

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE CỔ LAN TRUNG THẤT

Lâm Xuân Nhật^{1,2}, Vũ Hữu Vĩnh¹, Nguyễn Ngọc Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe cổ lan trung thất là tình trạng nhiễm trùng cấp tính liên quan đến mô liên kết lỏng lẻo vùng cổ và trung thất. Khi tình trạng nhiễm trùng trùng thất xảy ra, tính mạng bệnh nhân dễ bị đe dọa. Nguyên nhân chủ yếu đến từ các bệnh lý tai mũi họng và răng hàm mặt. Khối áp xe bắt đầu hình thành từ vùng cổ sau đó lan dần qua tĩnh mạch vô danh rồi xuống các trung thất bên dưới. Vì vậy vai trò của phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu khối áp xe cổ rất quan trọng, bệnh nhân có thể tránh được mở ngực để làm sạch khối áp xe trung thất nếu bệnh nhân được chăm sóc tốt vết mổ cổ.

Phương pháp: Nghiên cứu tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất trong khoảng thời gian từ 01/ 06/ 2018 đến 01/ 06/ 2023 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Loại trừ những bệnh nhân tổn thương thực quản do hóc xương hay do chấn thương gây ra. Áp xe cổ được xác định lan trung thất khi khối áp xe đã lan xuống dưới tĩnh mạch vô danh. Tất cả những bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất được phẫu thuật mở rộng cổ dẫn lưu và chăm sóc vết mổ cổ mỗi ngày.

Kết quả: Trong tổng số 95 trường hợp, có 72 trường hợp mặc dù chỉ mở cổ nhưng rất hiệu quả,

bệnh nhân xuất viện sớm sau mổ. Có 18 trường hợp mở cổ và ngực đồng thời và 5 trường hợp mở cổ trước, trong quá trình theo dõi thì khối áp xe trung thất tăng lên, bệnh nhân được chỉ định mở ngực làm sạch áp xe trung thất và đặt hệ thống tưới rửa khoang màng phổi. Tất cả các ca lâm sàng đều cải thiện sau mổ và xuất viện.

Kết luận: Khi bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất, bệnh nhân cần được phẫu thuật mở cổ càng sớm càng tốt. Mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày, bệnh nhân có thể tránh được mở ngực, từ đó bệnh nhân hồi phục nhanh hơn và xuất viện sớm hơn.

Từ khóa: Áp xe cổ, trung thất

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT DESCENDING NECROTIZING MEDIASTITIS

Objective: Neck abscess (deep cervical infection) is resulted mainly by infection of the teeth and/ or throat. It easily spreads into the mediastinum causing descending necrotizing mediastinitis (DNM). The border between neck's space and mediastinal compartments is still controversial. Indication for thoracotomy is based on whether or not that infection is defined "mediastinal". The abscess begins to form in the neck and then spreads to the lower mediastinum. Therefore, the role of surgery to clean and drain the cervical abscess is very important, the patient can avoid opening the chest to clean the mediastinal abscess if the patient is well cared for the neck incision.

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Xuân Nhật

SĐT: 0906959540

Email: nhatlammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

Methods: Retrospectively review DNM cases treated at the Department of Thoracic Surgery – Choray Hospital from 01/06/2018 to 01/06/2023. Patients with esophagus perforation (bone, injury...) were excluded. The deep cervical infection was defined “mediastinal” when it passes below the left innominate vein. All patients with mediastinal cervical abscess had a drainage neck enlargement surgery and daily neck incision care.

Results: Among of 95 cases, there are 72 cases, although only opening the neck but very effective, the patient was discharged earlier. There were 18 cases of simultaneous neck and thoracotomy surgery. There were 5 cases of neck surgery before and thoracotomy after, the patient was thoracostomy to clean the mediastinal abscess and irrigation. All clinical cases are good and hospital discharge.

