

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giới tính là nam thì có nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng cao hơn là nữ ( $p < 0,01$ ).

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ tai biến và biến chứng nặng trong mổ với đặc điểm là vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính quanh túi mật, hoại tử thành túi mật. Bệnh nhân có đặc điểm này thì có tỷ lệ xảy ra tai biến và biến chứng nghiêm trọng cao hơn bệnh nhân không có đặc điểm này. Tác giả Petra Maria Terho<sup>8</sup> cũng cho thấy có hoại tử túi mật, hoặc áp xe túi mật và được xác định bằng phẫu thuật viên thì có nguy cơ xảy ra tai biến và biến chứng nặng biến chứng xảy ra cao hơn. Điều này có thể hiểu rằng vùng cuống gan bị phù nề và viêm dính quanh túi mật cũng sẽ làm cho quá trình phẫu tích lúc mổ của phẫu thuật viên sẽ khó hơn từ đó nguy cơ xảy ra biến chứng sẽ cao hơn. Cũng tương đồng với kết quả của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có kết quả là viêm cấp/mạn cho tỷ lệ tai biến và biến chứng cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

Các tai biến và biến chứng nặng xảy ra nhiều hơn ở các đặc điểm: nam giới, đau quặn từng cơn và có kết quả siêu âm hoặc cắt lớp điện toán là viêm cấp/mạn, có hiện tượng vùng túi mật và cuống gan bị phù nề, viêm dính, hoại tử thành túi mật.

Khi phẫu thuật cần chú ý trong bệnh lý viêm túi mật cấp được phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu tích xác định giải phẫu học tam giác gan mật để tránh các tai biến chứng nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, et al.** Tokyo Guidelines 2018 surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2017;25. doi:10.1002/jhbp.517
2. **Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, et al.** Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. Gastrointest Endosc. 2007;65(2):247-252. doi:10.1016/j.gie.2005.12.037
3. **Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, et al.** TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2013;20(1):35-46. doi:10.1007/s00534-012-0568-9
4. **Trần Văn Phơi, Nguyễn Hoàng Bắc.** Thủng túi mật trong cắt túi mật nội soi. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2003;1(7):39-42.
5. **Nguyễn Công Bình, Nguyễn Vũ Phương.** Kết quả điều trị sỏi túi mật bằng phương pháp cắt túi mật nội soi tại bệnh viện trường đại học y khoa Thái Nguyên. Bệnh Viện Trường Đại Học Khoa Thái Nguyên. 2016;2(34):78
6. **Amreek F, Hussain SZM, Mnagi MH, Rizwan A.** Retrospective Analysis of Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy for Symptomatic Gallstones. Cureus. 11(7):e5152. doi:10.7759/cureus.5152
7. **Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, et al.** Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016;4(4):641-646. doi:10.3889/oamjms.2016.128
8. **Terho PM, Leppäniemi AK, Mentula PJ.** Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg WJES. 2016;11:54. doi:10.1186/s13017-016-0111-4

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MÔ BÀO HÀM MẬT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Diễm<sup>1</sup>, Phùng Minh Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Tiến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát mối liên quan với mức độ nặng trên bệnh nhân viêm mô bào hàm mật điều trị nội trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp.HCM. **Phương pháp:**

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Trãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm

Email: tydn124@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên bệnh nhân từ 18 tuổi đến khám và điều trị viêm mô bào hàm mật tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM từ 03/2024 đến 9/2024. Dựa trên phân loại mức độ nhiễm trùng căn cứ vào các yếu tố tuổi, giới, dấu hiệu lâm sàng, nguyên nhân, diễn tiến, cách thức điều trị và diễn tiến lành thương trong quá trình theo dõi. Tiêu chí mức độ nghiêm trọng sử dụng trong nghiên cứu này là cấu trúc giải phẫu, chứng khó nuốt, khó nói, khó thở, sốt, nhiễm trùng huyết và hoại tử mô. Phân tích dữ liệu bằng phép kiểm Chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher và kiểm định T-test, với  $p < 0,05$  với KTC 95%. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân viêm

