

NHẬN XÉT CÁC ĐƯỜNG PHẪU THUẬT DẪN LƯU P XE CỔ MẶT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ NĂM 2020-2021

Lữ Thị Hoàng Oanh¹, Lê Nguyễn Uyên Chi¹, Trần Thế Việt², Phùng Mạnh Thắng², Hoàng Bá Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe cổ mặt là bệnh nhiễm trùng, nếu không điều trị kịp thời có thể dẫn đến sốc nhiễm trùng và tử vong. Điều trị áp xe cần mô hình đa phương thức, trong đó phẫu thuật rạch dẫn lưu là yếu tố quan trọng trong quá trình trị liệu.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cổ mặt và nhận xét các đường phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ mặt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca áp xe cổ mặt được phẫu thuật dẫn lưu tại khoa tai mũi họng bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2020- 6/2021.

Kết quả: Qua 47 ca lâm sàng, triệu chứng ghi nhận chủ yếu là sưng, đau với 97,9%, há miệng hạn chế với 38,3%, vi trùng được phân lập nhiều nhất là *Streptococcus* spp 42,6% và *Klebsiella* spp 19,2%. Đường rạch dưới bờ xương hàm dưới (58,6%), đường rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm (27,7%), đường phẫu thuật với chiều là $5,81 \pm 1,81$ cm, tổng chiều dài là $9,28 \pm 6,77$ cm, độ sâu là $4,47 \pm 0,91$ cm.

Kết luận: Đường rạch tối ưu vào hết các ổ áp xe, và rộng đủ để dẫn lưu, dễ dàng chăm sóc sau mổ là cần thiết.

Từ khóa: áp xe cổ mặt, đường bờ hàm dưới, đường dọc bờ trước cơ ức đòn chũm

ABSTRACT

REVIEW ON FACIAL NECK ABSCESS SURGICAL DRAINAGE INCISION AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2020-2021

Lu Thi Hoang Anh, Le Nguyen Uyen Chi, Tran The Viet, Phung Manh Thang, Hoang Ba Dung

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 320-324

Background: Facial neck abscess is an infectious disease that, if not treated promptly, can lead to septic shock and death. Treatment of abscess requires a multimodal model, in which surgical drainage is an important factor in the treatment process.

Objectives: Investigation of clinical and paraclinical characteristics of patients with neck and facial abscesses and review on surgical drainage incision for facial neck abscesses.

Methods: A prospective study describing a series of cervical and facial abscesses surgically drained at Department of Otolaryngology at Cho Ray hospital from September 2020 to June 2021.

Results: Through 47 cases, the main symptoms were swelling and pain with 97.9%, limited opening of the mouth with 38.3%, the most isolated bacteria were *Streptococcus* spp 42.6% and *Klebsiella* spp 19.2%. The incision below the mandibular margin (58.6%), the incision along the anterior border of the sternocleidomastoid muscle (27.7%), the surgical incision with a length of 5.81 ± 1.81 cm, the total length is 9.28 ± 6.77 cm, depth is 4.47 ± 0.91 cm.

Conclusions: Optimum incision into all abscesses, and wide enough for drainage, easy postoperative care is necessary.

Keywords: facial neck abscess, mandibular border incision, anterior border of sternocleidomastoid muscle

¹Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Tác giả liên lạc: TS. Lê Nguyễn Uyên Chi ĐT: 0902206110

Email: uyenchien@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu luôn là thách thức lớn với chuyên khoa tai mũi họng. Nếu không được can thiệp sớm kịp thời, biến chứng do tụ mủ và lan nhanh trung thất, sốc nhiễm trùng, bệnh nhân dễ tử vong⁽¹⁾.

Hiện tại đường rạch da dẫn lưu kinh điển gồm đường rạch dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm vào các khoang cạnh họng, khoang tạng, khoang nguy hiểm, khoang trước cột sống. Đường bờ dưới xương hàm dưới vào các khoang dưới hàm, khoang cơ nhai. Đường dọc giữa dưới cằm vào được khoang dưới lưỡi. Đường cung móm tiếp vào khoang thái dương. Đường cổ mặt chũm vào khoang tuyến mang tai. Rạch trụ trước amidan vào khoang quanh amidan⁽²⁾.

