

BMJ Best Practice

Áp-xe thành sau họng

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 28, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	4
Phòng ngừa	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	8
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	9
Xét nghiệm chẩn đoán	11
Chẩn đoán khác biệt	11
Điều trị	14
Cách tiếp cận điều trị từng bước	14
Tổng quan về các chi tiết điều trị	15
Các lựa chọn điều trị	16
Liên lạc theo dõi	22
Khuyến nghị	22
Các biến chứng	22
Tiền lượng	23
Hướng dẫn	24
Hướng dẫn chẩn đoán	24
Hướng dẫn điều trị	24
Tài liệu tham khảo	25
Hình ảnh	27
Tuyên bố miễn trách nhiệm	28

Tóm tắt

- ◇ Tình trạng hiếm gặp, có khả năng xảy ra nhiễm trùng đe dọa tính mạng nếu không phát hiện sớm.
- ◇ Phải luôn xem xét mối nguy cơ tiềm ẩn đến đường thở.
- ◇ Các triệu chứng có thể không đặc hiệu (ví dụ: sốt, khó nuốt), đặc biệt là ở trẻ dưới 2 tuổi.
- ◇ Chụp cắt lớp vi tính vùng cổ là xét nghiệm chẩn đoán xác định.
- ◇ Biện pháp điều trị bao gồm dùng kháng sinh đường tĩnh mạch và phẫu thuật dẫn lưu.

Định nghĩa

Áp-xe thành sau họng (RPA) là tình trạng nhiễm trùng vùng cổ, áp-xe hình thành ở vùng giữa cân mạc trước đốt sống và cơ khí. [1] Tình trạng này xảy ra nhiều nhất ở trẻ em, nhưng tỉ lệ mắc mới hiện có xu hướng tăng ở người lớn. [2]

Dịch tễ học

Mặc dù RPA hiếm khi trở nên nghiêm trọng, nhưng cũng có thể xảy ra, với tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong có thể khá cao nếu không được phát hiện sớm. Con số này chiếm từ 12% đến 22% các trường hợp nhiễm trùng sâu vùng cổ. [4] Tỉ lệ mắc mới cao nhất ở trẻ trong độ tuổi từ 3 đến 5. Tỉ lệ này đang có xu hướng tăng ở người lớn. [2] Trẻ em thường mắc tình trạng này là do tần suất mắc nhiễm trùng đường hô hấp trên và chấn thương miệng - họng ở trẻ tăng cao, và trẻ cũng có xu hướng viêm mủ hạch bạch huyết thành sau họng. Những hạch này có xu hướng thoái triển sau khi trẻ được 4 tuổi. RPA thường gặp hơn ở nam hơn so với nữ, với 53% đến 55% ca bệnh xảy ra ở nam giới. [2] [5] [6]

Trong một đánh giá các ca bệnh RPA kéo dài 10 năm tại Hoa Kỳ, 70% số bệnh nhân là người Mỹ gốc Phi, 25% người da trắng và 5% là người gốc Latin. [5] Tuy nhiên, một nghiên cứu tiến hành năm 2004 đã ghi nhận tỉ lệ 43% xảy ra ở người Mỹ gốc Phi, 54% ở người da trắng, 1% ở người gốc Latin và 1% ở người thuộc hai chủng tộc. [6]

Bệnh căn học

Bốn mươi lăm phần trăm RPA là di chứng của nhiễm trùng đường hô hấp trên (ví dụ: viêm họng, viêm a-mi-đan, viêm xoang, nhiễm trùng răng miệng). Những loại khuẩn thường gặp nhất có liên quan bao gồm *Streptococcus viridans*, tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn dòng epidermidis, và liên cầu tan huyết nhóm B. Những loài ít gặp hơn bao gồm loài *Veillonella*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Haemophilus parainfluenzae*, và *Klebsiella pneumoniae*. Theo báo cáo, cũng xảy ra trường hợp nhiễm cả hai loại tụ cầu vàng và trực khuẩn lao kháng methicillin. [7] [8] Các loài cộng sinh bình thường sống ở đường hô hấp trên có thể trở thành căn nguyên gây bệnh RPA. [9] [10] [11] [12] Hai bảy phần trăm bệnh RPA có liên quan đến chấn thương vùng sau hầu do tai nạn, ví dụ do ăn vào dị vật, một trẻ vừa chạy vừa ngậm kẹo trong miệng bị ngã hoặc nuốt phải các vật sắc nhọn, chẳng hạn như xương gà. 28% còn lại là vô căn. [9] [10] [11]

Sinh lý bệnh học

Khoang thành sau họng nằm ở ngay phía trước cân mạc trước đốt sống, chạy dài từ dưới nền sọ dọc chiều dài hầu họng. Khoang này tiếp tục chạy tới khoang bên họng và hố dưới thái dương. Khoang trước hầu và khoang cạnh hầu được phân tách bằng lá cánh, tuy nhiên lá chắn này dường như không có tác dụng làm chặn nhiễm trùng lây lan. Bởi khoang sau họng nối tiếp với trung thất trên và trung thất sau, nên đó có thể trở thành con đường lây lan nhiễm trùng vào khoang ngực.

Khoang sau họng gồm mô liên kết mềm thừa, chuỗi bạch huyết, mô liên kết mềm thừa cho phép hầu họng và thực quản cử động khi nuốt. Bạch huyết lưu thông qua khoang này xuất phát từ các mô trong mũi, xoang cạnh mũi, vòm nhĩ, và các mô hầu lân cận. Mủ hình thành tại các hạch sau hầu họng này thường được cách ly tốt, và do đó có thể lây lan nhiễm trùng ở cuối giai đoạn tiến triển bệnh, mặc dù điều này thực tế hiếm khi xảy ra.

Hầu hết các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh RPA đều liên quan đến tình trạng tắc nghẽn đường khí quản trên và kích ứng các nhóm cơ cục bộ (ví dụ: cơ ức chũm và cơ chân bướm) tăng dần.

Phân loại

Phân loại theo nguyên nhân gây bệnh

Hiện chưa có cách phân loại chính thức về RPA, nhưng có thể phân loại dựa trên bệnh sinh, bao gồm:

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Chấn thương/dị vật
- Bệnh tự phát.

Ngăn ngừa thứ cấp

Tái phát khó có khả năng xảy ra. Bệnh nhân nên hoàn thành liệu trình dùng đủ thuốc kháng sinh. Tránh làm tổn thương thành sau họng và giữ gìn vệ sinh răng miệng sạch sẽ có thể giúp phòng bệnh.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Trẻ trai, 19 tháng tuổi đến khám trong tình trạng sốt cao và quấy khóc. Cha mẹ bé báo rằng bé tự vẹo cổ họng và tai, và họ nghĩ rằng khi đó bé đang đau. Ngoài ra, trẻ hơi li bì mệt mỏi và bị dấu hiệu cổ cứng. Trẻ chảy nước dãi và có các dấu hiệu nhạy cảm với ánh sáng.