mô bào hàm mặt (47,8% nữ) có tuổi trung bình  $57,5 \pm 16,4$ . Ghi nhận 52,2% mức độ nhẹ; 30,4% vừa; 10,8% nặng và 6,6% rất nặng. Triệu chứng sưng đau chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 95,7% và 93,5%. Nguyên nhân do tủy răng hoại tử và viêm nha chu chiếm 32,6%. Bệnh nhân nhóm nặng và rất nặng có triệu chứng khó nuốt và lạm dụng đồng thời rượu, thuốc lá, ngày dùng kháng sinh và thời gian nằm viện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhẹ -trung bình, ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Viêm mô bào hàm mặt là tình trạng cấp cứu có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. Xử trí thành công tình trạng này khi và chỉ khi bệnh được chẩn đoán kịp thời, loại bỏ nguyên nhân và dẫn lưu hiệu quả cũng như định danh được vi khuẩn gây bệnh nhằm sử dụng kháng sinh phù hợp nhất.

**Từ khóa:** Viêm mô bào hàm mặt.

## SUMMARY

### CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL CELLULITIS RECEIVED INPATIENT TREATMENT AT NGUYEN TRAI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics and related factors of patients with maxillofacial cellulitis received inpatient treatment at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city. **Methods:** A cross-sectional study were performed in 46 patients, aged from 18 years old, at Nguyen Trai hospital, Ho Chi Minh city from June 2024 to September 2024. Based on the classification of the level of infection such as age, gender, clinical signs, cause, clinical progression, treatment methods and healing progression during follow-up. Severity criteria used in this study were anatomical structure, dysphagia, dysarthria, dyspnea, fever, sepsis, and tissue necrosis. Analyze data using Chi-square test, Fisher's exact test and T-test, with  $p < 0.05$ , CI95%. **Results:** Participants had age average  $57.5 \pm 16.4$ , 47.8% female. Regarding severity, mild severity accounted for 52.2%; 30.4% moderate; 10.8% severe and 6.6% very severe. Symptoms of swelling and pain account for a high rate of 95.7% and 93.5%, respectively. The causes are pulp necrosis and periodontitis accounting for 30.4%. Patients in the severe and very severe groups with dysphagia and abuse of alcohol and tobacco, days of taking antibiotics and length of hospital stay had statistically significant differences compared to the mild-moderate group, ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Maxillofacial cellulitis is a condition that can be life-threatening. This condition can be successfully treated as the disease is promptly diagnosed, the cause is eliminated and effectively drained, as well as the causative bacteria are identified in order to use the most appropriate antibiotic therapy.

**Keywords:** Maxillofacial cellulitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cấp tính trong miệng và hàm mặt là bệnh lý thuộc chuyên khoa Răng Hàm Mặt, có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh.

Gần đây tình trạng viêm mô bào hàm mặt thường gặp hơn trong thực hành lâm sàng. Xử trí thành công tình trạng này khi và chỉ khi bệnh được chẩn đoán kịp thời, loại bỏ nguyên nhân và dẫn lưu hiệu quả, cũng như định danh được vi khuẩn gây bệnh và sử dụng kháng sinh phù hợp. Với những bệnh nhân (BN) có bệnh lý nội khoa chưa được kiểm soát ngày càng gia tăng nên diễn tiến và mức độ trầm trọng của bệnh lý viêm mô bào hàm mặt trở nên phổ biến hơn có thể gây tổn hại mô, suy đa cơ quan và cuối cùng bệnh nhân tử vong<sup>1</sup>.

Nhiều nghiên cứu lâm sàng gần đây cho thấy tình trạng nhiễm trùng răng miệng nặng có tần suất xuất hiện thường xuyên hơn. Người bệnh cần được chăm sóc đặc biệt vì biến chứng lan xa, có thể lan vào các khoang cổ sâu và thậm chí có thể vượt qua hàng rào máu não gây huyết khối xoang hang, áp xe não, tắc nghẽn đường thở, viêm trung thất hoặc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Điều trị nha khoa không tốt có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nặng.