Conclusion: When deep cervical infection was defined mediastinal descending. The patient should perform neck as soon as possible and take care of neck incisions every day. Patients can avoid thoracostomy, which can help patients discharge earlier.

Keywords: Descending necrotizing mediastinitis (DNM)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe cổ lan trung thất là tình trạng nhiễm trùng cấp tính liên quan đến mô liên kết lỏng lẻo vùng cổ và trung thất. Khi tình trạng nhiễm trùng trung thất xảy ra, tính mạng bệnh nhân dễ bị đe dọa. Nguyên nhân chủ yếu đến từ các bệnh lý tai mũi họng và răng hàm mặt. Khối áp xe bắt đầu hình thành từ vùng cổ sau đó lan dần qua tĩnh mạch vô danh rồi xuống các trung thất bên dưới. Vì vậy vai trò của phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu khối áp xe cổ rất quan trọng, bệnh nhân

có thể tránh được mở ngực để làm sạch khối áp xe trung thất nếu bệnh nhân được chăm sóc tốt vết mổ cổ.

Áp xe cổ lan trung thất là một tình trạng nhiễm trùng cấp đe dọa tính mạng, có liên quan đến mô liên kết vùng cổ và các khoang cổ sâu bao gồm khoang trước khí quản, quanh mạch máu, sau tạng và khoang trước cột sống. Phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu áp xe cổ và quanh khí quản qua đường cổ góp phần ngăn ngừa sự lan rộng ổ nhiễm trùng xuống trung thất. Đây cũng được xem là phương pháp điều trị hiệu quả để làm sạch ổ nhiễm trùng vùng cổ và đóng vai trò quan trọng trong điều trị ban đầu đối với DNM.

Trước những năm 1990, các báo cáo cho thấy tỉ lệ tử vong của DNM được điều trị bằng phẫu thuật nằm trong khoảng 40%. Đến những năm 2000, tỉ lệ này giảm xuống chỉ còn 5-20%, đây chính là kết quả của việc chẩn đoán bệnh sớm nhờ vào phương tiện hình ảnh, cũng như điều trị dẫn lưu triệt để ổ nhiễm trùng.

Phẫu thuật dẫn lưu và làm sạch vùng cổ và quanh khí quản (DC-PTD) không chỉ là một phương pháp phù hợp cho ổ nhiễm trùng tại chỗ vùng cổ mà còn là phương pháp ngăn ngừa sự lan rộng của ổ nhiễm trùng vào các khoang cổ sâu hơn và trung thất.

Dẫn lưu trung thất qua đường ngực cũng được xem là phương pháp hiệu quả để điều trị DNM, tuy nhiên đây là một phương pháp xâm lấn hơn so với dẫn lưu vùng cổ, do đó hiện nay, các nhà lâm sàng xem đây là phương pháp can thiệp thứ hai chỉ khi tình trạng nhiễm trùng không thể kiểm soát hiệu quả bằng phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ trước đó.

Tại khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy, đối với các bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất, chúng tôi thực hiện phương pháp điều trị phẫu thuật mở rộng cổ dẫn lưu và chăm sóc vết mổ cổ mỗi ngày.

Hiện nay, câu hỏi làm sao có thể điều trị áp xe cổ lan trung thất sớm nhất có thể nhưng mang lại hiệu quả cao, tránh được mở ngực nặng nề luôn là mối bận tâm của các phẫu thuật viên chuyên khoa lồng ngực; từ đó chúng tôi quyết định thực hiện đề tài nghiên cứu phương pháp điều trị mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày nhằm điều trị áp xe cổ lan trung thất. Vì vậy câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi là: hiệu quả của phương pháp phẫu thuật mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày để điều trị áp xe cổ lan trung thất là như thế nào?.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đặc điểm vi khuẩn và hình ảnh của bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất.
2. Đánh giá kết quả của phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày điều trị áp xe cổ lan trung thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất (DNM) dựa trên tiêu chuẩn của Estrera nhập khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/ 06/ 2018 đến 01/ 06/ 2023