Các bài trình bày khác

Những biểu hiện thường gặp khác bao gồm ăn uống kém, đau cổ (đặc biệt là khi cử động cổ), nuốt đau (đau khi nuốt), sưng cổ (hoặc có khối hay hạch to), khó nuốt và biếng ăn. Những biểu hiện ít gặp bao gồm cứng khí quản (khít hàm), khản tiếng (khản giọng), khó thở, thở khò khè, và ngưng thở khi ngủ.[3]

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Mặc dù bệnh sử và khám là những yếu tố giúp xác định RPA, nhưng chụp hình ảnh hoặc dẫn lưu áp xe tự nhiên hay dùng phẫu thuật mới có thể xác nhận kết quả chẩn đoán.[6]

Tiền sử

Điều quan trọng là phải xem xét kỹ bệnh sử, bởi những tình trạng bệnh nghiêm trọng khác sẽ giúp đưa ra chẩn đoán phân biệt. RPA thường là di chứng của bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên (ví dụ: viêm họng, viêm a-mi-đan, viêm xoang, nhiễm trùng răng miệng). Những chứng bệnh này thường xảy ra ở trẻ em; do đó cần lưu tâm đến tiền sử trẻ ăn vào dị vật.

Ở trẻ em, biểu hiện có thể không rõ ràng và tùy thuộc vào tình trạng bệnh, nhưng các triệu chứng đặc trưng bao gồm sốt cao, đau cổ (đặc biệt là khi cử động) hoặc trẹo cổ, và khó nuốt. Những triệu chứng thường gặp khác bao gồm quấy kinh, tình trạng khó chịu, sợ ánh sáng nhẹ và nuốt đau (đau khi nuốt). Nuốt đau gây chảy nước dãi, ăn uống kém, và biếng ăn. Những triệu chứng ít gặp bao gồm cứng khí quản (khít hàm), khản tiếng (khản giọng), thở khò khè, hoặc ngưng thở khi ngủ. Tình trạng này cũng có thể quan sát thấy khi tự vẹo tai hoặc họng, khi đó trẻ thấy đau.[3]

Ở người lớn, biểu hiện này có thể rõ ràng hơn, đó là người lớn bị chảy nước dãi và khó nuốt, nhưng thường âm ỉ hơn vào lúc khởi phát. Điều quan trọng là phải tìm hiểu về các bệnh đi kèm, chẳng hạn như đái tháo đường và phải kiểm soát tối đa mức đường máu nếu mắc. Tới một phần ba số bệnh nhân bị áp-xe cổ sâu bị đái tháo đường.[4]

Suy giảm chức năng đường thở thường kèm theo các triệu chứng khó thở, suy hô hấp và mệt mỏi. Những bệnh nhân có diễn biến lâm sàng phức tạp hơn thường dễ bị tắc nghẽn đường thở hoặc áp-xe nhiều lần hơn so với những người có diễn biến lâm sàng đơn giản.[15]

Khám lâm sàng

Cần tiến hành khám khoang miệng và cổ để xem có sưng a-mi-đan, sưng miệng-hầu, và hạch to không. Cũng phải quan sát thêm nhiều yếu tố quan trọng khác, chẳng hạn như chảy nước dãi, khó thở, trẹo cổ và sưng/xuất hiện khối chất trên cổ. Ở trẻ em, việc khám có chút hạn chế, tùy thuộc vào độ tuổi và mức phối hợp của trẻ (và cha mẹ).

Suy giảm chức năng đường thở thường có biểu hiện là thở nhanh, tím tái, co kéo khí quản hoặc co rút cơ liên sườn. Tần số thở cao và bão hòa oxy sẽ giúp chẩn đoán suy chức năng đường thở.

Các xét nghiệm trong phòng xét nghiệm

Ban đầu chỉ cần định xác định công thức máu có đếm thành phần bạch cầu để xác nhận bệnh tăng bạch cầu trung tính. Cũng có thể đo ESR (tốc độ máu lắng) để xác định xem tình trạng viêm đang ở mức độ nào trong trường hợp không tăng bạch cầu trung tính. Nuôi cấy máu thường không được chỉ định, trừ khi nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

Chẩn đoán hình ảnh

Phải tiến hành làm thăm dò chẩn đoán hình ảnh để xác nhận kết quả chẩn đoán. Một số xét nghiệm cần căn cứ trên mức độ nghi ngờ và khả năng tiếp cận các phương thức chẩn đoán hình ảnh khác nhau, cũng như mức độ nghiêm trọng của ca bệnh. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính là xét nghiệm xác nhận và sẽ phát hiện được tổn thương dạng vòng nhẫn trong mô thành sau họng khi dùng chất cản quang.

[Fig-1]

Nếu thấy lo ngại về đường thở hoặc có khả năng phải phẫu thuật để dẫn lưu, thì có thể cân nhắc cho trẻ dùng thuốc an thần và đặt nội khí quản trẻ trước khi chụp cắt lớp vi tính và đưa đến phòng phẫu thuật.

Siêu âm và chụp X quang không chuẩn bị vùng cổ sẽ cung cấp một số bằng chứng cho thấy trẻ mắc RPA,[16] nhưng những phương thức này có độ nhạy và độ đặc hiệu kém hơn phương pháp chụp cắt lớp vi tính. Chỉ nên áp dụng khi không có máy chụp cắt lớp vi tính.[17]

MRI không được dùng để chẩn đoán tình trạng này, bởi chụp cắt lớp vi tính cho kết quả rõ ràng trong hầu hết mọi trường hợp, và thường hay có sẵn và rẻ hơn.

Phẫu thuật

Cần tiến hành đánh giá dưới gây mê (EUA) nếu chẩn đoán gần như chắc chắn đến RPA, và đường thở không đảm bảo, hoặc nếu không có máy chụp cắt lớp vi tính. Cũng nên tiến hành EUA nếu đã tiến hành chụp cắt lớp vi tính (hoặc các phương pháp chụp hình ảnh khác khi không thể chụp cắt lớp vi tính) và kết quả cho thấy bệnh nhân mắc RPA. EUA cho phép xác nhận kết quả chẩn đoán cũng như cho phép chích rạch xuyên khoang miệng và dẫn lưu. Vào thời điểm dẫn lưu, cần lấy một mẫu mủ để nuôi cấy và làm kháng sinh đồ nếu có thể.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

nuốt dị vật

- Trẻ có tiền sử nuốt phải dị vật có nguy cơ mắc bệnh cao. Nghi ngờ càng chắc chắn nếu vật thể đó sắc nhọn.

chấn thương thành sau họng

- Chấn thương xâm nhập vào thành sau họng được xác định là nguyên nhân gây bệnh. Có thể xem xét đến chấn thương có chủ ý.[13]

sâu răng/nhiễm trùng răng

- Nhiễm trùng răng miệng trước đó có thể khiến bệnh nhân hình thành RPA.

