# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP-XE THÀNH SAU HỌNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

**Hồ Thụy Nhân Ái[1], Trần Viết Luân[1], Phạm Đình Nguyên[2], Trần Thịnh[1,2]**

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Áp-xe thành sau họng ở trẻ em là cấp cứu đe dọa tính mạng do nguy cơ chèn ép đường thở và biến chứng lan rộng. Việc nhận diện muộn có thể làm tăng nguy cơ biến chứng và kéo dài điều trị.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhi áp-xe thành sau họng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 36 bệnh nhi được chẩn đoán xác định áp-xe thành sau họng điều trị nội trú tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2026.

**Kết quả:** Tuổi trung vị là 2 tuổi 8 tháng, nhóm ≤2 tuổi chiếm 38,9%. Các biểu hiện thường gặp gồm sốt ≥ 38,5°C (72,2%), sưng đau cổ (72,2%) và thành sau họng phồng đỏ (100%). Trên CT cổ cản quang, kích thước ổ áp-xe trung vị 47 mm, trong đó 63,6% có kích thước >25 mm. Cấy mủ dương tính ở 81,8% trường hợp; MRSA chiếm 50,0%. Chích rạch dẫn lưu kết hợp kháng sinh tĩnh mạch được thực hiện ở 72,2% trường hợp. Ổ áp-xe > 25 mm liên quan với tỷ lệ phẫu thuật và biến chứng cao hơn (p = 0,005 và p = 0,010). Biến chứng gặp ở 47,2%, nhóm có biến chứng có tuổi trung vị thấp hơn, CRP cao hơn và thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm không biến chứng (p lần lượt 0,015; 0,043 và < 0,001). Tất cả bệnh nhi đều ổn định khi xuất viện.

**Kết luận:** Áp-xe thành sau họng chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, với tỷ lệ MRSA và biến chứng đáng kể. Nhận diện sớm, dẫn lưu kịp thời và lựa chọn kháng sinh phù hợp có vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh.

***Từ khóa:*** Áp-xe thành sau họng, trẻ em, MRSA, chích rạch dẫn lưu.

*[1]Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
*[2]Bệnh viện Nhi Đồng 1.*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hồ Thụy Nhân Ái
Email: nhanai798@gmail.com
**Mã bài: N964**
Ngày nhận bài: 7/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 3/7/2026
Ngày duyệt bài: 11/8/2026

## SUMMARY

### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF RETROPHARYNGEAL ABSCESS IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 1.

**Background:** Retropharyngeal abscess in children is a life-threatening emergency due to the risk of airway compromise and widespread complications. Delayed recognition may increase the risk of complications and prolong treatment.

**Objective:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes in pediatric patients with retropharyngeal abscess at Children's Hospital 1.

**Methods**: A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 36 pediatric patients diagnosed with retropharyngeal abscess and admitted for inpatient treatment at the Department of Otolaryngology, Children's Hospital 1, from January 2023 to August 2026.

**Results:** The median age was 2 years and 8 months, with 38.9% of patients aged ≤2 years. Common clinical findings included fever ≥38.5°C (72.2%), neck swelling and pain (72.2%), and a bulging, erythematous posterior pharyngeal wall (100%). On contrast-enhanced CT, the median abscess size was 47 mm, with 63.6% measuring >25 mm. Pus culture was positive in 81.8% of cases with MRSA accounting for 50.0%. Surgical drainage combined with intravenous antibiotics was performed in 72.2% of cases. Abscess size >25 mm was associated with higher rates of surgery and complications (p = 0.005 and p = 0.010, respectively). Complications occurred in 47.2%; patients with complications had a lower median age, higher CRP levels, and longer hospital stays than those without complications (p = 0.015, 0.043, and < 0.001, respectively). All patients were stable at discharge.

**Conclusion:** Retropharyngeal abscess predominantly affects young children, with substantial rates of MRSA isolation and complications. Early recognition, timely drainage, and appropriate antibiotic selection are important in disease management.