1. Có bằng chứng của nhiễm trùng vùng miệng hầu trên lâm sàng

2. Có đặc điểm của áp xe trung thất trên hình ảnh học

3. Đối tượng được lưu trữ đầy đủ bệnh án và số liệu trong mổ và hậu phẫu

4. Có mối liên hệ giữa nhiễm trùng vùng miệng hầu và sự tiến triển của áp xe trung thất.

Định nghĩa:

Áp xe cổ được xác định lan trung thất khi khối áp xe đã lan xuống dưới tĩnh mạch vô danh trên hình ảnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ do những nguyên nhân sau

1. Tổn thương thực quản do dị vật
2. Chấn thương, vết thương thực quản

Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất được điều trị với phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày trong khoảng thời gian từ 01/06/2018 đến 01/06/2023 tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Nghiên cứu: Một số đặc điểm chung, tiền sử bệnh, vi khuẩn gây bệnh, biểu hiện lâm sàng, CT scan ngực, điều trị ngoại khoa.

Đánh giá kết quả sớm trong điều trị: Thời gian nằm viện, biến chứng, tình trạng xuất viện (sống, tử vong).

Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 95 bệnh nhân trong khoảng thời gian 01/06/2018 đến 01/06/2023.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Đặc điểm chung	Tuổi	40 – 59 (48,4%)
	Giới nam	61 (64,2%)
Yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường	36 (37,9%)
	Tăng huyết áp	23 (24,2%)
Nguồn nhiễm trùng	Nhiễm trùng răng miệng	13 (13,7%)
	Áp xe vùng hầu họng	3 (3,2%)
	Không rõ nguyên nhân	79 (83,1%)

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian từ lúc chẩn đoán - can thiệp	< 15 giờ	88 (53,3)
	$\geq$ 15 giờ	7 (46,7)
Triệu chứng lâm sàng	Đau	95 (100)
	Sưng	95 (100)
	Đỏ	40 (42,1)
	Nóng da khi sờ	55 (57,9)
	Tiếng lép bép dưới da vùng cổ	11 (11,6)
	Sốc nhiễm trùng	10 (10,5)
Kết quả cấy có vi khuẩn	Không	30 (31,6)
	Streptococci	50 (52,6)
	K. pneumoniae	10 (10,5)
	Peptostreptococcus spp	3 (3,2)
	S. aureus	2 (2,1)
CT scan – Mức độ lan áp xe*	Type I	63 (66,7)
	Type IIA	19 (20)
	Type IIB	13 (13,3)

* Theo phân loại Endo

Type I = Giới hạn ở cổ và trung thất trên

Type IIA = Lan đến trung thất trước, dưới vị trí carena

Type IIB = Lan đến trung thất trước và sau, dưới vị trí carena

Bảng 3.3: Điều trị trước phẫu thuật

Điều trị		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Kháng sinh	Có	70 (73,3)
	Không	25 (26,7)
Thở máy	Có	12 (13,3)
	Không	83 (86,7)

Bảng 3.4: Đặc điểm trong phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian phẫu thuật		
Loại phẫu thuật	Mở cổ làm sạch + dẫn lưu cổ	72 (75,8)
	Mở cổ và ngực đồng thời	18 (18,9)
	Mở cổ trước, mở ngực sau	5 (5,3)
Mở khí quản	Có	5 (5,3)
	Không	90 (94,7)
Thời gian tưới rửa khoang màng phổi (ngày) (n=3)		7.8 $\pm$ 1.3
Số lần thay băng	1 lần/ ngày	63 (66.7)
	2 lần / ngày	32 (33.3)