Tiểu đường

- Tối thiểu một phần ba số bệnh nhân bị áp-xe cổ sâu có tình trạng này.[4]

Yếu

Giới tính nam

- RPA thường gặp hơn ở nam giới so với phụ nữ, theo báo cáo, tỉ lệ mắc ở nam giới trội hơn, từ 53% đến 55%.[2] [5] [6]

cắt a-mi-đan

- Có mối liên hệ giữa bệnh áp-xe thành sau họng hoặc áp-xe thành bên họng với cắt a-mi-đan, mặc dù vẫn cần phải thực hiện thêm nghiên cứu trong mảng này để xác nhận mối liên hệ đó.[14]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Những yếu tố nguy cơ chính bao gồm chấn thương thành sau họng, nuốt dị vật, sâu răng/nhiễm trùng răng miệng và là nam giới.

sốt thành cơn (thường gặp)

- Triệu chứng thường thấy khi bị bất kỳ ổ áp xe nào

đau cổ hoặc trẹo cổ (thường gặp)

- Nguyên nhân do kích thích cơ ức đòn chũm.

nuốt đau (thường gặp)

- Thấy đau khi cố nuốt qua ổ áp-xe.

Khó nuốt (thường gặp)

- Rất khó nuốt qua ổ áp-xe.

sưng cổ/hình thành khối chất/hạch to ở cổ (thường gặp)

- Cũng có thể có những hạch to khác liên quan đến tình trạng này.

sưng miệng-họng (thường gặp)

- Lúc khám nhìn thấy chỗ phình ra ở miệng - thành họng sau.

chảy nước dãi (không thường gặp)

- Nguyên nhân do chứng nuốt đau

Các yếu tố chẩn đoán khác

ăn uống kém (thường gặp)

- Nguyên nhân do chứng nuốt đau

Chán ăn (thường gặp)

- Nguyên nhân do chứng nuốt đau

khó chịu (thường gặp)

- Liên quan đến tình trạng khó chịu toàn thân.

Dễ bị kích thích (thường gặp)

- Sốt và các triệu chứng khác ở trẻ nhỏ khiến trẻ quấy khóc.

cứng khí hàm (không thường gặp)

- Nguyên nhân là do cơ cắn (cơ giúp hàm cắn) bị kích thích.
- Khiến việc khám thành sau họng trở nên khó khăn.

khản tiếng (không thường gặp)

- Sưng vòm miệng làm ảnh hưởng đến quá trình cộng hưởng giọng nói trên dây thanh.

khó thở (không thường gặp)

- Khi áp-xe bắt đầu lớn dần, đủ để phình lên khỏi thành họng trước, thì bệnh nhân có thể bị suy giảm chức năng đường thở.

mệt mỏi (không thường gặp)

- Liên quan đến tình trạng suy giảm chức năng đường thở.

ngưng thở khi ngủ (không thường gặp)

- Do suy giảm chức năng đường thở.

thở rít (không thường gặp)

- Khi áp-xe bắt đầu lớn đến kích cỡ đủ để chồi lên khỏi thành hầu trước, thì bệnh nhân có thể bị suy giảm chức năng đường thở.

sưng a-mi-đan (không thường gặp)

- Có thể báo hiệu nguyên nhân khác hoặc là yếu tố dự báo hình thành áp-xe.

tần số thở tăng lên (không thường gặp)

- Báo hiệu đường thở bị suy giảm chức năng

nồng độ bão hòa oxy giảm (không thường gặp)

- Báo hiệu đường thở bị suy giảm chức năng, nhưng đây thường là phát hiện muộn và không nên dựa vào đó để chẩn đoán.

chứng xanh tím (không thường gặp)

- Dấu hiệu suy giảm chức năng đường thở.

thở nhanh (không thường gặp)

- Dấu hiệu suy giảm chức năng đường thở.

co kéo khí quản (không thường gặp)

- Bệnh nhân ngửa cổ về phía sau, trong khi đó bác sĩ sẽ đứng phía sau bệnh nhân cầm sụn nhắn trên khí quản và cảm nhận xem liệu khí quản có bị kéo xuống mỗi lần tim đập không.
- Dấu hiệu suy giảm chức năng đường thở.

co kéo cơ liên sườn (không thường gặp)

- Các cơ liên sườn nằm giữa xương sườn chuyển động vào trong do áp lực lên khoang ngực giảm.
- Dấu hiệu suy giảm chức năng đường thở.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
Công thức máu Một trong các xét nghiệm thường quy. Xác nhận có tăng bạch cầu trung tính.	số lượng bạch cầu tăng cao, đặc biệt là bạch cầu trung tính
Tốc độ máu lắng Một trong các xét nghiệm thường quy. Xác định xem tình trạng viêm đang ở mức độ nào khi bạch cầu trung tính không tăng đáng kể.	Tăng
Dùng chất cản quang chụp cắt lớp vùng cổ - Xét nghiệm chẩn đoán xác định. - Xác nhận là có ổ áp-xe và hỗ trợ lập kế hoạch phương án phẫu thuật. Khí bên trong hoặc gần ổ dịch hoặc quá nhiều khí tự do ở giữa các cân mạc cổ là những bằng chứng dự đoán khá chắc chắn cho biết bệnh áp-xe.[18]	tổn thương dạng vòng nhẫn ở khoang thành sau họng
chụp X-quang vùng cổ - Chụp X-quang mô mềm cổ nghiêng. - Được chỉ định nếu nghi ngờ kết quả chẩn đoán và không thể chụp cắt lớp vi tính, hoặc ít nghi đến RPA khi khai thác bệnh sử và thăm khám. - Có thể được dùng làm xét nghiệm ban đầu nếu nghi ngờ khá chắc chắn là mắc bệnh RPA.	sưng to hơn khoang trước đốt sống (>7 mm tại C2 và >14 mm tại C6)
siêu âm cổ Đây là thăm dò nhanh chóng và đáng tin cậy để phân biệt lympho ở cổ hay dịch hóa trong nhóm hạch bạch huyết gắn kết ở cổ.	hạch bạch huyết; tụ dịch
đánh giá dưới gây mê (EUA) - Cần tiến hành nếu chẩn đoán gần như chắc chắn, và đường thở đang bị suy giảm, hoặc nếu không có máy chụp cắt lớp vi tính. - Cũng có thể tiến hành nếu đã tiến hành chụp cắt lớp vi tính (hoặc các phương pháp chụp hình ảnh khác khi không thể chụp cắt lớp vi tính) và kết quả trùng khớp với bệnh RPA. EUA giúp xác nhận kết quả chẩn đoán và cho phép cắt rạch xuyên khoang miệng và dẫn lưu dịch mủ để nuôi cấy.	thành miệng hầu sau phình lên
Nuôi cấy Cần gửi mủ thu được sau khi phẫu thuật dẫn lưu để nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.	dương tính đối với vi sinh vật gây nhiễm