Như vậy tình trạng viêm mô bào hàm mặt có thật sự là một vấn đề đáng quan ngại đối với sức khỏe BN trong khi tỉ lệ BN mắc các bệnh mãn tính ngày càng được ghi nhận. Để làm rõ hơn vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm mô bào hàm mặt điều trị nội trú tại Bệnh viện Nguyễn Trãi*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả

**Dân số chọn mẫu:** BN viêm mô bào hàm mặt tuổi từ đủ 18, điều trị nội trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỉ lệ với  $p = 13,76$  tỷ lệ viêm mô bào hàm mặt ở BN được chẩn đoán trong nghiên cứu trước  $\rightarrow n = 46$ . Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ BN viêm mô bào hàm mặt điều trị nội trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM từ tháng 3/2024-9/2024 thỏa tiêu chí chọn mẫu.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu**

**Tiêu chuẩn chọn vào:** Số liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án BN đến khám và điều trị viêm mô bào hàm mặt tại bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. HCM.

**Tiêu chuẩn loại ra:** BN viêm mô bào hàm mặt/Ung thư hàm mặt.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Dữ liệu được thu thập qua bảng câu hỏi ghi nhận thông tin chung BN và kết quả xét nghiệm, cận lâm

sàng ghi nhận trong quá trình BN nằm viện điều trị nội trú tại bệnh viện Nguyễn Trãi.

**Phân độ viêm mô bào hàm mặt:** dựa vào các tiêu chuẩn để phân mức độ nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng đối với mẫu nghiên cứu theo Bohimbo và CS (2023):

++ Nhẹ: Một hoặc nhiều tiêu chí có mức độ nghiêm trọng thấp, ngoại trừ khó nuốt + khó thở

++ Trung bình: Một tiêu chí có mức độ nghiêm trọng vừa phải, hoặc mức độ khó nuốt thấp + mức độ khó thở mức độ thấp

++ Nặng: Một tiêu chí có mức độ nghiêm trọng nặng hoặc ít nhất hai tiêu chí có mức độ nghiêm trọng vừa phải.

++ Rất nặng: Một tiêu chí có mức độ nghiêm trọng rất nặng hoặc ít nhất hai tiêu chí có mức độ nghiêm trọng nặng, hoặc nhiễm trùng huyết hoặc giai đoạn hoại tử.

**Xử lý và phân tích số liệu:** nhập liệu bằng Epidata 3.1 và xử lý bằng Stata 13.0. Sử dụng phép kiểm chi bình phương, kiểm định chính xác Fisher và kiểm định T- test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  với KTC 95%.

**Y đức:** Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt và nghiệm thu đề tài bệnh viện Nguyễn Trãi TP.HCM chấp thuận (QĐ số 981/QĐ-BVNT ngày 01/07/2024). Thông tin cá nhân được bảo mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

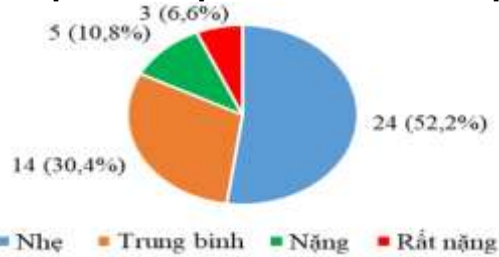
**Đặc điểm của mẫu nghiên cứu.** Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao ( $57,5 \pm 16,4$  tuổi), nam nhiều hơn nữ, hầu hết ở tại Tp.HCM. Người làm nghề nội trợ 34,8%, nhân viên văn phòng và sinh viên chiếm tỉ lệ thấp 10,9% (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=46)**