Bảng 3.5: Kết quả điều trị

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian nằm viện (ngày)		12 (7,5 - 18)
Biến chứng	Sốc + nhiễm trùng huyết	10 (10,5)
	Suy thận	1 (6.7)
	Viêm phổi	6 (6.3)
	Suy đa cơ quan	1 (1,1)
Biến chứng liên quan đến phẫu thuật	Liệt dây thần kinh quặt ngược	0 (0)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (13.3)
Can thiệp phẫu thuật lần hai	Không	10 (66.7)
	Đặt dẫn lưu màng phổi	3 (20)
	Mở ngực làm sạch áp xe trung thất	2 (13.3)
Tử vong		19 (20)

Bảng 3.6: Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

		Can thiệp lại	Không can thiệp lại	p
Giới	Nam	3	8	0.409
	Nữ	2	10	
Yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường	2	3	0.699
	Hút thuốc	2	7	0.264
	Tăng huyết áp	2	3	0.699
Nguồn nhiễm trùng	Nhiễm trùng răng miệng	1	8	0.025
	Áp xe vùng hầu họng	4	2	
Thời gian từ lúc chẩn đoán - can thiệp	≥ 15 giờ	4	3	0.067
Mức độ lan áp xe	Type I	4	6	0.377
	Type IIA	0	3	
	Type IIB	1	1	

Điều trị kháng sinh trước phẫu thuật	Có	1	3	0.680
	Không	4	7	
Loại phẫu thuật	Mở cổ làm sạch ổ dẫn lưu	4	8	1
	Mở cổ làm sạch ổ áp xe + đặt dẫn lưu màng phổi kín	1	2	
Số lần thay băng	1 lần/ ngày	5	5	0.053
	2 lần / ngày	0	5	

IV. BÀN LUẬN

Yếu tố nguy cơ

Hầu hết nguồn nhiễm trùng của áp xe cổ là nhiễm trùng vùng thanh quản và răng miệng. DNM thứ phát sau áp xe cổ cũng có nguồn gốc tương tự. Đối với bệnh nhân DNM có rối loạn hệ thống miễn dịch do các yếu tố sau như đái tháo đường, suy thận, giảm bạch cầu, nghiện rượu^[1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm cần can thiệp lại có tỉ lệ tiền căn đái tháo đường cao hơn nhóm không can thiệp lại, do đó chúng tôi cho rằng ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị của DNM. Ngoài ra tình trạng thiếu oxy mô cũng đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển của DNM. Tương tự như những báo cáo trước đây, chúng tôi chú ý thấy kết quả xét nghiệm cấy chỉ ra nhiễm trùng đa khuẩn có tỉ lệ phổ biến nhất. Môi quan hệ cộng sinh giữa vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí gây ra tình trạng thiếu oxy mô, có liên hệ với bệnh lý ĐTĐ và suy hô hấp^[2,3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ đều có ít nhất một bệnh nền kèm theo, chủ yếu là đái tháo đường, tăng huyết áp và có tiền sử hút thuốc.

Nguồn áp xe

Giải phẫu vùng cổ và ngực có mối liên quan đến sự lan rộng của áp xe cổ xuống thành áp xe trung thất, do sự liên kết của một mạc chung giữa hầu, họng, cổ và trung thất. việc lan rộng xuống trung thất được lý giải

do áp lực âm trong khoang màng phổi, trọng lực và lực hút khi hô hấp vào trung thất cũng như khoang màng phổi^[4,5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân áp xe cổ chủ yếu xuất phát từ nguồn nhiễm trùng ở vùng răng miệng và hầu họng, lan xuống trung thất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân là đau, ít bệnh nhân có tình trạng sưng và viêm mô mềm vùng cổ và trung thất trên. Tuy nhiên nếu chỉ dựa trên triệu chứng lâm sàng rất khó để phân biệt áp xe cổ và DNM, điều này cũng góp phần làm trì hoãn chẩn đoán cũng như can thiệp sớm ở bệnh nhân DNM^[6].