Với mong muốn ghi nhận lại hiệu quả của các đường phẫu thuật dẫn lưu trong việc dẫn lưu mủ từ các ổ áp xe cổ mặt tại khoa tai mũi họng bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu là khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cổ mặt và nhận xét các đường phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ mặt.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán áp xe cổ mặt có chỉ định phẫu thuật (PT) đường ngoài tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2020 - 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ mặt có chỉ định phẫu thuật đường ngoài.
- Tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Áp xe lạnh do lao.
- Bệnh lý ung thư đi kèm.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ mặt và được chỉ định phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ đường ngoài.

Bước 2: Ổ áp xe được phẫu thuật dẫn lưu.

Bước 3: BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 4: Theo dõi và đánh giá vết thương sau phẫu thuật dẫn lưu.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Chỉnh sửa và loại bỏ những trường hợp (TH) phiếu thu thập số liệu không điền đầy đủ thông tin.

Tạo mã cho giá trị các biến số và nhập số liệu vào máy tính.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Excel 2010 và phần mềm thống kê SPSS 16.0.

Biến số định lượng:

- Nếu tuân theo luật phân phối chuẩn: số liệu sẽ được trình bày với số trung bình (TB) và độ lệch chuẩn (ĐLC).

- Nếu không tuân theo luật phân phối chuẩn: số liệu sẽ được trình bày với số trung vị và các cách phân vị 25% và 75%.

Biến số định tính: số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Kết quả nghiên cứu được trình bày bằng Word 2010 dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, bảng số, biểu đồ.

Dùng test χ^2 để kiểm định khi so sánh 2 tỷ lệ, phép kiểm t-test để kiểm định trung bình và biến định lượng, phép kiểm Mann-Whitney trường hợp không phân phối chuẩn.

Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Qua 47 trường hợp nghiên cứu nhận xét các đường phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ mặt tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2020-6/2021.

Đặc điểm chung của bệnh nhân áp xe cổ mặt

Tỷ lệ nam giới chiếm đa số với 68%, nữ giới 32%. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu $51,91 \pm 14,7$ tuổi, cao nhất 88 tuổi, thấp nhất 18 tuổi.

BMI (kg/m^2) trung bình $23,94 \pm 3,87$. BMI bình thường (18,5-22,9) chiếm 38,3%.

Bệnh kèm theo chủ yếu là đái tháo đường (44,7%), tăng huyết áp (42,6%).

Hút thuốc lá (55,3%), uống rượu (48,9%) là yếu tố nguy cơ thường gặp.

Không rõ nguyên nhân 66%, nguyên nhân sâu răng 34%.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cổ mặt

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cổ mặt

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sưng nóng đỏ đau	46	97,9
Há miệng hạn chế	18	38,3

Triệu chứng ghi nhận chủ yếu là sưng vùng đau với 97,9%, há miệng hạn chế với 38,3% (Bảng 1).

Các khoang áp xe thường gặp: khoang dưới hàm (53,2%), khoang cơ nhai (40,4%), khoang cạnh họng (31,9%), khoang tuyến mang tai (23,4%). Áp xe lan rộng các khoang (17%), lan trung thất (2,1%). Áp xe trên 3 khoang chiếm 12,8% trong mẫu nghiên cứu.

Tỷ lệ cấy 61,7%, nhóm vi trùng được phân lập ghi nhận nhiều nhất là *Streptococcus spp* và *Klebsiella spp* với 42,6% và 19,2%. Tỷ lệ nhiễm nhiều loại là 10,6%. Không định danh được vi khuẩn (27,7%) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm vi trùng gây áp xe cổ mặt

Định danh vi trùng	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Streptococcus spp</i>	20	42,6
<i>Klebsiella spp</i>	9	19,2
Nhiễm nhiều loại	5	10,6
Không định danh	13	27,6

Đặc điểm các đường phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ mặt

Vết thương bản (100%) theo phân loại

đường mổ phẫu thuật đánh giá trước phẫu thuật để đánh giá tình trạng nhiễm trùng vết mổ (CDC- SWC).

