

có liên quan đến vị trí u (cao hơn ở hạ họng) và xâm lấn mạch bạch huyết (LVI). Đáng chú ý, sự hiện diện của hạch di căn cùng bên trên lâm sàng làm tăng nguy cơ di căn đối bên lên gấp 8,18 lần, và nguy cơ DCHTA đối bên tăng gấp 9,65 lần, nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá kỹ lưỡng cổ đối bên ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Armstrong William, E. Vokes David, Tjoa T, et al.** Malignant Tumors of the Larynx. In: W. Flint Paul, W. Francis Howard, H. Haughey Bruce, editors. Cummings Otolaryngology–Head And Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1564–1595.
2. **Ryan Case, Karen T. Pitman.** Controversies in Management of the NO Neck in Squamous Cell Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract. In: JONAS T. JOHNSON, CLARK A. ROSEN, editors. Bailey's Head and Neck Surgery - OTOLARYNGOLOGY. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 1839–1848.
3. **Sanabria A, Shah JP, Medina JE, et al.** Incidence of occult lymph node metastasis in primary larynx squamous cell carcinoma, by

subsite, t classification and neck level: A systematic review. Cancers (Basel). 2020.

4. **Vincent Grégoire, Nancy Lee, Marc Hamoir, et al.** Radiation Therapy and Management of the Cervical Lymph Nodes and Malignant Skull Base Tumors. In: Paul W. Flint, Howard W. Francis, Bruce H. Haughey, et al., editors. Cummings Otolaryngology–Head And Neck Surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1786–1805.
5. **Lê Văn Hải.** Khảo sát hạch cổ trong ung thư thanh quản có nạo vét hạch tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh [Luận văn thạc sĩ y học]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2023.
6. **Trần Long Giang.** Khảo sát di căn hạch nhóm II-III-IV trong ung thư thanh quản tại bệnh viện Chợ Rẫy [Luận văn thạc sĩ y học]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2016.
7. **Trần Phan Chung Thủy.** Góp phần nghiên cứu hạch cổ trong ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy [Luận văn chuyên khoa II]. Đại học Y Dược TP.HCM; 2000.
8. **Xu Y, Zhang Y, Xu Z, et al.** Patterns of Cervical Lymph Node Metastasis in Locally Advanced Supraglottic Squamous Cell Carcinoma: Implications for Neck CTV Delineation. Front Oncol. 2020;10.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE CỔ TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2023 ĐẾN 2025

Ngô Văn Công^{1,2}, Trần Huyền Bảo Nhi², Lương Hữu Đăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu được phẫu thuật dẫn lưu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 209 bệnh nhân ≥16 tuổi, được chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu và phẫu thuật dẫn lưu tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2023 đến 06/2025. Các dữ liệu được thu thập gồm: đặc điểm dịch tễ, bệnh lý kèm theo, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CT-scan, phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện. **Kết quả:** Tuổi trung vị bệnh nhân là 57,0, nam giới chiếm đa số. Phần lớn bệnh nhân đến từ các tỉnh ngoài Thành phố Hồ Chí Minh, trong đó đa số có ít nhất một bệnh lý nền, thường gặp nhất là đái tháo đường và tăng huyết áp. Nguyên nhân phổ biến nhất là nhiễm trùng răng. Triệu chứng điển hình gồm đau, sưng và đỏ. Tổn thương thường gặp ở khoang dưới hàm, một số trường hợp lan xuống

trung thất. Áp xe chiếm tỉ lệ cao nhất, viêm cân mạc hoại tử ghi nhận gần 15%. Trên CT-scan, tụ dịch, thâm nhiễm mỡ và bắt thuốc viền thường gặp; khí trong tổn thương phát hiện ở khoảng một phần ba trường hợp. Đường phẫu thuật thường dùng nhất là mở cạnh cổ. Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày. **Kết luận:** Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý nặng, thường gặp ở nam giới trung niên và người cao tuổi, có liên quan chặt chẽ đến bệnh mạn tính, đặc biệt là đái tháo đường và tăng huyết áp. Việc nhận diện sớm triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân và đặc điểm hình ảnh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, phẫu thuật dẫn lưu áp xe