| Đặc tính mẫu nghiên cứu               | Số lượng (n)                    | Tỉ lệ (%) |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| <b>Tuổi</b>                           | TB± ĐLC: NN-LN: 57,5±16,4 18-87 |           |
| <30 tuổi                              | 5                               | 10,9      |
| 30-55 tuổi                            | 12                              | 26,1      |
| >55 tuổi                              | 29                              | 63,0      |
| <b>Giới</b>                           |                                 |           |
| Nam                                   | 24                              | 52,2      |
| Nữ                                    | 22                              | 47,8      |
| <b>Nghề nghiệp</b>                    |                                 |           |
| Nội trợ                               | 16                              | 34,8      |
| Công nhân                             | 6                               | 13,0      |
| Hưu trí                               | 12                              | 26,1      |
| Kinh doanh                            | 7                               | 15,2      |
| Khác (Nhân viên văn phòng, sinh viên) | 5                               | 10,9      |
| <b>Nơi ở TP.HCM</b>                   |                                 |           |

|           |    |      |
|-----------|----|------|
| TP.HCM    | 42 | 91,3 |
| Tỉnh khác | 4  | 8,7  |

**Tỉ lệ và mức độ viêm mô bào hàm mặt**



**Biểu đồ 1. Tỉ lệ và các mức độ viêm mô bào hàm mặt (n=46)**

Tỉ lệ BN viêm mô bào hàm mặt mức độ nhẹ (52,2%), mức độ trung bình (30,4%) và mức độ nặng (10,8%) và mức độ rất nặng (6,6%). (Biểu đồ 1)

**Bảng 2. Phân bố đặc điểm lâm sàng của BN viêm mô bào hàm mặt**

| Triệu chứng lâm sàng | Tần số (n) | Tỉ lệ (%) |
|----------------------|------------|-----------|
| <b>Sưng</b>          |            |           |
| Có                   | 44         | 95,7      |
| Không                | 2          | 4,3       |
| <b>Đau</b>           |            |           |
| Có                   | 43         | 93,5      |
| Không                | 3          | 6,5       |
| <b>Khó nuốt</b>      |            |           |
| Có                   | 3          | 6,5       |
| Không                | 43         | 93,5      |
| <b>Sốt</b>           |            |           |
| Có                   | 3          | 6,5       |
| Không                | 43         | 93,5      |
| <b>Khó thở</b>       |            |           |
| Có                   | 1          | 2,2       |
| Không                | 45         | 97,8      |

Triệu chứng lâm sàng như sưng, đau chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 95,7% và 93,5%, triệu chứng khó nuốt 8,7%, sốt chiếm 6,5% và khó thở chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,2% (Bảng 2).

**Bảng 3: Phân bố nguyên nhân viêm mô bào hàm mặt**

| Nguyên nhân                | Tần số (n) | Tỉ lệ (%) |
|----------------------------|------------|-----------|
| <b>Viêm tuyến mang tai</b> |            |           |
| Có                         | 5          | 10,9      |
| Không                      | 41         | 89,1      |
| <b>Viêm tuyến dưới hàm</b> |            |           |
| Có                         | 4          | 8,7       |
| Không                      | 42         | 91,3      |
| <b>Viêm da</b>             |            |           |
| Có                         | 12         | 26,1      |
| Không                      | 34         | 73,9      |
| <b>Viêm niêm mạc</b>       |            |           |
| Có                         | 5          | 10,9      |
| Không                      | 41         | 89,1      |

| Do răng, nha chu    |    |      |
|---------------------|----|------|
| Có                  | 15 | 32,6 |
| Không               | 31 | 67,4 |
| Chấn thương hàm mặt |    |      |
| Có                  | 1  | 2,2  |
| Không               | 45 | 97,8 |
| Nang                |    |      |
| Có                  | 1  | 2,2  |
| Không               | 45 | 97,8 |
| Hạch                |    |      |
| Có                  | 6  | 13,0 |
| Không               | 40 | 87,0 |

Nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là tủy răng hoại tử và viêm nha chu chiếm 32,6%, viêm tuyến mang tai 10,9%, nguyên nhân chấn thương và nang trong miệng chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,2% (Bảng 3).