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm nắp thanh quản cấp tính	- Khó phân biệt với RPA nhưng bệnh này thường khởi phát cấp tính hơn. - Tiền sử khó thở.	- Chụp cắt lớp vi tính sẽ không phát hiện tổn thương dạng vòng nhẫn ở khoang sau hầu. - Chụp X-quang mô mềm cổ nghiêng cho thấy hình nắp thanh quản bị viêm không thấu xạ.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Viêm thanh khí phế quản	Ho ông ổng.	Chụp cắt lớp vi tính sẽ không phát hiện tổn thương dạng vòng ở thành sau họng và sẽ hiển thị hình dạng họng miệng bình thường về mặt lâm sàng.
Viêm màng não	Đau đầu; ban ngoài da cũng có thể xuất hiện trong một số trường hợp.	- Chụp cắt lớp vi tính sẽ không phát hiện tổn thương dạng vòng nhãn ở khoang sau hầu. - Kết quả dương tính khi chọc dò dịch não tủy.
Viêm amidan	Khám lâm sàng giúp xác nhận xem a-mi-đan có bị nhiễm trùng không khi hình dạng thành sau họng bình thường.	Chẩn đoán mang tính lâm sàng.
Áp-xe quanh a-mi-đan	- Sưng quanh a-mi-đan và lưỡi gà chuyển dần ra vị trí giữa. - Hình dạng thành sau họng bình thường khi khám lâm sàng.	Hút hoặc cắt rạch và dẫn lưu chỗ sưng giúp xác nhận kết quả chẩn đoán.
Hạch lympho sau hầu họng	Sưng cứng thành sau họng.	Chụp cắt lớp vi tính dùng chất cản quang giúp phân biệt bệnh hạch lympho và áp-xe.
Ung thư biểu mô mũi họng	- Viêm hạch bạch huyết dai dẳng. - Các triệu chứng không khỏi mặc dù đã điều trị đầy đủ.	Sinh thiết và xét nghiệm tế bào giúp xác nhận xem có phát triển u mới hay không.
Nhiễm vi-rút Epstein-Barr	Bệnh nhân có thể có gan lách to và hạch lympho to toàn thân.	Xét nghiệm Paul-Bunnell hoặc các xét nghiệm đơn điểm cho kết quả dương tính.
Viêm vôi hóa gân thành sau họng	- Các dấu hiệu và triệu chứng có thể tương tự như bệnh RPA. - Bệnh tự giới hạn và thường khỏi sau 2 tuần.	Chụp cắt lớp vi tính cho thấy tình trạng vôi hóa ở đốt sống C1 và/hoặc C2 và có tụ dịch không phải dạng hình vành nhẫn tại khoang trước đốt sống.[19]
U nang	Một bất thường bẩm sinh phát sinh do không thể triệt tiêu tổn thương ở khe mang thứ hai. Có thể giống với các triệu chứng thực thể/triệu chứng cơ năng của chứng tụ dịch sau hầu ở trẻ sơ sinh.[20]	Chụp cắt lớp vi tính bằng cách dùng thuốc cản quang cho thấy khối u nang và u qua chất cản quang. MRI cho độ phân giải sắc nét hơn trong quá trình lên kế hoạch trước khi phẫu thuật.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Bệnh Kawasaki (KD)	- Có thể mang nhiều đặc điểm giống RPA, nhưng hiếm khi thấy hạch lympho riêng biệt hoặc là biểu hiện ban đầu. - Các đặc điểm chẩn đoán KD bao gồm sốt hơn 5 ngày, kèm 4 trong 5 tiêu chí sau: viêm kết mạc không chảy mủ, xuất hiện những thay đổi trên môi hoặc khoang miệng, ngoại ban đa dạng, ban đỏ sau đó bị bóc vẩy da ở các chi, và có ít nhất một hạch bạch huyết ở cổ có kích thước >1,5 cm.	Chụp cắt lớp vi tính phát hiện những đặc điểm rất giống với áp xe thành sau họng, do đó bác sĩ lâm sàng phải dựa vào các đặc điểm lâm sàng.[21]

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Ban đầu phải điều trị nội khoa. Nếu bệnh không khỏi, cần phải can thiệp bằng phẫu thuật, và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng. Nên cho tất cả cá bệnh nhân nhập viện. Cần phải điều trị đường thở bằng biện pháp phù hợp và an toàn khi bệnh này nguy hiểm. Thông thường là dùng biện pháp phẫu thuật hoặc điều trị duy trì. Biện pháp điều trị chủ yếu phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của tình trạng suy hô hấp.

Suy giảm chức năng đường thở

Nếu nghi ngờ nhiều tới áp xe thành sau họng (RPA) và suy giảm chức năng đường thở (dấu hiệu là thở khò khè, thở nhanh, mức bão hòa oxy giảm khi bệnh nhân đuối sức), thì cần cho bệnh nhân nhập viện ngay lập tức. Biện pháp điều trị y tế ban đầu gồm dùng corticosteroid và thuốc kháng sinh.[22] [23] Nếu biện pháp này không phát huy tác dụng nhanh, cần đưa ngay bệnh nhân vào phòng phẫu thuật để khám dưới gây mê (EUA) nhằm phẫu thuật dẫn lưu. Bệnh nhân cần phải được đặt nội khí quản hoặc phẫu thuật đường thở chẳng hạn như mở khí quản, và các thủ thuật này phải do bác sĩ gây mê nhi khoa hoặc khoa người lớn có kinh nghiệm tiến hành. Đôi khi, trong một số trường hợp, biện pháp đặt nội khí quản qua hướng dẫn video quang học được ưa dùng hơn để ngăn không cho ổ áp-xe vỡ ra và để có thể nhìn rõ đường thở.[16] [23] Nếu dùng loại ống không cuff, có thể luồn vào túi hầu, giúp thấy rõ thành sau họng để có thể tiếp cận.[23] Nếu sau khi khám (quan sát thấy thành sau miệng hầu phình lên và/hoặc bằng cách hút dịch mũi) xác nhận là bệnh nhân bị RPA, thì bác sĩ phẫu thuật cần thực hiện cắt rạch xuyên khoang miệng và dẫn lưu. Tiến hành nuôi cấy mũi và gửi tới phòng thí nghiệm. Trong trường hợp mở rộng trung thất sau, thì có thể cần dẫn tháo lưu và tiêu hủy vật liệu hoại tử khỏi vùng ngoại tâm mạc và khoang màng phổi.[24]

Nếu đường thở vẫn bất ổn, cần theo dõi bệnh nhân chặt chẽ trong khoa hồi sức và bắt đầu truyền thuốc kháng sinh cho bệnh nhân qua tĩnh mạch theo kinh nghiệm; có thể cần thở máy xâm nhập qua NKQ lâu hơn. Những bệnh nhân ổn định đường thở sau khi phẫu thuật cũng nên bắt đầu truyền thuốc kháng sinh qua tĩnh mạch theo kinh nghiệm.