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTIONS UNDERGOING SURGICAL DRAINAGE OF CERVICAL ABSCESES AT THE DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY, CHO RAY HOSPITAL, 2023–2025

Objective: To investigate the epidemiological, clinical, radiological, and microbiological characteristics of patients with deep neck infections (DNI) who underwent surgical drainage at Cho Ray Hospital.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 209 patients aged ≥ 16 years, diagnosed with DNI and treated with surgical drainage at the Department of Otorhinolaryngology, Cho Ray Hospital, from December 2023 to June 2025. Data collected included demographic features, comorbidities, etiology, clinical symptoms, CT-scan findings, surgical approach, and length of hospital stay. **Results:** The median age of patients was 57.0 years, with a male predominance. Most patients were from provinces outside Ho Chi Minh City, and the majority had at least one comorbidity, most commonly diabetes mellitus and hypertension. Odontogenic infection was the leading cause. The typical clinical manifestations were pain, swelling, and erythema. The submandibular space was most frequently affected, and some cases extended into the mediastinum. Abscesses accounted for the majority, while necrotizing fasciitis was observed in nearly 15%. CT-scan findings commonly included fluid collection, fat stranding, and rim enhancement; gas formation was detected in about one-third of cases. The cervical incision was the most common surgical approach. The median hospital stay was 7 days. **Conclusion:** DNI remains a severe condition predominantly affecting middle-aged and elderly male patients, strongly associated with chronic comorbidities, especially diabetes mellitus and hypertension. Early recognition of clinical symptoms, etiology and radiological plays an important role in diagnosis, prognosis, and treatment planning. **Keywords:** deep neck infection, surgical drainage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu (NTCS) là bệnh lý cấp cứu thường gặp của chuyên khoa Tai Mũi Họng thường gặp, có khả năng diễn tiến nhanh và gây biến chứng nặng nề như tắc nghẽn đường thở, viêm trung thất, suy hô hấp hoặc nhiễm trùng huyết, với phẫu thuật dẫn lưu kết hợp kháng sinh là phương pháp điều trị chính⁵. Tuy đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và theo dõi, nhiễm trùng cổ sâu vẫn còn là gánh nặng kinh tế - y tế với chi phí điều trị cao và thời gian nằm viện kéo dài.

Thực tiễn lâm sàng ghi nhận phần lớn người bệnh NTCS có bệnh mạn tính đi kèm, đặc biệt là đái tháo đường và tăng huyết áp; nguồn gốc nhiễm trùng răng - miệng chiếm tỉ lệ đáng kể. Nhiều trường hợp được dùng kháng sinh trước nhập viện làm che lấp triệu chứng, khiến bệnh nhân đến muộn khi tổn thương đã lan đa khoang hoặc xuống trung thất. Chụp CT có tiêm cản quang giữ vai trò then chốt trong xác định vị trí, phạm vi lan rộng, gợi ý thể bệnh (áp xe hay viêm cân mạc hoại tử) và hỗ trợ hoạch định đường mổ thích hợp. Bên cạnh đó, chiến lược kiểm soát đường thở và lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật (mở cạnh cổ, đường họng hay phổi hợp) có ý nghĩa quyết định đối với kết quả điều trị.

Bệnh viện Chợ Rẫy là cơ sở tuyến cuối, tiếp

nhận số lượng lớn ca NTCS nặng từ nhiều tỉnh thành, phản ánh đặc thù dịch tễ - lâm sàng của khu vực phía Nam. Việc khảo sát có hệ thống các đặc điểm dịch tễ, bệnh lý kèm theo, nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, hình ảnh CT-scan, phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân NTCS phẫu thuật dẫn lưu tại đây sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn giúp tối ưu hoá chẩn đoán sớm, tiên lượng và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm của bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu và được phẫu thuật dẫn lưu tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 12/2023 đến 06/2025.