**Bảng 4: Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với mức độ nặng viêm mô bào hàm mặt**

| Triệu chứng lâm sàng | Viêm mô bào hàm mặt n (%) |                      | p*    |
|----------------------|---------------------------|----------------------|-------|
|                      | Nhẹ - trung bình (n=8)    | Nặng - rất nặng (n=) |       |
| Sưng                 | 37 (97,4)                 | 7 (87,5)             | 0,321 |
| Đau                  | 36 (94,7)                 | 7 (87,5)             | 0,444 |
| Khó nuốt             | 1 (2,6)                   | 3 (37,5)             | 0,013 |
| Sốt                  | 1 (2,6)                   | 2 (25,0)             | 0,074 |
| Khó thở              | 0 (0,0)                   | 1 (12,5)             | 0,174 |

\*Kiểm định Chính xác Fisher

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nhẹ - trung bình với nhóm nặng - rất nặng đối với triệu chứng khó nuốt trên BN viêm mô bào hàm mặt ( $p<0,05$ ). Tuy nhiên, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các triệu chứng sưng, đau, sốt hay khó thở (Bảng 4).

**Bảng 5: Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ viêm mô bào hàm mặt với mức độ nặng của bệnh**

| Yếu tố nguy cơ                             | Viêm mô bào hàm mặt n (%) |                       | p*    |
|--------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------|
|                                            | Nhẹ - trung bình (n=38)   | Nặng - rất nặng (n=8) |       |
| <b>BMI</b>                                 |                           |                       |       |
| < 18,5 (nhẹ cân)                           | 2 (5,3)                   | 0 (0,0)               | 0,485 |
| 18,5 – 24,9 (bình thường)                  | 26 (68,4)                 | 4 (50,0)              |       |
| ≥25,0 (thừa cân, béo phì)                  | 10 (26,3)                 | 4 (50,0)              |       |
| <b>Hút thuốc lá</b>                        | 10 (26,3)                 | 4 (50,0)              | 0,222 |
| <b>Uống rượu bia</b>                       | 7 (18,4)                  | 3 (37,5)              | 0,344 |
| <b>VSRM kém</b>                            | 19 (50,0)                 | 7 (87,5)              | 0,113 |
| <b>Lạm dụng đồng thời thuốc lá và rượu</b> | 1 (2,6)                   | 2 (25,0)              | 0,044 |

\*Kiểm định chính xác Fisher

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nhẹ - trung bình với nhóm nặng - rất nặng đối với yếu tố nguy cơ lạm dụng đồng thời thuốc lá và rượu ( $p<0,05$ ). Ngoài ra, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với các yếu tố BMI, hút thuốc lá, uống rượu, vệ sinh răng miệng kém (Bảng 5).

**Bảng 6: Môi liên quan giữa đặc điểm liên quan can thiệp và thời gian điều trị với mức độ nặng của bệnh**

| Đặc điểm                | Viêm mô bào hàm mặt n (%) |                       | p*        |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------|
|                         | Nhẹ - trung bình (n=8)    | Nặng - rất nặng (n=8) |           |
| Điều trị nha khoa trước | 2 (5,3)                   | 0 (0,0)               | 1,000     |
| Kháng sinh trước đó     | 7 (18,4)                  | 3 (37,5)              | 0,344     |
| Nhổ răng                | 10 (26,3)                 | 3 (37,5)              | 0,669     |
| Dẫn lưu trong miệng     | 2 (5,3)                   | 2 (25,0)              | 0,134     |
| Dẫn lưu ngoài mặt       | 9 (23,7)                  | 6 (75,0)              | 0,010     |
| Gây tê                  | 17 (44,7)                 | 2 (25,0)              | 0,440     |
| Gây mê NKQ              | 4 (10,5)                  | 5 (62,5)              | 0,004     |
| Phẫu thuật lại          | 0 (0,0)                   | 1 (12,5)              | 0,174     |
| Thời gian nằm viện      | 11,0±4,0                  | 17,3±6,4              | < 0,001** |

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nhẹ - trung bình với nhóm nặng - rất nặng đối với dẫn lưu ngoài mặt và gây mê NKQ ( $p<0,05$ ). Bệnh nhân bị viêm mô bào hàm mặt mức độ nặng - rất nặng có thời gian nằm viện dài hơn bệnh nhân bị mức độ nhẹ - trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,01$ ) (Bảng 6).