Số lượng bạch cầu trước phẫu thuật dẫn lưu $17,43 \pm 5,90$ và số lượng bạch cầu sau phẫu thuật dẫn lưu $12,70 \pm 6,48$. Sự khác biệt về trị số bạch cầu trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Vị trí đường rạch dẫn lưu

Vị trí đường rạch dẫn lưu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới bờ xương hàm dưới	28	58,6
Dọc bờ trước cơ ức đòn chũm	13	27,7
Trụ trước vào khoang quanh Amidan	9	19,2
Đường giữa dưới cằm	5	10,6
Đường cung mỏm tiếp	2	4,3
Đường vào niêm mạc má	2	4,3
Đường cổ chũm mặt	2	4,3
Trong miệng	2	4,3
Đường miệng rạch thành sau họng	2	4,3
Rãnh lợi môi	1	2,1
Vết mổ cũ	2	4,2

Đường rạch dưới bờ xương hàm dưới (58,6%), đường rạch dọc bờ trước cơ ức đòn chũm (27,7%), đường rạch trụ trước amidan (19,2%), đường rạch giữa dưới cằm (8,2%) (Bảng 3).

Bảng 4. Chiều dài đường phẫu thuật

	TB $\pm$ ĐLC	Trung vị [Khoảng tứ phân vị]	Cao nhất	Thấp nhất
Chiều dài đường PT (cm)	$5,81 \pm 1,81$	6 [4 - 7]	8	2
Tổng chiều dài các đường PT rạch dẫn lưu cổ mặt (cm)	$9,28 \pm 6,77$	7 [5 - 12]	32	2
Độ sâu đường PT (cm)	$4,47 \pm 0,91$	5 [4 - 5]	5	2

Chiều dài trung bình của đường phẫu thuật là $5,81 \pm 1,81$ cm. Dài nhất 8 cm, ngắn nhất 2 cm. Tổng chiều dài đường phẫu thuật rạch dẫn lưu cổ mặt trung bình là $9,28 \pm 6,77$ cm. Độ sâu trung bình của đường phẫu thuật là $4,47 \pm 0,91$ cm. Ngắn nhất 2 cm. Sâu nhất 5 cm (Bảng 4).

Số lượng đường rạch dẫn lưu ổ áp xe liên quan với số lượng khoang áp xe cổ mặt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$).

Thể tích dịch hút trung bình trong phẫu

thuật là $20,36 \pm 12,21$ (ml). Số ngày dẫn lưu trung bình là $6,66 \pm 3,34$ (ngày).

Số lần cắt lọc trong tuần đầu sau phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe 1 lần/tuần (6,4%), 3 lần/tuần (48,9%), 7 lần/tuần (31,9%).

Tỷ lệ bơm rửa trong tuần đầu tiên sau phẫu thuật dẫn lưu 62% bơm rửa 2 lần/ngày, 30% bơm rửa 1 lần/ngày, 6% bơm rửa 3 lần/ngày, và 2% cần tưới rửa liên tục.

Số lần thay băng trong tuần đầu tiên sau PT 2 lần/ngày (74,5%), 3 lần/ngày (23,4%).

Thời gian hình thành mô hạt xuất hiện từ 3 đến dưới 7 ngày (42,6%), 7 đến 14 ngày (44,7%), trên 14 ngày (13,7%).