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

Thu thập và xử lý số liệu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án. Các biến số được thu thập gồm: đặc điểm dịch tễ, bệnh lý kèm theo, nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện, hình ảnh CT-scan, vi sinh, phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm JASP.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Tần suất (n=209)
Tuổi (trung vị, tứ phân vị)	57 (47,0–66,0)
Nhóm tuổi	
≤ 30	16 (7,7%)
31 – 59	100 (47,8%)
≥ 60	93 (44,5%)
Giới	
Nữ	94 (45,0%)
Nam	115 (55,0%)
Địa chỉ	
Ngoài thành phố Hồ Chí Minh	188 (90,0%)
Thành phố Hồ Chí Minh	21 (10,0%)
Nghề nghiệp	
Hưu trí	59 (28,2%)
Lao động tự do	51 (24,4%)
Làm ruộng	43 (20,6%)
Nội trợ	19 (9,1%)
Công nhân viên	21 (10,0%)
Buôn bán	13 (6,2%)
Học sinh/Sinh viên	3 (1,4%)

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu ở nhóm tuổi 31–59 và ≥ 60 , nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ. Đa số bệnh nhân đến từ các tỉnh ngoài Thành

phố Hồ Chí Minh. Nghề nghiệp thường gặp nhất là hưu trí, lao động tự do và làm ruộng.

Bảng 2. Bệnh lý đi kèm

Đặc điểm	Tần suất (n=209)
Số bệnh lý đi kèm	
0	52 (24,9%)
≥1	157 (75,1%)
Loại bệnh lý đi kèm	
Đái tháo đường	118 (56,5%)
Tăng huyết áp	103 (49,3%)
Bệnh lý tim mạch khác	16 (7,7%)
Bệnh lý khớp	8 (3,8%)
Tai biến mạch máu não	7 (3,3%)
Bệnh lý thận mạn tính	7 (3,3%)
Bệnh lý gan mạn tính	5 (2,4%)
Chậm phát triển tâm thần	3 (1,4%)
Bệnh lý hô hấp mạn	2 (1,0%)
Ung thư	2 (1,0%)
Di chứng tổn thương não	1 (0,5%)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý đi kèm, trong đó đái tháo đường và tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất.

Bảng 3. Nguyên nhân NTCS

Nguyên nhân	Tần suất (n=209)
Do răng	73 (34,9%)
Viêm họng – viêm amidan	23 (11,0%)
Dị vật	6 (2,9%)
Khác	11 (5,3%)
Không rõ nguyên nhân	96 (45,9%)

Nhận xét: Nhiễm trùng cổ sâu do răng là nguyên nhân phổ biến nhất, tiếp theo là viêm họng – viêm amidan, dị vật. Các nguyên nhân khác bao gồm hạch - nang vùng cổ, nhọt vùng hàm mặt, viêm tuyến nước bọt, viêm thân đốt sống ít gặp. Nhiều trường hợp bệnh nhân đến trễ hoặc được tiếp nhận điều trị trước đó, không xác định được nguyên nhân rõ ràng.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng ở thời điểm nhập viện

Triệu chứng	Tần suất (n=209)
Đau	209 (100,0%)
Sưng	204 (97,6%)
Đỏ	186 (89,0%)
Sốt	87 (41,6%)
Há miệng hạn chế	72 (34,4%)
Nuốt đau	59 (28,2%)
Khó nuốt	58 (27,8%)
Đỏ mủ	39 (18,7%)
Phù nề họng miệng	37 (17,7%)
Khó thở	22 (10,5%)
Rối loạn giọng nói	20 (9,6%)
Đau răng	20 (9,6%)
Phập phều	5 (2,4%)
Dấu lép búp dưới da	3 (1,4%)

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là đau, sưng và đỏ. Ngoài ra, sốt và há miệng hạn chế cũng xuất hiện ở một số lượng đáng kể bệnh nhân.