**Bảng 7: Phương cách điều trị theo mức độ nặng viêm mô bào hàm mặt**

| Can thiệp        | Viêm mô bào hàm mặt n (%) |                       | p*      |
|------------------|---------------------------|-----------------------|---------|
|                  | Nhẹ - trung bình (n=38)   | Nặng - rất nặng (n=8) |         |
| Có phẫu thuật    | 11 (28,9)                 | 8 (100,0)             | < 0,001 |
| Không phẫu thuật | 27 (77,1)                 | 0 (0,0)               |         |

\*Kiểm định Chính xác Fisher

Bệnh nhân bị viêm mô bào hàm mặt mức độ nặng - rất nặng có tỉ lệ phẫu thuật cao hơn BN bị mức độ nhẹ - trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,01$ ) (Bảng 7). Ngoài ra, tỉ lệ hồi phục 100% và không có trường hợp nào tử vong hay biến chứng.

**Bảng 8: Môi liên quan giữa mức độ viêm mô bào hàm mặt với ngày dùng kháng sinh**

| Mức độ viêm mô bào hàm mặt | Ngày dùng kháng sinh TB±ĐLC | p*     |
|----------------------------|-----------------------------|--------|
| Nhẹ                        | 9,6±3,0                     | <0,001 |
| Trung bình                 | 11,9±2,0                    |        |
| Nặng                       | 14,2±3,8                    |        |
| Rất nặng                   | 19,3±7,6                    |        |
| Tổng                       | 11,4 ± 4,1                  |        |

\*Kiểm định Kruskal–Wallis

Ngày dùng kháng sinh nhiều nhất ở BN nhóm rất nặng 19,3±7,6 và ít nhất ở nhóm nhẹ 9,6±3,0. Sự khác biệt có ý thống kê ( $p<0,001$ ) (Bảng 8).

**Bảng 9: Mối liên quan giữa sử dụng kháng sinh với mức độ nặng của bệnh**

| Can thiệp         | Viêm mô bào hàm mặt n (%) |                       | p*    |
|-------------------|---------------------------|-----------------------|-------|
|                   | Nhẹ - trung bình (n=38)   | Nặng - rất nặng (n=8) |       |
| 1 loại/đường tiêm | 9 (23,7)                  | 0 (0,0)               | 0,009 |
| 2 loại/đường tiêm | 18 (47,4)                 | 3 (37,5)              |       |
| 3 loại/đường tiêm | 3 (7,9)                   | 5 (62,5)              |       |
| 1 loại/đường uống | 7 (18,4)                  | 0 (0,0)               |       |
| 2 loại/đường uống | 1 (2,6)                   | 0 (0,0)               |       |

\*Kiểm định Chính xác Fisher

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc sử dụng kháng sinh đối với mức độ nhẹ - trung bình với nhóm nặng - rất nặng trên BN viêm mô bào hàm mặt, trong đó tỉ lệ sử dụng 3 loại kháng sinh đường tiêm cao ở nhóm nặng - rất nặng so với nhóm nhẹ - trung bình ( $p<0,05$ ) (Bảng 9).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 46 BN viêm mô bào hàm mặt có độ tuổi trung bình 57,5 ± 16,4 tuổi trong đó BN trên 55 tuổi chiếm 63% và nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao nhất là nội trợ chiếm 34,8%, nam chiếm 52,2%, và 91,3% ở tại Tp. HCM. Tỉ lệ nam trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Di He và CS (2021) nghiên cứu trên 65 BN viêm mô bào hàm mặt ở Trung Quốc với nam chiếm 54,5%<sup>1</sup>, và tương đồng với nghiên cứu Nathalie và CS (2020) thực hiện trên 653 BN viêm mô bào hàm mặt tại Pháp với kết quả là 59% nam<sup>4</sup>.