Không bị suy giảm chức năng đường thở

Mặc dù không bị suy giảm chức năng đường thở, nhưng bệnh nhân vẫn cần nhập viện. Nếu đường thở không phải là mối lo ngại ngay trước mắt và không có bằng chứng áp-xe lan sang trung thất,[24] [25] thì cần bắt đầu điều trị ngay bằng thuốc kháng sinh truyền qua tĩnh mạch theo kinh nghiệm trong 24 đến 48 giờ. Cũng có thể dùng corticosteroid kết hợp với thuốc kháng sinh truyền qua tĩnh mạch.[22] Bệnh nhân được đánh giá bằng cách chụp cắt lớp vi tính. Điều trị ngay bằng thuốc kháng sinh kết hợp hoặc không kết hợp với corticosteroid có thể giúp khỏi bệnh hoặc ngăn không để bệnh tiến triển ở những bệnh nhân nhiễm bệnh giai đoạn đầu (tức là chỉ viêm mô tế bào chứ không phải hình thành áp-xe thực sự), do đó tránh phải tiến hành phẫu thuật để dẫn lưu.

Tuy nhiên, nếu biện pháp điều trị nội khoa ban đầu này không có kết quả (hay nói cách khác là không có triệu chứng nào cải thiện, tiếp tục sốt, rối loạn chỉ số sống) và/hoặc xác định thấy áp-xe trên hình ảnh, thì nên tiến hành ngay EUA để phẫu thuật dẫn lưu qua miệng. Có thể cần chụp cắt lớp vi tính thêm một lần nữa để đánh giá tình trạng tiến triển ổ áp-xe. Đối với trẻ em, tốt nhất là nên gây mê trẻ trước khi chụp cắt lớp vi tính, trong khi người lớn thường có thể chịu được giai đoạn chụp hình ảnh mà không cần gây mê. Cần tiếp tục truyền thuốc kháng sinh qua tĩnh mạch sau khi phẫu thuật dẫn lưu, dùng phác đồ theo kinh nghiệm hoặc theo kháng sinh đồ nếu có.

điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

Thuốc kháng sinh sẽ trị được những vi sinh vật thường gặp nhất: Liên cầu khuẩn nhóm viridans, tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn nhóm epidermidis, và liên cầu tan huyết nhóm B. Những loài ít gặp hơn bao gồm loài Veillonella, Bacteroides melaninogenicus, Haemophilus parainfluenzae, và Klebsiella pneumoniae. Các loài cộng sinh bình thường trên đường hô hấp trên có thể trở thành vi sinh vật gây bệnh RPA.[9] [10] [11] Những phác đồ kháng sinh thường dùng bao gồm ampicillin/sulbactam, clindamycin, cefuroxime, ceftriaxone, metronidazole, và acid amoxicillin/clavulanic. Có

thể cần kết hợp nhiều loại kháng sinh kể trên để tiêu diệt hoàn toàn các loài vi sinh vật có khả năng gây bệnh (ví dụ: ceftriaxone kết hợp với metronidazole hoặc clindamycin kết hợp với cefuroxime).[24] Metronidazole sẽ tiêu diệt các loài vi khuẩn kỵ khí bởi có thể có mối liên kết với khoang bên hầu và do đó là liên kết với khoang miệng.

Lâm sàng cải thiện trong vòng 24 đến 48 giờ; nếu không thấy đỡ, cần tiến hành đánh giá lại bệnh nhân. Có thể cần dùng thêm các loại thuốc kháng sinh khác. Trong trường hợp kháng trị, cần nghi ngờ bệnh nhân nhiễm vi khuẩn hiếu khí Gram dương hình que không điển hình hoặc MRSA (tụ cầu vàng kháng methicillin). Bệnh nhân cần tiếp tục sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm cho đến khi hết cơn sốt hoặc có thể dung nạp các loại thuốc đường uống để hoàn thành lộ trình 14 ngày. Có thể chuyển bệnh nhân sang liệu pháp nhắm trúng đích dựa trên nuôi cấy nếu thực hiện dẫn lưu.

Chăm sóc hỗ trợ

Cần theo dõi đường thở của bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị. Cần bù đủ nước qua tĩnh mạch và truyền đủ dưỡng chất cho đến khi bệnh nhân có thể ăn hoặc uống bằng miệng được. Một số bệnh nhân có thể cần dùng thuốc giảm đau. Cần theo dõi bệnh nhân thật chặt chẽ để xem bệnh nhân có khởi phát biến chứng không.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu được địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
suy giảm chức năng đường thở	1	Tiêm corticosteroid qua đường tĩnh mạch + khí dung adrenaline (epinephrine)
	thêm	phẫu thuật
	thêm	điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm
	thêm	chăm sóc nâng đỡ + thuốc giảm đau
không bị suy giảm chức năng đường thở	1	điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm
	bổ sung	Truyền tĩnh mạch corticosteroid
	bổ sung	phẫu thuật
	thêm	chăm sóc nâng đỡ + thuốc giảm đau

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
suy giảm chức năng đường thở	1	Tiêm corticosteroid qua đường tĩnh mạch + khí dung adrenaline (epinephrine) » Nếu nghi ngờ khá chắc chắn bệnh nhân bị RPA và bị suy giảm chức năng đường thở, cần cho bệnh nhân nhập viện ngay lập tức. Biện pháp điều trị nội khoa ban đầu bao gồm tiêm corticosteroid qua tĩnh mạch và xông khí dung adrenaline (epinephrine). Nếu biện pháp này không phát huy tác dụng nhanh, cần đưa ngay bệnh nhân vào phòng phẫu thuật để tiếp cận dưới gây mê để phẫu thuật dẫn lưu. Các lựa chọn sơ cấp » dexamethasone: trẻ em và người lớn: 0,5 đến 2 mg/kg/ngày chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6 tiếng một lần -và- » khí dung adrenaline: tham khảo phác đồ nội bộ để biết hướng dẫn về liều lượng
	thêm	phẫu thuật » Nếu biện pháp tiêm corticosteroid qua đường tĩnh mạch + khí dung adrenaline (epinephrine) không phát huy tác dụng nhanh, cần đưa ngay bệnh nhân vào phòng phẫu thuật để soi dưới gây mê để phẫu thuật dẫn lưu. » Có thể phải tiến hành đặt nội khí quản (do bác sĩ gây mê nhi khoa hoặc khoa người lớn có kinh nghiệm tiến hành) hoặc phẫu thuật đường thở chẳng hạn như mở khí quản. » Nếu xác nhận là bệnh nhân bị RPA sau khi phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được cắt rạch xuyên miệng và dẫn lưu. » Cần tiến hành nuôi cấy mủ và gửi tới phòng thí nghiệm.
	thêm	điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm » Bệnh nhân sẽ được tiêm thuốc kháng sinh sau khi phẫu thuật và các thuốc này sẽ trị được những vi sinh vật thường gặp nhất: Liên cầu khuẩn viridans, tụ cầu vàng (bao gồm MRSA), liên cầu khuẩn epidermidis, và liên cầu tan huyết nhóm B. Những loài ít gặp hơn bao gồm loài Veillonella, Bacteroides melaninogenicus, Haemophilus parainfluenzae, và Klebsiella pneumoniae. Các loài cộng sinh bình thường trên đường hô hấp

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

trên có thể trở thành vi sinh vật gây bệnh RPA.[9] [10] [11]

» Metronidazole sẽ tiêu diệt các loài vi khuẩn kỵ khí bởi có thể có mối liên kết với khoang bên hầu và do đó là liên kết với khoang miệng.

