẳng

Chúng tôi gặp chủ yếu là hình ảnh trung thất giãn rộng. Theo Bruce thì trên BN VTM bên cổ, sự biến đổi này báo hiệu biến chứng trung thất đã xảy ra [3].

1.4. Biến chứng

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ không xảy ra biến chứng là 69,56%, tỷ lệ có biến chứng là 30,44%. Trong số có biến chứng thì tỷ lệ biến chứng vào trung thất chiếm tỷ lệ cao nhất 26,09%, tỷ lệ này tương đương với Mohamedi, tác giả và cộng sự chỉ gặp 20% biến chứng vào trung thất [6], nhưng thấp hơn Linh Thế Cường tỷ lệ biến chứng vào trung thất là 31,4% [2].

Sở dĩ VTM bên cổ thường đưa tới các biến chứng nặng nề như vậy vì về mặt giải phẫu, vùng cổ có nhiều thành phần quan trọng của cơ thể đi từ sọ não xuống và từ dưới thân mình đi lên, nên khi có tổn thương ở đây sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới những thành phần này. Đồng thời, giải phẫu định khu cho thấy mối quan hệ chặt chẽ của các khoang vùng cổ với trung thất [6].

1.5. Điều trị

Theo nghiên cứu của chúng tôi 95,65% trường hợp phải can thiệp phẫu thuật. Theo Takanami [9] việc mở cổ dẫn lưu được áp dụng cho mọi VTM bên cổ và những trường hợp có biến chứng trung thất còn khu trú ở trung thất trên. Những trường hợp viêm nhiễm đã lan rộng xuống trung thất dưới (dưới ngã ba khí quản), cần phối hợp mở lồng ngực để dẫn lưu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khỏi chiếm 86,95% tỷ lệ không khỏi là 13,05%. Tung – Yiu và cộng sự 18% trường hợp thất bại, trong đó đa số bị tử vong [7].

2. Vi khuẩn.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi Streptococcus spp là nhóm VK thường gặp nhất trong các bệnh phẩm (28/46 = 60,87%) phòng xét nghiệm chúng tôi chưa có điều kiện để định danh nhóm này nên trừ Streptococcus nhóm A, các loài khác đều được tính vào nhóm này. Trục khuẩn gram dương ái khí gặp ở 10/46 bệnh phẩm, là loại VK chúng tôi chưa có điều kiện để định danh đến giống và loài nhưng theo một số tác giả thì đa số các VK này khi xuất hiện ở bệnh phẩm đường hô hấp thuộc loài.

3. Kháng sinh đồ

3.1. Kháng sinh đồ với 30 chủng vi khuẩn ái khí

Theo Brook, Chen các chủng VK có khả năng sản xuất men β – lactamase làm tăng tỷ lệ thất bại của KS Penicilline [8]. Chính vì vậy việc điều trị phối hợp KS luôn là cần thiết.

3.2. Kháng sinh đồ với 22 chủng vi khuẩn kỵ khí

Penicilline G là loại KS thường bị men β - Lactacase của các VKKK gram âm loài Bacteroides và Prevotella kháng lại. 12/18 chủng thuốc 2 loài trên của chúng tôi đã kháng lại KS này.

3.3. Kháng sinh đồ với 52 chủng vi khuẩn

Ampicilline/sulbactam là KS tác dụng tốt nhất. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi việc phối hợp giữa các nhóm KS gồm Cephalosporine thế hệ III

với Metronidazole được sử dụng nhiều nhất chiếm 56,67% BN và cho kết quả điều trị tốt.

4. Mối liên quan giữa tính chất mủ với vi khuẩn.

Tuy số lượng bệnh phẩm không nhiều nhưng chúng tôi cũng mạnh dạn đưa ra những nhận xét của chúng tôi. Trong 4 bệnh phẩm có VKKK và 10 bệnh phẩm có VKKK và VKAK mủ đều đặc, mùi thối và rất thối có màu xanh và chocola.

KẾT LUẬN

1. Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tấy mủ bên cổ:

Viêm tấy mủ bên cổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình là 34,57.

Mặc dù được điều trị tích cực, bệnh vẫn có tỷ lệ thất bại cao chiếm 13,05%.

Viêm tấy mủ bên cổ có thể biểu hiện được nhiều thể lâm sàng: Viêm tấy mủ đơn thuần chiếm 52,17% trường hợp. Viêm tấy mủ cổ mặt chiếm 17,39% trường hợp. Viêm tấy mủ cổ ngực chiếm 30,44% trường hợp.

Viêm tấy mủ bên cổ có tỷ lệ biến chứng khá cao, chiếm 30,43% trường hợp trong đó biến chứng vào trung thất là thường gặp nhất chiếm 85,71% các trường hợp biến chứng.