Bảng 5. Đặc điểm khoang cổ sâu liên quan

Khoang cổ	Tần suất (n=209)
Nhóm khoang trên móng	
Khoang dưới hàm	178 (85,2%)
Khoang cạnh họng	142 (67,9%)
Khoang cơ nhai	74 (35,4%)
Khoang quanh amidan	61 (29,2%)
Khoang thái dương	16 (7,7%)
Khoang dưới cằm	28 (13,4%)
Khoang tuyến mang tai	20 (9,6%)
Nhóm khoang dưới móng	
Khoang tạng	17 (8,1%)
Nhóm khoang trải toàn bộ chiều dài cổ	
Khoang sau họng	89 (42,6%)
Khoang cảnh	49 (23,4%)
Khoang nguy hiểm	39 (18,7%)
Khoang trước sống	16 (7,7%)
Khoang trung thất	11 (5,3%)
Lan trung thất	7 (3,3%)
	55 (26,3%)

Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất ở nhóm khoang trên móng, trong đó khoang dưới hàm chiếm tỉ lệ cao nhất. Một số trường hợp có tổn thương lan xuống trung thất.

Bảng 6. Loại nhiễm trùng cổ sâu

Loại NTCS	Tần suất (n=209)
Áp xe	178 (85,2%)
Viêm cân mạc hoại tử	31 (14,8%)

Nhận xét: Áp xe chiếm đa số, tuy nhiên tỉ lệ viêm cân mạc hoại tử khá cao (14,8%).

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh học

Đặc điểm trên CT-scan	Tần suất (n=209)
Tụ dịch	209 (100%)
Thâm nhiễm mỡ	209 (100%)
Bắt thuốc viên	204 (97,6%)
Có khí trong tổn thương	64 (30,6%)

Nhận xét: Trên CT-scan, tụ dịch và thâm nhiễm mỡ xuất hiện ở tất cả các trường hợp. Bắt thuốc viên gặp ở hầu hết bệnh nhân, trong khi khí trong tổn thương ghi nhận ở khoảng một phần ba số ca.

Bảng 8. Phương pháp phẫu thuật

Đường tiếp cận phẫu thuật	Tần suất (n=209)
Mở cạnh cổ	171 (81,8%)
Đường họng	18 (8,6%)
Cả hai	20 (9,6%)

Nhận xét: Đường mổ thường được sử dụng nhất là mở cạnh cổ. Một số trường hợp phải phối

hợp thêm đường mỡ trong họng.

Bảng 9. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Tần suất (n=209)
Trung vị (tứ phân vị)	7 (6 – 11)
<10 ngày	140 (67,0%)
≥10 ngày	69 (33,0%)

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày. Phần lớn bệnh nhân có thời gian nằm viện dưới 10 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị là 57,0, với tỉ lệ nhóm tuổi ở độ tuổi lao động (31-59 tuổi) chiếm đa số (47,8%). Về giới tính ghi nhận tỉ lệ nam (55,0%) nhiều hơn nữ (45,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước trước đây ở cùng nhóm đối tượng bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, cho thấy nam giới trong độ tuổi lao động có tần suất bệnh cao hơn.¹

Phần lớn bệnh nhân sinh sống ở các tỉnh ngoài Thành phố Hồ Chí Minh (90,0%). Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (24,4%) và làm ruộng (20,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Minh Thịnh (2021) và Võ Nguyễn Thúy Uyên (2024), cho thấy năng tiếp cận y tế ở đặc trưng theo theo vùng địa lý và nghề nghiệp ảnh hưởng đến tần suất của bệnh.^{1,2}

Về bệnh lý đi kèm, 75,1% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý nền, trong đó đái tháo đường (56,5%) và tăng huyết áp (49,3%) là thường gặp nhất. Trên thế giới, theo nghiên cứu của Brito và cộng sự (2017), bệnh nhân NTCS có tần suất tăng huyết áp chiếm 18,8% và đái tháo đường chiếm 12,8%.³ Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có thể phản ánh sự gia tăng bệnh lý mạn tính trong cộng đồng Việt Nam, đặc biệt là đái tháo đường và tăng huyết áp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân thường gặp nhất là nhiễm trùng từ răng (34,9%), tiếp theo là viêm họng – viêm amidan (11,0%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Võ Nguyễn Thúy Uyên (2024), ghi nhận nguyên nhân nhiễm trùng răng miệng 26,5% và viêm họng - amidan 19,2%². Trên thế giới, Kataria (2015) báo cáo 34,2% nguyên nhân do nhiễm trùng răng miệng, tiếp theo là viêm họng – viêm amidan 27,6%.⁶ Tỉ lệ không rõ nguyên nhân khá cao (45,9%) có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trước nhập viện hay chậm trễ trong việc tiếp cận cơ sở y tế khiến nguyên nhân ban đầu bị che lấp.