***Keywords:*** Retropharyngeal abscess, children, MRSA, surgical drainage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu ở trẻ em, đặc biệt là áp-xe thành sau họng (AXTSH), là cấp cứu Tai Mũi Họng có nguy cơ đe dọa tính mạng. Khoang sau họng nằm giữa mạc má – họng và mạc trước sống, kéo dài từ nền sọ đến trung thất trên. Ở trẻ nhỏ, khoang này chứa nhiều hạch bạch huyết, nhiễm trùng đường hô hấp trên có thể lan theo đường bạch huyết, gây viêm hạch, viêm tấy và hóa mủ tạo ổ áp xe.

Triệu chứng lâm sàng ban đầu thường rất mơ hồ và không đặc hiệu như sốt, quấy khóc, bỏ ăn, đau họng, dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên thông thường. Chẩn đoán muộn có thể làm ổ áp-xe lớn, gây chèn ép đường thở hoặc lan xuống trung thất. Bên cạnh đó, sự gia tăng của các chủng vi khuẩn kháng thuốc, đặc biệt là tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA), gây khó khăn cho việc lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu.

Tại Việt Nam, nghiên cứu riêng về AXTSH ở trẻ em còn hạn chế. Bệnh viện Nhi Đồng 1 là bệnh viện chuyên khoa nhi tuyến cuối, tiếp nhận nhiều trường hợp nhiễm trùng cổ sâu với mức độ bệnh đa dạng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến biến chứng ở trẻ em mắc AXTSH.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 16 tuổi trở xuống, được chẩn đoán xác định AXTSH và điều trị nội trú tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2026.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Chẩn đoán xác định AXTSH dựa trên biểu hiện lâm sàng kết hợp với bằng chứng hình ảnh học hoặc bằng chứng ổ mủ khi phẫu thuật; trên CT cổ cản quang, ổ áp xe được xác định khi có ổ dịch khu trú phù hợp với áp-xe. Trường hợp không chụp CT, chẩn đoán dựa trên lâm sàng kết hợp với siêu âm và/hoặc bằng chứng mủ khi dẫn lưu. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được cha mẹ hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu; có bệnh ác tính vùng đầu cổ, bệnh toàn thân như lao hoặc suy giảm miễn dịch nặng, hoặc AXTSH thứ phát sau chấn thương, phẫu thuật vùng đầu cổ.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp nghiên cứu:

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, kết hợp giữa hồi cứu và tiến cứu.

**Các bước tiến hành:**

*Giai đoạn hồi cứu (01/2023–12/2025):* Tra cứu bệnh án điện tử và hồ sơ lưu trữ, chọn bệnh nhi đủ tiêu chuẩn và thu thập dữ liệu theo phiếu thu thập CRF.

*Giai đoạn tiến cứu (01/2026 – 08/2026):* Sau khi người giám hộ được giải thích nghiên cứu và ký đồng thuận trước khi thu thập dữ liệu nghiên cứu, bệnh nhi được thăm khám, xác nhận chẩn đoán, theo dõi điều trị, biến chứng và tình trạng đến khi xuất viện.

Chỉ định phẫu thuật: quyết định dẫn lưu được thực hiện dựa trên đánh giá tổng hợp về kích thước và mức độ lan rộng của ổ áp xe trên hình ảnh học, mức độ nặng lâm sàng, tình trạng đường thở, biến chứng và đáp ứng với điều trị nội khoa.

### 2.2. Phương pháp xử lí số liệu

Dữ liệu thu thập được tổng hợp, mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng Shapiro-Wilk, do không phân phối chuẩn, các biến được trình bày bằng trung vị, khoảng tứ phân vị (IQR). Sử dụng Mann-Whitney U, Fisher's exact và tương quan Spearman (r); $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Các phân tích về mối liên quan được xem là phân tích thăm dò và không nhằm xây dựng mô hình tiên lượng đa biến.