» Lâm sàng sẽ cải thiện trong vòng 24 đến 48 giờ; nếu không thấy đỡ, cần tiến hành đánh giá lại bệnh nhân. Có thể cần dùng thêm các loại thuốc kháng sinh khác. Trong trường hợp kháng trị, cần nghi ngờ bệnh nhân nhiễm vi khuẩn hiếu khí Gram dương hình que không điển hình hoặc MRSA (tụ cầu vàng kháng methicillin).

» Cần tiếp tục tiêm thuốc qua đường tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân hết cơn sốt hoặc có thể dung nạp thuốc kháng sinh đường uống (ví dụ: amoxicillin/clavulanate) để hoàn thành lộ trình 14 ngày.

» Có thể chuyển từ liệu pháp cắt rạch và dẫn lưu, nếu thực hiện, sang liệu pháp nhắm trúng đích dựa trên nuôi cấy.

Các lựa chọn sơ cấp

» **ampicillin/sulbactam**: trẻ em >1 tháng tuổi: 100-200 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6 tiếng một lần; người lớn: 1-2 g tiêm qua đường tĩnh mạch 6-8 tiếng một lần, tối đa 12 g/ngày
Liều dùng tính theo thành phần ampicillin.

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **ceftriaxone**: trẻ em >1 tháng tuổi: 50-80 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 12-24 tiếng một lần; người lớn: 1-2 g tiêm qua đường tĩnh mạch 12-24 tiếng một lần
-và-
» **clindamycin**: trẻ em >1 tháng tuổi: 25-40 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6-8 tiếng một lần; người lớn: 1,2 đến 2,7 g/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6-12 tiếng một lần

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **cefuroxime**: trẻ em >1 tháng tuổi: 75-150 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần; người lớn: 750-1500 mg tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần
-và-
» **metronidazole**: trẻ em >1 tháng tuổi: 22,5 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6 tiếng

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

một lần; người lớn: 500 mg tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần

thêm

chăm sóc nâng đỡ + thuốc giảm đau

» Những bệnh nhân có đường thở vẫn chưa ổn định sau khi phẫu thuật cần theo dõi chặt chẽ tại đơn vị hồi sức. Những bệnh nhân này cần được đặt nội khí quản lâu hơn hoặc mở khí quản.

» Cần bù đủ nước qua tĩnh mạch và truyền đủ dưỡng chất cho đến khi bệnh nhân có thể ăn hoặc uống bằng miệng.

» Một số bệnh nhân có thể cần dùng thuốc giảm đau.

» Cần theo dõi bệnh nhân thật chặt chẽ để xem bệnh nhân có khởi phát biến chứng không.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **Ibuprofen**: trẻ em: 5-10 mg/kg đường uống, 4-6 tiếng một lần nếu cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; người lớn: 300-400 mg đường uống, 6-8 tiếng một lần nếu cần, tối đa 2400 mg/ngày

không bị suy giảm chức năng đường thở

1

điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

» Nếu đường thở không phải là mối lo ngại ngay trước mắt, thì biện pháp điều trị ban đầu là truyền thuốc kháng sinh qua tĩnh mạch theo kinh nghiệm. Biện pháp này sẽ giúp cải thiện bệnh trong một số trường hợp nếu chỉ bị viêm mô tế bào chứ không phải là ổ áp-xe thực sự. Biện pháp này cũng sẽ giúp làm ngăn bệnh tiến triển khi bệnh nhân đến khám ngay trong giai đoạn đầu của bệnh, thường là đỡ phải phẫu thuật dẫn lưu.

» Thuốc kháng sinh sẽ trị được những vi sinh vật thường gặp nhất: Liên cầu khuẩn viridans, tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn epidermidis, và liên cầu tan huyết nhóm B. Những loài ít gặp hơn bao gồm loài *Veillonella*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Haemophilus parainfluenzae*, và *Klebsiella pneumoniae*. Các loài cộng sinh bình thường sống ở đường hô hấp trên có thể trở thành vi sinh vật gây bệnh RPA.[9] [10] [11]

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

» Metronidazole sẽ tiêu diệt các loài vi khuẩn kỵ khí bởi có thể có mối liên kết với khoang bên hầu và do đó là liên kết với khoang miệng.

» Lâm sàng sẽ cải thiện trong vòng 24 đến 48 giờ; nếu không thấy đỡ, cần tiến hành đánh giá lại bệnh nhân. Có thể cần dùng thêm các loại thuốc kháng sinh khác hoặc cân nhắc đến việc phẫu thuật. Trong trường hợp kháng trị, cần nghi ngờ bệnh nhân nhiễm vi khuẩn hiếu khí Gram dương hình que không điển hình hoặc MRSA (tụ cầu vàng kháng methicillin).

» Cần tiếp tục tiêm thuốc qua đường tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân hết cơn sốt hoặc có thể dung nạp thuốc kháng sinh đường uống (ví dụ: amoxicillin/clavulanate) để hoàn thành lộ trình 14 ngày.

» Có thể chuyển từ liệu pháp cắt rạch và dẫn lưu, nếu thực hiện, sang liệu pháp nhắm trúng đích dựa trên nuôi cấy.

Các lựa chọn sơ cấp

» **ampicillin/sulbactam**: trẻ em >1 tháng tuổi: 100-200 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6 tiếng một lần; người lớn: 1-2 g tiêm qua đường tĩnh mạch 6-8 tiếng một lần, tối đa 12 g/ngày
Liều dùng tính theo thành phần ampicillin.

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **ceftriaxone**: trẻ em >1 tháng tuổi: 50-80 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 12-24 tiếng một lần; người lớn: 1-2 g tiêm qua đường tĩnh mạch 12-24 tiếng một lần

-và-

» **clindamycin**: trẻ em >1 tháng tuổi: 25-40 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6-8 tiếng một lần; người lớn: 1,2 đến 2,7 g/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6-12 tiếng một lần

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **cefuroxime**: trẻ em >1 tháng tuổi: 75-150 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần; người lớn: 750-1500 mg tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần

-và-

» **metronidazole**: trẻ em >1 tháng tuổi: 22,5 mg/kg/ngày, chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch 6 tiếng một lần; người lớn: 500 mg tiêm qua đường tĩnh mạch 8 tiếng một lần

Cấp tính

Nhóm bệnh nhân

Tx line

Điều trị

bổ sung

Truyền tĩnh mạch corticosteroid

» Cũng có thể tiêm corticosteroid qua tĩnh mạch kết hợp với thuốc kháng sinh tiêm qua tĩnh mạch.[22]