Các triệu chứng nhập viện chủ yếu là đau

(100%), sưng (97,6%) và đỏ da (89,0%), ngoài ra cũng ghi nhận sốt (41,6%) và há miệng hạn chế (34,4%). Tỉ lệ này cao hơn so với báo cáo của Võ Nguyễn Thúy Uyên (2024), tác giả ghi nhận sốt 22,5%; há miệng hạn chế 26,5%.² Sự khác biệt này có thể liên quan đến tình trạng dùng kháng sinh trước nhập viện làm che lấp triệu chứng, trong khi các triệu chứng sưng, đau, đỏ da gần như xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương ở khoang dưới hàm chiếm 67,9% và lan trung thất gặp ở 26,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Minh Thịnh (2022), ghi nhận khoang dưới hàm thường gặp nhất và lan trung thất làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong.¹ Phạm vi lan rộng đa khoang và xuống trung thất là những yếu tố cần lưu ý trong theo dõi và tiên lượng nhiễm trùng cổ sâu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm cân mạc hoại tử (VCMHT) chiếm 14,8%. Khi so sánh với nghiên cứu trong nước, tác giả Trương Minh Thịnh (2022) ghi nhận VCMHT có nguy cơ biến chứng đường thở cao gấp gần 8 lần so với áp xe (OR = 7,81; p < 0,001).¹ Quốc tế, Chen (2022) báo cáo VCMHT chỉ chiếm 5,6% nhưng liên quan thời gian nằm viện dài hơn (12,6 ngày ở nhóm VCMHT so với 10,2 ngày ở nhóm áp xe; p=0,001) và nhu cầu can thiệp đường thở cao.⁴ Điều này khẳng định VCMHT dù ít gặp nhưng gắn liền với tiên lượng nặng, cần theo dõi sát ở nhóm bệnh nhân này.

Về đặc điểm hình ảnh học, trên CT-scan, chúng tôi ghi nhận tụ dịch, thâm nhiễm mỡ và bắt thuốc viên ở hầu hết các trường hợp, trong khi khí trong tổn thương gặp ở 30,6%. Trương Minh Thịnh (2022) cũng ghi nhận dịch 96,5%, thâm nhiễm 90,3%, bắt thuốc viên ở 83,3% và khí trong tổn thương 37,4%, tỉ lệ khí trong tổn thương đặc biệt cao ở nhóm VCMHT (90,5%).¹ Như vậy, CT-scan đóng vai trò quan trọng trong đánh giá NTCS, gợi ý chẩn đoán VCMHT

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được tiếp cận bằng đường mở cạnh cổ (74,2%), tiếp theo là đường họng (12,1%) và phối hợp cả hai (13,6%). Phân bố này tương tự Trương Minh Thịnh (2022), với mở cổ chiếm 78,1% và phối hợp đường cổ và miệng 13,4%.¹ Kataria (2015) cũng báo cáo xu hướng tương tự, với đường ngoài cổ chiếm 57,9% và đường miệng 19,7%.⁶ Sự lựa chọn đường mổ phụ thuộc chủ yếu vào vị trí và phạm vi lan rộng của ổ nhiễm trùng.

Trong tổng số 209, thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày (tứ phân vị: 6 – 11 ngày), với 67,0% nằm viện dưới 10 ngày. Kết quả này phù hợp với Trương Minh Thịnh (2022), ghi nhận trung vị

nằm viện 9 ngày (tứ phân vị: 6 – 13 ngày).¹ Võ Nguyễn Thúy Uyên (2024) cũng báo cáo thời gian nằm viện trung vị 8 ngày (tứ phân vị: 6 – 12 ngày), tác giả chọn cũng mốc 10 ngày làm mốc nằm viện kéo dài.²

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy NTCS vẫn là bệnh lý nặng, có nhiều yếu tố liên quan đến dịch tễ, bệnh nền, nguyên nhân, triệu chứng và đặc điểm vi sinh. Nhận diện sớm và xử trí kịp thời có vai trò quan trọng trong tiên lượng và kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Minh Thịnh.** Khảo sát các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2019–2022) [luận văn bác sĩ nội trú]. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP.HCM; 2022.
2. **Võ Nguyễn Thúy Uyên.** Khảo sát các yếu tố

tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2023 đến năm 2024 [luận văn bác sĩ nội trú]. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược TP.HCM; 2024.