##### Phân bố mức độ viêm mô bào hàm mặt.

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 46 BN trong đó nhóm mức độ nhẹ chiếm 52,2%, mức độ trung bình 30,4%, mức độ nặng 10,8% và mức độ rất nặng thấp nhất là 6,6%. Mức độ rất nặng với giai đoạn hoại tử cân cơ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn báo cáo của Weise và CS là 1% các trường hợp viêm mô bào hàm mặt<sup>8</sup>. Flynn và cộng sự phân loại mức độ nghiêm trọng

của nhiễm trùng theo các khoang giải phẫu bị xâm lấn và đã có báo cáo cho rằng thường xuyên nhất là mức độ nhẹ là khoảng tiền đình 50%, mức độ trung bình 30% đó là ở vùng má, mức độ nặng khoảng dưới hàm 15% và 5% nhiễm trùng vùng cổ sâu.

**Triệu chứng lâm sàng.** Chúng tôi ghi nhận triệu chứng lâm sàng như sưng, đau chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 95,7% và 93,5%. Triệu chứng khó nuốt 8,7% thấp hơn nghiên cứu của Nathalie và CS (2020) với 21%. Triệu chứng khó thở chiếm tỉ lệ thấp nhất là 2,2% thấp tương đồng với nghiên cứu của Nathalie và CS (2020) là 2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng sốt 8,7% thấp hơn nghiên cứu của Nathalie và CS (2020) là 26%<sup>4</sup>.

**Các yếu tố liên quan đến viêm mô bào hàm mặt.** Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tình trạng lạm dụng đồng thời thuốc lá và rượu có liên quan đến độ nặng trên BN viêm mô bào hàm mặt ( $p<0,05$ ) tương tự với kết quả nghiên cứu Furuholm và CS (2020)<sup>2</sup>. Nhiều tiêu chí có thể liên quan, số lượng bệnh nhân ngày càng tăng mắc các bệnh tiềm ẩn như lạm dụng rượu, suy giảm miễn dịch hoặc tiểu đường lâu dài có thể giải thích xu hướng nhiễm trùng nặng hơn<sup>1</sup>.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên BN có triệu chứng khó nuốt với độ nặng của bệnh ( $p<0,05$ ). Các triệu chứng liên quan khác gợi ý khả năng tổn thương đường thở bao gồm khít hàm, khó nuốt, nuốt đau, khó thở và không thể nằm ngửa<sup>5,6</sup>. Các triệu chứng của viêm mô bào hàm mặt nghiêm trọng bao gồm khít hàm, đau, sưng tấy, khó nuốt, khó phát âm và sốt. Nhiều triệu chứng trong số này làm cho việc bảo vệ đường thở thách thức hơn. Trong số 499 bệnh nhân nhiễm trùng răng nặng, há miệng hạn chế có liên quan đến việc quản lý đường thở khó khăn<sup>2</sup>.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với phẫu thuật rạch dẫn lưu ngoài mặt, gây mê nội khí quản với độ nặng của bệnh ( $p<0,05$ ). Theo báo cáo của Vytla và CS (2017) rạch dẫn lưu và nhổ răng bị ảnh hưởng để loại bỏ nguồn vi khuẩn gây bệnh và cho phép giải áp lực cho các khoang bị nhiễm khuẩn<sup>7</sup>.

Thời gian nằm viện trung bình 11,0 ± 4,0 so với 17,3±6,4 giữa hai nhóm nhẹ - trung bình so với nhóm nặng - rất nặng khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Weise và CS (2019) là 27,8 ngày<sup>8</sup> nhưng dài hơn so với kết quả nghiên cứu của Rastenienė là 7.9 ± 4.91<sup>1</sup> và dài hơn nghiên cứu của Kang và CS (2022) là 10,2 ngày<sup>3</sup>. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận thời gian nằm viện trên 8 ngày là 78,3% cao hơn so với báo cáo của Rasteniene và CS 2021 là 40,1%<sup>5</sup>. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp tử vong và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng viêm trung thất hoại tử. Tuy nhiên, theo báo cáo của Timothy và CS (2022) có 25-40% BN tử vong khi có biến chứng viêm trung thất hoại tử mặc dù đã rạch áp xe và sử dụng kháng sinh<sup>6</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Viêm mô bào hàm mặt là tình trạng có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. Xử trí thành công tình trạng này khi và chỉ khi bệnh được chẩn đoán kịp thời, loại bỏ nguyên nhân và dẫn lưu hiệu quả cũng như định danh được vi khuẩn gây bệnh nhằm sử dụng liệu pháp kháng sinh phù hợp nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di He, et al (2021), Multifunctional Irrigation-Assisted Vacuum Irrigation-Assisted versus Traditional Drainage in the Treatment of Odontogenic Deep Fascial Infection A Retrospective Cohort Study", Infection and Drug Resistance 2021;14 3571–3580
2. Furuholm J. et al (2021), Health status in patients hospitalised for severe odontogenic