Các lựa chọn sơ cấp

» **dexamethasone**: trẻ em: 150 microgram/kg chia liều, tiêm qua đường tĩnh mạch, 12 tiếng một lần; người lớn: 4-8 mg tiêm qua tĩnh mạch, 8 tiếng một lần

bổ sung

phẫu thuật

» Nếu biện pháp điều trị nội khoa ban đầu này không có kết quả (hay nói cách khác là không có triệu chứng nào cải thiện, tiếp tục sốt, rối loạn chỉ số sống) và/hoặc xác định thấy áp-xe trên hình ảnh, thì nên tiến hành ngay EUA để phẫu thuật dẫn lưu qua miệng. Có thể cần chụp cắt lớp vi tính thêm một lần nữa để xác định chính xác vị trí áp-xe. Đối với trẻ em, tốt nhất là nên gây mê trẻ trước khi chụp cắt lớp vi tính, trong khi người lớn thường có thể chịu được thủ thuật chụp hình ảnh mà không cần gây mê. Cần tiếp tục truyền thuốc kháng sinh qua tĩnh mạch sau khi phẫu thuật dẫn lưu, dùng phác đồ theo kinh nghiệm hoặc theo độ nhạy nếu phù hợp.

thêm

chăm sóc nâng đỡ + thuốc giảm đau

» Cần theo dõi đường thở của bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị.

» Cần bù đủ nước qua tĩnh mạch và truyền đủ dưỡng chất cho đến khi bệnh nhân có thể ăn hoặc uống bằng miệng.

» Một số bệnh nhân có thể cần dùng thuốc giảm đau.

» Cần theo dõi bệnh nhân thật chặt chẽ để xem bệnh nhân có khởi phát biến chứng không.

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

Các lựa chọn sơ cấp

» **Ibuprofen**: trẻ em: 5-10 mg/kg đường uống, 4-6 tiếng một lần nếu cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; người lớn: 300-400 mg đường uống, 6-8 tiếng một lần nếu cần, tối đa 2400 mg/ngày

Khuyến nghị

Giám sát

Thông thường, bệnh nhân không cần theo dõi sau khi khỏi bệnh trừ khi có nhiều biến chứng khác hoặc khi cần cai thở qua mở khí quản. Trong những trường hợp có biến chứng, hoàn toàn có thể yêu cầu bệnh nhân quay lại phòng khám sau 2 tuần để kiểm tra họng miệng và thành sau họng. Hoàn toàn có thể yêu cầu như vậy ở những người cao tuổi (>50 tuổi) nếu cần để loại trừ nguy cơ phát triển u mới. Trong trường hợp này, bắt buộc phải thực hiện nội soi bằng ống mềm.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Sau khi có thể ăn uống qua đường miệng, bệnh nhân có thể được xuất viện, và được chỉ dẫn ăn uống bình thường, dùng thuốc giảm đau thường xuyên (đường uống hoặc dưới dạng súc họng, nếu cần) và kết thúc liệu trình dùng thuốc kháng sinh.

Cần yêu cầu bệnh nhân quay lại nếu các triệu chứng tái phát sau khi xuất viện, nhưng không thể sau 2 tuần.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
tái phát áp-xe	ngắn hạn	thấp
Có thể do chưa dẫn lưu hết hoặc dùng thuốc kháng sinh. Cần dẫn lưu lại.		
viêm cân mạc hoại tử	ngắn hạn	thấp
Nhiễm trùng có thể phát triển thành viêm cân mạc hoại tử cổ, một tình trạng có thể lây lan xuống dưới, gây viêm trung thất.		
Cần đưa bệnh nhân vào ICU và hội chẩn bác sĩ chuyên bệnh truyền nhiễm để có phương án điều trị.		
Viêm phổi hít	ngắn hạn	thấp
Do đứt nguyên phát hoặc dẫn lưu chưa hết.		
Cần đưa bệnh nhân vào ICU và thở máy nếu cần.		
viêm màng não	ngắn hạn	thấp
Do nhiễm trùng lây lan lên trên.		
Cần đưa bệnh nhân vào ICU và hội chẩn bác sĩ chuyên bệnh truyền nhiễm để có phương án điều trị.		
Viêm nắp thanh thiệt	ngắn hạn	thấp

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Do nhiễm trùng lây lan xuống dưới. Đảm bảo đường thở ổn định.		
viêm trung thất	ngắn hạn	thấp
Do nhiễm trùng lây lan xuống dưới. Bệnh nhân cần được bác sĩ phẫu thuật tim-lồng ngực đánh giá và được đưa vào ICU.		
viêm màng ngoài tim có mũ	ngắn hạn	thấp
Do nhiễm trùng lây lan xuống dưới. Cần đưa bệnh nhân vào ICU và hội chẩn bác sĩ chuyên bệnh truyền nhiễm để có phương án điều trị. Đánh giá tim mạch nếu bị suy giảm chức năng tim.		
tràn mủ khí phế mạc/tràn khí trung thất	ngắn hạn	thấp
Do nhiễm trùng lây lan xuống dưới. Bệnh nhân cần được đưa vào ICU; và có thể cần phải dẫn lưu khí khoang màng phổi.		
tràn mủ màng phổi/viêm mủ màng phổi	biến thiên	thấp
Do nhiễm trùng lây lan xuống dưới. Có thể cần kéo dài liệu pháp kháng sinh và thực hiện phẫu thuật dẫn lưu nếu cần.		

Tiên lượng

Có tiên lượng tốt đối với RPA được phát hiện sớm. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong là 40% đến 50% nếu khởi phát các biến chứng (ví dụ: viêm màng não) nghiêm trọng.[26] mặc dù các biến chứng không thường gặp và thường do lây lan nhiễm trùng lên trên hoặc xuống dưới. Tình trạng tái phát xảy ra ở 1% đến 5% bệnh nhân.[11]

Ở người lớn, thông thường phải mở khí quản và khi đó bệnh nhân có thể phải nằm viện lâu hơn vì phải phục hồi chức năng. Biện pháp đặt nội khí quản lâu dài được ưa dùng hơn mở khí quản nếu bệnh nhân bị suy giảm chức năng đường thở nghiêm trọng. Di chứng của thủ thuật này sẽ tùy thuộc vào tình trạng nhiễm đồng thời các bệnh khác của từng cá nhân, phân cảnh toàn hệ thống do vào ICU, bao gồm nhiễm trùng tại bệnh viện.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline

Nhà xuất bản: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Xuất bản lần cuối: 2010

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Management of sore throat and indications for tonsillectomy: a national clinical guideline

Nhà xuất bản: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Xuất bản lần cuối: 2010