Hình ảnh trên CT scan

Tiêu chuẩn chẩn đoán DNM được định nghĩa vào năm 1983, nhấn mạnh vai trò của đặc điểm hình ảnh học trên CT scan. Qua nhiều thập kỷ, nhiều tác giả cũng đã chứng minh vai trò quan trọng của CT scan trong việc chẩn đoán sớm DNM^[5,7,8]. Ngoài ra, CT scan cũng là một phương tiện có độ đặc hiệu và chính xác cao để định hướng dẫn lưu trong mổ cũng như theo dõi sau mổ. Nhiều tác giả đã mô tả đặc điểm đặc trưng của DNM bao gồm: tổn thương tụ dịch không vỏ bao, áp xe, có tụ khí mô mềm, tuy nhiên rộng tổ chức trung thất mới là sự thay đổi phổ biến nhất trong hầu hết trường hợp.

Theo phân loại mức độ lan rộng của áp xe, chúng tôi ghi nhận chủ yếu là type I giới hạn ở vùng áp xe cổ và trung thất trên, chưa

lan rộng xuống dưới (66.7%)

Điều trị trước phẫu thuật

Đối với tình trạng nhiễm trùng như áp xe cổ và DNM, điều trị với kháng sinh là bắt buộc. Tuy nhiên chỉ điều trị nội khoa với kháng sinh đơn thuần không thể giải quyết triệt để bệnh. Đây chỉ được xem là một phương pháp điều trị hỗ trợ trước và sau mổ giúp mang lại hiệu quả cho phẫu thuật điều trị làm sạch và dẫn lưu áp xe cổ lan trung thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 73.3% bệnh nhân được dùng kháng sinh trước phẫu thuật, đây cũng là một yếu tố được cho là quan trọng, góp phần cải thiện tình trạng nhiễm trùng cũng như sự lan rộng của ổ áp xe.

Phương pháp phẫu thuật

Dựa trên những nghiên cứu hồi cứu hiện nay về phương pháp phẫu thuật điều trị DNM, nhiều phẫu thuật viên cho rằng áp xe trung thất không thể dẫn lưu và làm sạch chỉ qua đường mở cổ mà cần mở rộng vùng nhiễm trùng ở trung thất^[5].

Tuy nhiên ngày càng có nhiều bác sĩ chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên tình trạng lâm sàng của từng bệnh nhân^[3]

Quan điểm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thống nhất với xu hướng mới nhất này, cho rằng không nên can thiệp quá mức đối với DNM như mở ngực và mở rộng, làm sạch áp xe trung thất. Sự can thiệp quá mức cần thiết có thể gây hại cho bệnh nhân, đặc biệt ở những bệnh nhân có kèm theo bệnh lý nội khoa nặng^[6].

Dựa trên kinh nghiệm, chúng tôi đưa ra phương pháp ít xâm lấn đối với DNM: mở cổ làm sạch và dẫn lưu đối với tất cả bệnh nhân DNM, việc dẫn lưu kín ở ngực mà không cần mở ngực được hỗ trợ ở bệnh nhân có tràn dịch hoặc tràn mủ màng phổi.

Theo quy trình phẫu thuật như trên, chúng tôi đạt được kết quả khả quan. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi là 0%, tỉ lệ biến chứng thấp, tương tự như những nghiên cứu khác.

Ngoài ra vai trò của những điều trị hỗ trợ trong và sau mổ cũng vô cùng quan trọng. Một số tác giả cho rằng nên mở khí quản sau khi xuất viện cho tất cả các bệnh nhân nhằm tránh tình trạng thiếu oxy^[7]. Tuy nhiên vẫn có rất nhiều tác giả khác cho rằng mở khí quản thường quy là không cần thiết mà nên đánh giá tùy vào tình trạng của từng bệnh nhân^[1]. Chúng tôi cũng đồng quan điểm với ý kiến khi cho rằng mở khí quản góp phần lan rộng khu vực nhiễm trùng cũng như gia tăng tỉ lệ áp xe lan xuống trung thất, ngoài ra các liệu pháp cung cấp oxy vẫn có thể giảm được tình trạng thiếu oxy mà không cần mở khí quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào cần mở khí quản trong mổ.