### 2.3. Vấn đề y đức:

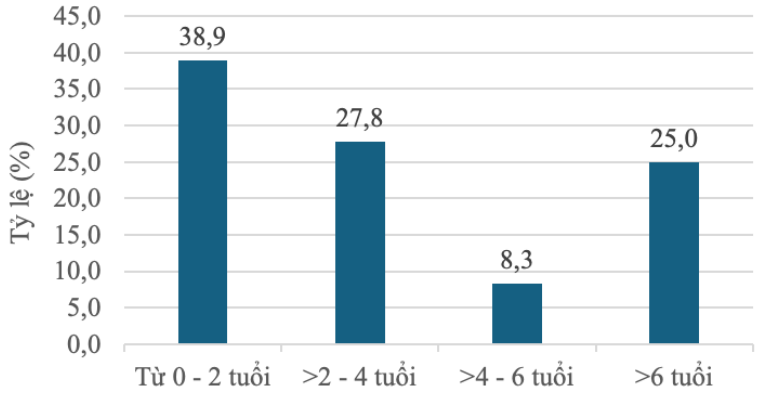
Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi đồng 1 thông qua (GCN số: 14/GCN-BVNĐ1).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận 36 bệnh nhi áp-xe thành sau họng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các kết quả như sau:

### 2.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Tuổi trung vị là 2 tuổi 8 tháng (IQR: 5 tuổi 6 tháng), nhỏ nhất 6 tháng và lớn nhất 15 tuổi 11 tháng.




*Biểu đồ 1: Đặc điểm phân bố nhóm tuổi*

Giới tính: Nam 47,2% (17 ca), nữ 52,8% (19 ca), tỷ lệ nam/nữ 1:1,12.

Nơi cư trú: Bệnh nhi từ các tỉnh khác chiếm 66,7% (24/36 ca), so với 33,3% tại thành phố Hồ Chí Minh (12/36 ca).

Tiền căn: 44,4% chưa ghi nhận bệnh lý bản thân trước đó (16/36 ca), bệnh lý Tai Mũi Họng gần đây chiếm 41,7% (15/36 ca), dị vật họng 16,7% (6/36 ca), bệnh mạn tính 5,6% (2/36 ca) và không ghi nhận tiền căn gia đình liên quan.

### 2.2. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện có trung vị là 4 ngày (IQR: 4 ngày), ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 30 ngày. Có 58,3% (21/36 ca) bệnh nhi nhập viện sau 3 ngày khởi bệnh.

*Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (N = 36)*

| | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Lý do vào viện** | | |
| Sưng cổ | 11 | 30,6 |
| Sốt | 10 | 27,8 |
| Đau họng | 5 | 13,9 |
| Nuốt đau | 3 | 8,3 |
| Khàn tiếng | 2 | 5,6 |
| Đau cổ | 2 | 5,6 |
| Khó thở | 2 | 5,6 |
| Khò khè | 1 | 2,8 |
| **Triệu chứng lâm sàng** | | |
| Sốt (≥ 38,5°C) | 26 | 72,2 |
| Ăn uống giảm | 21 | 58,3 |
| Mệt mỏi, lừ đừ | 8 | 22,2 |
| Quấy khóc | 7 | 19,4 |
| **Triệu chứng cơ năng** | | |
| Sưng cổ | 26 | 72,2 |
| Đau cổ | 26 | 72,2 |
| Đau họng | 21 | 58,3 |
| Hạn chế quay cổ | 19 | 52,8 |
| Nuốt khó/ nuốt đau | 18 | 50,0 |
| Chảy nước dãi | 13 | 36,1 |
| Thay đổi tiếng | 9 | 25,0 |
| **Triệu chứng thực thể** | | |
| Thành sau họng đỏ, căng, phồng | 36 | 100 |
| Hạch cổ sưng | 26 | 72,2 |
| Khó thở | 10 | 27,8 |

### Đặc điểm cận lâm sàng

Trung vị số lượng bạch cầu là 24,2 K/µL (IQR: 14,4 K/µL), dao động từ 11,4 K/µL đến 47,7 K/µL. Trung vị nồng độ CRP là 61,4 mg/L (IQR: 82,5 mg/L), dao động từ 5,1 mg/L đến 193,4 mg/L.

X-quang cổ nghiêng ghi nhận dày mô mềm trước cột sống cổ ở 88,9% (32/36 ca), mức nước hơi ở 22,2% (8/36 ca); 11,1% không thấy bất thường.

Siêu âm cổ hướng đến ổ áp-xe ở 94,4% (34/36 ca); 2 trường hợp được đánh giá là viêm tấy nhưng thực tế đã hình thành ổ áp-xe.