Đặc điểm XQ cổ nghiêng: Hình ảnh dây phần mềm cột sống cổ và cột sống cổ mất chiều cong sinh lý chiếm 56,52% trường hợp. Hình ảnh khí lẫn tổ chức mềm vùng cổ chiếm 100% trường hợp.

Đặc điểm XQ phổi thẳng: Biểu hiện bất thường chủ yếu là hình ảnh trung thất giãn rộng chiếm 85,71% trường hợp. Kết quả phim XQ phổi thẳng rất có giá trị trong phát hiện biến chứng vào trung thất.

2. Vi khuẩn và vấn đề kháng KS trong nghiên cứu:

2.1. Vi khuẩn.

Trong các viêm tấy mủ bên cổ thường là các nhiễm trùng hỗn hợp VKAK – VKKK, có nhiều loài vi khuẩn phối hợp. Tỷ lệ vi khuẩn phân lập được chiếm 91,30% trong đó: Tỷ lệ VKKK chiếm 52,17%, Tỷ lệ VKAK chiếm 90,48%, Hỗn hợp VKKK-VKAK chiếm 47,62%. Đã phân lập được 14 loài vi khuẩn gồm 52 chủng. Vi khuẩn trong viêm tấy mủ bên cổ có thể là các nhiễm khuẩn nội sinh hoặc ngoại sinh tùy theo ngữ cảnh gây bệnh. Nhìn chung các vi khuẩn có nguồn gốc nội sinh nhiều hơn. Trục khuẩn Gram (+) có vai trò gây bệnh trong viêm tấy mủ bên cổ.

2.2. Kháng sinh đồ

Trong nghiên cứu toàn bộ chủng vi khuẩn được làm kháng sinh đồ chúng tôi thu được kết quả sau: Ampicilline/sulbactam có tác dụng tốt nhạy cảm nhất chiếm tỷ lệ 96,15%; kháng 3,85%, Chloramphenicol là kháng sinh thông dụng rẻ tiền nhưng tác dụng tương đối tốt nhạy cảm 86,56% kháng 13,46%, Cephataxime là kháng sinh nhạy cảm 82,69%; kháng 17,31%, Metronidazole là kháng sinh nhạy cảm ở 18/22 chủng VKKK chiếm tỷ lệ 81,82%, đặc biệt là VKKK Gram (-).

SUMMARY

Objectives: To identify clinical characteristics, bacteriology and antibiotic resistance of deep neck abscesses in national ENT Hospital Hanoi. **STUDY DESIGN AND SETTING:** Descriptive cross-sectional study, using prospective patients' profiles in the National ENT Hospital, Hanoi on 46 patients operated for deep neck abscesses between January 2007 and December 2007. We considered all the bacteriology and antibiotic resistance. **RESULTS:** Mean age 34.57; morbidity 13.05; easily facio-cervical infection 52.17%; x-ray: extension of prevertebral spaces: 56.52%; bacteriology: combination (47.62%) between anaerobic bacteria (52.17%) and aerobic bacteria (90.48%); Ampicilline/sulbactam has high sensitivity. **A CONCLUSIONS:** deep neck abscesses most effected by mens around 35 years, high morbidity, oftens combined bacteriology. Appropriate management continues to favor a combination of early surgical drainage and systemic antibiotics, most sensitively by Ampicilline/sulbactam.

Keywords: clinical characteristics, bacteriology antibiotic, resistance deep, neck abscesses national ENT Hospital Hanoi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đăng Hà (1999), *Vấn đề kháng kháng sinh của vi khuẩn*, Nxb Y học, tr12,15,29,116,130,142. 4
2. Linh Thế Cường (2001), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị viêm tấy lan toả vùng cổ gấp tại viện TMH*, Luận văn thạc sĩ y khoa.
3. Bruce Ascott and Charles M, Stiemberg (1993) "Deep Neck Space - infections" *Head and Neck Surgery - Otolaryngology* Vol I, Philadelphia. pp 731-53. 16
4. Sethi DS, Stanley RE, (1994), "Deep neck abscesses- changing trands", *J Laryngol Otol*, 108(2), pp. 138-43.
5. Greiwald JH, Wilson JF Haggerty PG (1995), "Peritonsillar abscess: an unlikely cause of necrotizing fasciitis" *Ann Fr Anesth Reanim*, 3(3), pp .216-8. 24
6. Mohamedi I, Ceruse P, Duperrets, Vedrinne JM (1999) "Cervical necrotizing fasciitis: 10 years'experience at a simple institution", *Intensive care Med*, 25(8), pp. 829-34.
7. Tung- Yiu W, Jehn- Shyun H, Ching- Hung C, Hung- An C (2000), "Cervical necrotizing fasciitis of odontogenic origin: a report of 11 cases", *J. Oral Maxillofac Surg*, 58(12), pp. 1347 - 53.
8. Chen MK, Wen YS, Chang CC, Lee HS and al (2000), "Deep neck infections in diabetis patients", *Am J Oto Laryngol*, 21(3), pp. 169-73.