Với xu hướng phát triển của kỹ thuật VATs trong phẫu thuật lồng ngực như hiện nay, đây được xem là một kỹ thuật giảm đau, ít xâm lấn và hồi phục nhanh hơn so với mở ngực truyền thống. Tuy nhiên VATs vẫn còn đang trong quá trình bàn cãi liệu rằng có phải là một phương pháp điều trị hiệu quả để dẫn lưu và làm sạch đối với những trường hợp bệnh nghiêm trọng. Thêm nữa, cũng có nhận định không khả quan về việc sử dụng VATs đối với DNM ở vị trí trung thất trên và trước. Trong trường hợp này, áp xe trung thất có thể giải quyết hiệu quả chỉ bằng đường mở cổ làm sạch và dẫn lưu ổ áp xe. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được mở cổ làm sạch ổ áp xe, trong đó có 72/95 bệnh nhân được mở cổ kèm theo đặt dẫn lưu màng phổi nhằm thoát dịch trong khoang, kết quả không ghi nhận trường hợp nào tử vong,

ti lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

Phương pháp chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật

Việc cân bằng huyết động cũng như hỗ trợ dinh dưỡng là một phần trong quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn sau phẫu thuật, nhờ đó mang lại thành công cho điều trị DNM. Sau khi cắt lọc và làm sạch ổ áp xe, việc chăm sóc vết thương mỗi ngày cẩn thận là cần thiết. Các tác giả khuyến cáo nên lấy sạch các tế bào dơ bẩn ở vết thương và thay băng sạch mỗi ngày. Ngoài ra sử dụng liệu pháp hút áp lực âm cũng được chứng minh làm giảm phù nề, kích thích tạo mô hạt. Tại thời điểm nhiễm trùng đã được giải quyết và xuất hiện mô hạt, vết thương có thể được đóng bằng vật da hoặc miếng đệm [AMS]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được chăm sóc loại bỏ mô hoại tử và thay băng sạch ít nhất 1 lần mỗi ngày.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết trường hợp áp xe cổ có nguồn nhiễm trùng từ vùng hầu họng hoặc răng miệng, có thể điều trị tốt và triệt để bằng phẫu thuật ít xâm lấn qua mở cổ làm sạch và dẫn lưu ổ nhiễm trùng kèm theo thay băng và chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

Với phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày điều trị áp xe cổ lan trung thất, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân phục hồi nhanh và xuất viện sớm; đặc biệt hữu hiệu đối với những bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roccia F, Pecorari GC, Oliaro A, et al.** Ten years of descending necrotizing mediastinitis: management of 23 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1716–24
2. **Liao YS, Lai CC, Tan CK, et al.** Deep neck infection with descending necrotizing mediastinitis presenting with out-of-hospital cardiac arrest. *Q J Med* 2013;hct047.
3. **Karkas A, Chahine K, Schmerber S, et al.** Optimal treatment of cervical necrotizing fasciitis associated with descending necrotizing mediastinitis. *Br J Surg* 2010;97:609–15.
4. **Kang SK, Lee S, Oh HK, et al.** Clinical features of deep neck infections and predisposing factors for mediastinal extension. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;45:171–6.
5. **Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, et al.** Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg* 2010;251: 528–34.
6. **Wei D, Bi L, Zhu H, He J, Wang H.** Less invasive management of deep neck infection and descending necrotizing mediastinitis: A single-center retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(15): e6590. doi:10.1097/ MD.0000000000006590
7. **Gorlitzer M, Grabenwoeger M, Meinhart J, et al.** Descending necrotizing mediastinitis treated with rapid sternotomy followed by vacuum-assisted therapy. *Ann Thorac Surg* 2007;83:393–6.
8. **Sancho LMM, Minamoto H, Fernandez A, et al.** Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16:200–5.