3. **Brito TP, Hazboun IM, Fernandes FL, Bento LR, Zappellini CE, Chone CT, et al.** Deep neck abscesses: study of 101 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017 May-Jun;83(3):341-8. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.04.004. PMID: 27236632; PMCID: PMC9444774.
4. **Chen MK, Wen YS, Chang CC, Lee HS, Huang MT, Hsiao HC.** Predisposing factors of life-threatening deep neck infection: logistic regression analysis of 214 cases. *J Otolaryngol.* 1998 Jun;27(3):141-4. PMID: 9664243.
5. **Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al.** Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015.
6. **Kataria G, Saxena A, Bhagat S, Singh B, Kaur M, Kaur G.** Deep Neck Space Infections: A Study of 76 Cases. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2015 Jul;27(81):293-9. PMID: 26788478; PMCID: PMC4710882.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG BẰNG ĐIỆN XUNG TẠI HUYỆT KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT

Tổng Nguyễn Hoàng¹, Trần Thị Hồng Ngải², Nguyễn Hoài Văn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống bằng điện xung tại huyệt kết hợp xoa bóp bấm huyệt và mô tả một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa, thể Phong hàn thấp kết hợp Can thân hư. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: Nhóm nghiên cứu (NNC, n=35) được điều trị bằng máy điện xung không dùng kim Pointron 801 kết hợp XBBH. Nhóm đối chứng (NĐC, n=35) được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH. Liều trình điều trị kéo dài 15 ngày. Hiệu quả được đánh giá qua sự thay đổi của thang điểm đau VAS, thang điểm chức năng ODI, độ giãn cột sống Schöber, khoảng cách tay đất và nghiệm pháp Lasègue tại các thời điểm trước (D0) và sau điều trị (D5, D10, D15). **Kết quả:** Cả hai phác đồ đều cho

thấy hiệu quả cải thiện rõ rệt trên tất cả các chỉ số ($p < 0,05$). Tuy nhiên, NNC cho thấy sự cải thiện nhanh hơn và vượt trội hơn so với NĐC. Tại D15, điểm đau VAS của NNC giảm xuống còn $0,97 \pm 0,45$, thấp hơn có ý nghĩa so với NĐC là $1,54 \pm 0,51$ ($p < 0,05$). Hiệu suất giảm điểm ODI và tăng độ giãn Schöber, độ Lasègue của NNC cũng cao hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả điều trị chung loại tốt và khá ở NNC (88,6%) cao hơn NĐC 85,7%) ($p > 0,05$). Cả hai phương pháp đều an toàn, ít tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Điện xung tại huyệt kết hợp xoa bóp bấm huyệt có hiệu quả trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoái hóa cột sống, tương đương với điện châm với xoa bóp bấm huyệt. **Từ khóa:** Hội chứng thắt lưng hông, điện xung tại huyệt, điện châm, xoa bóp bấm huyệt, thoái hóa cột sống

SUMMARY

EFFICACY OF TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL ACUPOINT STIMULATION COMBINED WITH MASSAGE AND ACUPRESSURE IN THE TREATMENT OF LUMBOSACRAL SYNDROME DUE TO SPINAL DEGENERATION

Objectives: To evaluate the therapeutic effect of transcutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) combined with massage and acupressure for lumbosacral syndrome (LSS) due to spinal degeneration and to describe factors related to treatment outcomes. **Subjects and Methods:** A

¹Học viên Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Y Dược Cổ truyền – Phục hồi chức năng tỉnh Cao Bằng

³Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Nguyễn Hoàng

Email: tongnguyenhoangcb11@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025