- infections, Acta odontologica Scandinavica 2021, Vol 79, No 6,436-442 <https://doi.org/10.1080/00016357.2021.1876916>
3. Kang E.S. et al (2022), Diagnostic value of presepsin in odontogenic infection: a retrospective study, Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery (2022) 44:22 <https://doi.org/10.1186/s40902-022-00353-7>
4. Nathalie P. D. et al (2020), Five Predictors Affecting the Prognosis of Patients with Severe Odontogenic Infections, Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 8917; doi:10.3390/ijerph17238917 Bohimbo J.G.E et al (2023), Severity scale of cervicofacial cellulitis with a clinical experience
5. Rasteniene R. et al (2023), Non-odontogenic maxillofacial infections – a 17-years retrospective cohort study, Oral and maxillofacial surgery, pp.1-5
6. Timothy W N. et al (2022), Complications of Severe Odontogenic Infections: A Review, Biology, 11, 1784. <https://doi.org/10.3390/biology11121784>
7. Vytla S. et al (2017), Clinical guideline for the management of odontogenic infections in the tertiary setting, Australian Dental Journal, 62, pp. 464-470
8. Weise H. et al (2019), Severe odontogenic infections with septic progress – a constant and increasing challenge: a retrospective analysis, Clin Oral Invest, 12 Suppl 1, pp.65 – 68

## ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI DO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Ở TRẺ TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI HOA HỒ HẤP BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Phạm Văn Hưng<sup>1</sup>, Ngô Thị Minh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Hằng<sup>3</sup>, Vũ Thị Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do Streptococcus pneumoniae ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện từ 01/04/ 2023 – 30/09/2023 chúng tôi thu thập được 67 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,3 ± 9,8 tháng, nam nhiều hơn nữ. Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ 47,8%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho 97,1%, sốt 83,6%, viêm

long hô hấp 64,2%, thở nhanh 80,6%, rút lõm lồng ngực 70,1%, ran ẩm nhỏ hạt chiếm 98,5%. Bệnh kèm theo là tiêu chảy 13,4%, viêm tai giữa 19,4%, Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng tràn dịch màng phổi 3,0%, nhiễm trùng máu 6,0%. Bạch cầu tăng > 12 G/l chiếm 55,2 %, bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 45%. Tổn thương trên x quang nốt mờ rải rác nhu mô phổi là 55,2%, mờ tập trung 2 rốn phổi là 37,3%, mờ thùy phổi là 7,5%. S. pneumoniae có tỷ lệ kháng cao với trimethoprim-sulfamethoxazole (80,6%) và erythromycin 97%, nhạy tương đối cao với cefotaxim 56,1% và amoxicillin 75%, còn nhạy cảm cao với vancomycin 94%, levofloxacin 97% và moxifloxacin 98,5%. Kết quả điều trị khỏi chiếm tỷ lệ cao 98,5%. Ngày điều trị trung bình là 7,8 ± 3,6 ngày. **Kết luận:** Căn cứ vào đặc điểm lâm sàng để phát hiện sớm các trường hợp viêm phổi do S. pneumoniae. Có thể lựa chọn kháng sinh amoxicillin uống, cefotaxim tiêm để điều trị viêm phổi do S. pneumoniae ở trẻ em.

**Từ khóa:** viêm phổi, phế cầu, trẻ em.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA

<sup>1</sup>Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Hải Dương

<sup>3</sup>Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hưng

Email: hung.phamvan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025