Các bài báo chủ yếu

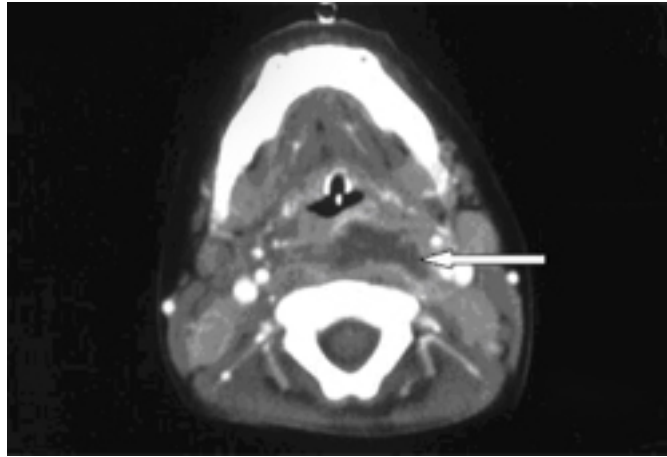
- Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. J Laryngol Otol. 2004;118:919-920. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

- Jennings CR. Surgical anatomy of the neck. In: Gleeson M, Hilbert JS, eds. Scott-Brown's otorhinolaryngology, head and neck surgery. 7th ed. London: Hodder Arnold; 2008:1744-1745.
- Gaglani MJ, Edwards MS. Clinical indicators of childhood retropharyngeal abscess. Am J Emerg Med. 1995;13:333-336. [Tóm lược](#)
- Wajn J, von Buchwald C, Arndal H. Late diagnosis of retropharyngeal abscess in an infant. Ugeskr Laeger. 1993;155:2211-2212. [Tóm lược](#)
- Wang LF, Tai CF, Kuo WR, et al. Predisposing factors of complicated deep neck infections: 12-year experience at a single institution. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;39:335-341. [Tóm lược](#)
- Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, et al. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. Am J Otolaryngol. 2003;24:111-117. [Tóm lược](#)
- Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. J Laryngol Otol. 2004;118:919-920. [Tóm lược](#)
- Christoforidou A, Metallidis S, Kollaras P, et al. Tuberculous retropharyngeal abscess as a cause of oropharyngeal dysphagia. Am J Otolaryngol. 2012;33:272-274. [Tóm lược](#)
- Abdel-Haq N, Quezada M, Asmar BI. Retropharyngeal abscess in children: the rising incidence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Pediatr Infect Dis J. 2012;31:696-699. [Tóm lược](#)
- Kirse DJ, Roberson DW. Surgical management of retropharyngeal space infections in children. Laryngoscope. 2001;111:1413-1422. [Tóm lược](#)
- Morrison JE Jr, Pashley NR. Retropharyngeal abscesses in children: a 10-year review. Pediatr Emerg Care. 1988;4:9-11. [Tóm lược](#)
- Ungkanont K, Yellon RF, Weissman JL, et al. Head and neck space infections in infants and children. Otolaryngol Head Neck Surg. 1995;112:375-382. [Tóm lược](#)
- Parhiscar A, Har-El G. Deep neck abscess: a retrospective review of 210 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2001;110:1051-1054. [Tóm lược](#)
- Byramji A, Gilbert JD, Byard RW. Fatal retropharyngeal abscess: a possible marker of inflicted injury in infancy and early childhood. Forensic Sci Med Pathol. 2009;5:302-306. [Tóm lược](#)

14. Duval M, Daniel SJ. Retropharyngeal and parapharyngeal abscesses or phlegmons in children. Is there an association with adenotonsillectomy? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008;72:1765-1769. [Tóm lược](#)
15. Elsherif AM, Park AH, Alder SC, et al. Indicators of a more complicated clinical course for pediatric patients with retropharyngeal abscess. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74:198-201. [Tóm lược](#)
16. Wang KY, Lin HJ, Chen YH. Retropharyngeal abscess with descending necrotizing mediastinitis. *J Emerg Med.* 2012;43:114-115. [Tóm lược](#)
17. Uzomefuna V, Glynn F, Mackle T, et al. Atypical locations of retropharyngeal abscess: beware of the normal lateral soft tissue neck X-ray. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74:1445-1448. [Tóm lược](#)
18. Freling N, Roele E, Schaefer-Prokop C, et al. Prediction of deep neck abscesses by contrast-enhanced computerized tomography in 76 clinically suspect consecutive patients. *Laryngoscope.* 2009;119:1745-1752. [Tóm lược](#)
19. Park R, Halpert DE, Baer A, et al. Retropharyngeal calcific tendinitis: case report and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum.* 2010;39:504-509. [Tóm lược](#)
20. Patron V, Roudaut PY, Brosset P, et al. Right fourth branchial cyst presenting as retropharyngeal collection in a neonate. *J Perinatol.* 2012;32:153-155. [Tóm lược](#)
21. Ueda Y, Saita Y, Matsuzawa T, et al. Six patients with Kawasaki disease showing retropharyngeal low-density areas on computed tomography. *Pediatr Int.* 2010;52:e187-e189. [Tóm lược](#)
22. Pelaz AC, Allende AV, Llorente Pendás JL, et al. Conservative treatment of retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children. *J Craniofac Surg.* 2009;20:1178-1181. [Tóm lược](#)
23. Rao MS, Linga Raju Y, Vishwanathan P. Anaesthetic management of difficult airway due to retropharyngeal abscess. *Indian J Anaesth.* 2010;54:246-248. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
24. Reynolds SC, Chow AW. Severe soft tissue infections of the head and neck: a primer for critical care physicians. *Lung.* 2009;187:271-279. [Tóm lược](#)
25. Grisaru-Soen G, Komisar O, Aizenstein O, et al. Retropharyngeal and parapharyngeal abscess in children - epidemiology, clinical features and treatment. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010;74:1016-1020. [Tóm lược](#)
26. Thompson JW, Cohen SR, Reddix P. Retropharyngeal abscess in children: a retrospective and historical analysis. *Laryngoscope.* 1988;98:589-592. [Tóm lược](#)

Hình ảnh



Hình 1: Chụp cắt lớp vi tính vùng cổ phát hiện tổn thương dạng vòng nhẫn

Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. J Laryngol Otol. 2004;118:919-926

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Carl Philpott, MB ChB, FRCS (ORL-HNS) DLO, MD, PGCME

Consultant in ENT & Rhinology

James Paget University Hospital, Great Yarmouth, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: CP is an author of a number of references cited in this monograph.

Lorna Langstaff, MB BS

Speciality Registrar, Health Education East of England

Department of ENT, James Paget University Hospital, Great Yarmouth, UK

CÔNG KHAI THÔNG TIN: LL declares that she has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Carl Philpott and Dr Lorna Langstaff would like to gratefully acknowledge Dr Asad Qayyum, Dr Kevin Kulendra, Dr Cameron Davies-Husband, and Dr Marcos Martinez Del Pero, previous contributors to this monograph. AQ, KK, CDH, and MMDP declare that they have no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Remco de Bree, MD, PhD

Otolaryngologist

Head and Neck Surgeon, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

CÔNG KHAI THÔNG TIN: RdB declares that he has no competing interests.

Michael Johns, MD

Director

Assistant Professor, Emory University, Atlanta, GA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: MJ declares that he has no competing interests.

Lynn Solomon, MD

Assistant Professor

Tufts University, Boston, MA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: LS declares that she has no competing interests.