Mức độ đau sau PT thấp hơn so với trước PT, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,001$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân áp xe cổ mặt

BN áp xe cổ mặt có tuổi trung bình $51,91 \pm 14,7$ đa số ở nam giới: nam chiếm 68%, nữ chiếm 32%, có thể được lý giải do hút thuốc lá và uống rượu gây giảm sức đề kháng của cơ thể. Bệnh kèm theo là đái tháo đường, sâu răng vì vi trùng thường bắt nguồn từ vùng họng miệng, kết hợp với suy giảm miễn dịch là yếu tố thuận lợi để gây bệnh. Tăng huyết áp, BMI bất thường chiếm 61,7% như thừa cân, béo phì hay suy dinh dưỡng cũng là cơ địa thuận lợi để gây bệnh.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe cổ mặt

Chúng tôi ghi nhận triệu chứng chủ yếu là sưng vùng đầu với 97,9%, kể đến là há miệng hạn chế với 38,3%. Theo tác giả Huang TT triệu chứng đau, sốt chiếm tỷ lệ cao nhất (100% và 83,87%)⁽³⁾. Tác giả Tormes AK thống kê triệu chứng đau chiếm 21,7%, sưng vùng đầu (50,4%), sốt chỉ chiếm 11,3%⁽⁴⁾. Điều này cũng hợp lý với áp xe cổ là bệnh cảnh nhiễm trùng. Đây còn là một trong những dấu hiệu lâm sàng giúp theo dõi các vết thương sau phẫu thuật rạch áp xe.

CT Scan

Các bệnh nhân trong lô nghiên cứu đều

được chụp CT Scan mặt cổ, ngực có cản quang. Hình ảnh gợi ý nhiều cho áp xe là một khối giảm đậm độ trung tâm không bắt thuốc cản quang và có bắt thuốc quang viền, có thể có khí tụ bên trong. Các khoang cổ thường gặp trên lâm sàng: dưới hàm (53,2%), cơ nhai (40,4%), cạnh họng (31,9%), tuyến mang tai (23,4%), áp xe lan rộng các khoang (17%), lan trung thất (2,1%). Số lượng khoang trên 3 khoang chiếm 12,8% mẫu nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận hầu hết tập trung vào khoang dưới hàm, khoang cơ nhai. Các tác giả như Collin J (2006) thống kê vùng dưới hàm chiếm 41,3%, vùng dưới cằm chiếm 12,7%⁽⁵⁾. Tác giả Tormes AK ghi nhận khoang dưới hàm bị ảnh hưởng thường gặp nhất⁽⁴⁾. Theo Huang TT (2006) thường gặp nhất là khoang dưới hàm (51,61%), khoang cằm (22,58%). Chỉ có 06 trường hợp áp xe lan rộng hơn 3 khoang vùng cổ mặt⁽³⁾.

Vi trùng học

Kết quả chúng tôi ghi nhận trên mẫu nghiên cứu này tỷ lệ cấy dương tính 61,8%. Nhóm vi trùng được phân lập ghi nhận nhiều nhất là *Streptococcus spp* và *Klebsiella spp* với 42,6% và 19,2%. Tỷ lệ nhiễm nhiều loại là 10,6%. Không định danh được vi khuẩn (27,6%).

Đặc điểm các đường phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ mặt

Đặc điểm vết thương

Trước phẫu thuật dẫn lưu 100% vết thương xếp nhóm bản theo CDC. Sau phẫu thuật dẫn lưu phân loại theo SWC là thuộc phân nhóm nhiễm trùng vết mổ sâu trong tuần đầu sau phẫu thuật rạch da đường ngoài lý do mủ chảy từ khoang dẫn lưu.

Tỷ lệ xuất hiện mô hoại tử sau phẫu thuật dẫn lưu 3 ngày 100%. Sau 7 ngày chăm sóc vết thương tỷ lệ còn 48,9%. Cho thấy vai trò chăm sóc vết thương rất quan trọng giải quyết vết thương sạch thoáng giúp quá trình hình thành mô hạt và liền thương nhanh chóng⁽⁶⁾.

Vị trí các đường phẫu thuật dẫn lưu

Tùy thuộc vào vị trí các khoang đang tình

trạng tụ mù. Ngoài ra số lượng khoang tăng lên số lượng đường rạch tăng.

Đường rạch dẫn lưu ghi nhận chủ yếu là đường dưới xương hàm dưới với 58,6%, kế đến là trước cơ ức đòn chũm với 27,7%. Các đường rạch khác được thực hiện tùy thuộc vào vị trí và đặc tính của các khoang áp xe, mục đích đường rạch tiếp cận được ổ áp xe để dẫn lưu và chăm sóc hậu phẫu dễ dàng.

Chiều dài đường phẫu thuật

Chiều dài trung bình của đường phẫu thuật là $5,81 \pm 1,81$ cm. Dài nhất 8 cm, thấp nhất 2 cm.

Tổng chiều dài đường phẫu thuật rạch dẫn lưu cổ mặt trung bình là $9,28 \pm 6,77$ cm. Trên một trường hợp có khi dài đến 32 cm. Nhiều vết thương, hoặc vết thương càng dài, bệnh nhân càng dễ lo lắng. Tâm lý bất ổn, đau trong mỗi lần chăm sóc vết thương. Phẫu thuật dẫn lưu cần mở rộng giúp phẫu thuật viên nhìn rõ dịch ứ đọng, dẫn lưu tốt nhất, và quan trọng cho việc chăm sóc vết thương. Tránh bộc lộ cơ quan (cơ ức đòn chũm, xương hàm dưới, tuyến nước bọt, khí quản...). Chúng tôi khắc phục bằng cách khâu mép da tạo một đường dẫn lưu trực tiếp vào ổ áp xe.

Độ sâu đường phẫu thuật

Độ sâu trung bình của đường phẫu thuật là $4,47 \pm 0,91$ cm. Thấp nhất 2 cm. Giúp dẫn lưu tiếp cận đáy ổ mù, chăm sóc hậu phẫu dễ dàng, giúp thời gian lành thương nhanh chóng, đạt hiệu quả điều trị. Quyết định độ sâu trong phẫu thuật dẫn lưu tùy thuộc khả năng phẫu thuật viên đuổi theo dấu chứng bệnh tích đổ ra từ các khoang song song với việc bóc tách khi cần thiết. Trong mẫu nghiên cứu đa phần bệnh lý chuyển từ nơi khác đã xử lý 1 phần, hoặc do tình trạng

lan rộng các khoang nên cần đường rạch đủ sâu, đủ rộng để dẫn lưu.

Tần số cắt lọc trong tuần đầu tiên sau PT

Ghi nhận có 31,9% mẫu nghiên cứu có số lần cắt lọc trong tuần là 7 lần/tuần, 48,9% cắt lọc 3 lần/tuần, và 12,8% không cần phải cắt lọc. Cắt lọc giúp loại bỏ các mô chết giúp mau lành thương. Đa phần bệnh nhân đều nhiễm trùng nặng phá hủy mô rất lớn dù được dẫn lưu nhưng sau hậu phẫu việc cắt lọc chăm sóc tốt vết thương giúp mau lành thương, giúp hồi phục.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe vùng cổ mặt kịp thời, đúng phương pháp, và chọn đường mổ tối ưu giảm thời gian nằm viện, tránh biến chứng như sốc nhiễm trùng, áp xe lan trung thất. Đường rạch tối ưu vào hết các ổ áp xe, và rộng đủ để dẫn lưu, dễ dàng chăm sóc sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chow AW (2015). Life-threatening infections of the head, neck, and upper respiratory tract. In: Hall JB, Schmidt GA, Kress JP (Eds). Principles of Critical Care, 4th ed, pp.676. McGraw-Hill, New York NY.
2. Osborn TM, Assael LA, Bell RB (2008). Deep space neck infection: principles of surgical management. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 20(3):353-65.
3. Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, et al (2006). Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. *Acta Otolaryngology*, 126(4):396-401.
4. Tormes AK, De Bortoli MM, Júnior RM, et al (2018). Management of a Severe Cervicofacial Odontogenic Infection. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(3):352-5.
5. Collin J, Beasley N (2006). Tonsillitis to mediastinitis. *Journal of Laryngology and Otology*, 120(11):963-966.
6. Huang TT, Tseng FY, Liu TC, et al (2005). Deep neck infection in diabetic patients: comparison of clinical picture and outcomes with nondiabetic patients. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 132(6):943-7.

Ngày nhận bài báo: 07/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022