Tổng số ca chụp CT cổ cản quang: 33/36 ca (chiếm 91,7%). Kích thước lớn nhất của ổ áp-xe trên CT có trung vị 47 mm (IQR: 39,5), dao động 6,4 – 124,0 mm, 21/33 ca > 25 mm (63,6%).

*Bảng 2. Đặc điểm tổn thương trên CT cổ cản quang (N = 33)*

| Đặc điểm tổn thương | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Vị trí tổn thương** | | |
| Lệch trái | 15 | 45,5 |
| Lệch phải | 11 | 33,3 |
| Nằm ở đường giữa | 7 | 21,2 |
| **Mức độ lan rộng** | | |
| Khu trú khoang sau họng | 13 | 39,4 |
| Lan sang khoang lân cận | 20 | 60,6 |
| **Kích thước lớn nhất của ổ áp-xe** | | |
| ≤ 25 mm | 12 | 36,4 |
| > 25 mm | 21 | 63,6 |
| Tổng | 33 | 100 |

*Kết quả cấy mủ và kháng sinh đồ*

Có 22/36 ca chích rạch dẫn lưu lấy mủ xét nghiệm (61,1%), 18/22 mẫu cấy dương tính (81,8%). Trong 18 mẫu cấy dương tính, có 21 chủng vi khuẩn được phân lập do 3 mẫu phân lập đồng thời hai tác nhân.

*Bảng 3. Các vi khuẩn định danh được trong các mẫu bệnh phẩm.*

| Vi khuẩn | | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|---|---|
| Gram dương | Tụ cầu khuẩn | Staphylococcus aureus MRSA (+) | 9 | 50,0 |
| | | Staphylococcus aureus MRSA (-) | 2 | 11,1 |
| | Liên cầu khuẩn | Streptococcus mitis | 3 | 16,7 |
| | | Streptococcus constellatus | 2 | 11,1 |
| | | Streptococcus anginosus | 1 | 5,6 |
| Gram âm | Trực khuẩn | Klebsiella pneumoniae | 3 | 16,7 |
| | | Pseudomonas aeruginosa | 1 | 5,6 |

**Ghi chú:* Một mẫu có thể phân lập nhiều tác nhân nên tổng tỷ lệ >100%; tỷ lệ tính trên 18 ca cấy mủ dương tính.

*Bảng 4. Đặc điểm nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn được phân lập.*

| Nhóm kháng sinh nhạy | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Penicillin | 3 | 16,7 |
| Cephalosporin | 5 | 27,8 |
| Carbapenem | 3 | 16,7 |
| Aminoglycoside | 5 | 27,8 |
| Glycopeptide (Vancomycin) | 14 | 77,8 |
| Khác | 2 | 11,1 |

**Ghi chú:* Một chủng có thể nhạy với nhiều nhóm kháng sinh. Biến được mã hóa trong bộ dữ liệu, không phải antibiogram chuẩn hóa theo từng vi khuẩn và kháng sinh; tỷ lệ tính trên 18 ca cấy mủ dương tính.

**Điều trị**

Tất cả bệnh nhi đều được điều trị kháng sinh tĩnh mạch. Thời gian điều trị có trung vị là 14 ngày (IQR: 10 ngày), dao động từ 5 – 48 ngày.

*Bảng 5. Đặc điểm điều trị*

| | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Phương pháp điều trị (N = 36)** | | |
| Điều trị nội khoa bảo tồn | 10 | 27,8 |
| Chích rạch dẫn lưu mủ kết hợp kháng sinh tĩnh mạch | 26 | 72,2 |
| **Lựa chọn đường phẫu thuật (N = 26)** | | |
| Phẫu thuật qua đường miệng | 21 | 80,8 |
| Phẫu thuật đường cổ ngoài | 5 | 19,2 |
| **Kháng sinh tĩnh mạch (N = 36)** | | |
| Cephalosporin thế hệ 3 đơn thuần | 5 | 13,9 |
| β-lactam + Metronidazole | 14 | 38,9 |
| β-lactam + Clindamycin | 12 | 33,3 |
| Thêm Vancomycin | 18 | 50,0 |

**Ghi chú:* Một bệnh nhi có thể đổi hoặc phối hợp nhiều loại kháng sinh trong quá trình điều trị, tỷ lệ % tính trên tổng số 36 bệnh nhi.

*Bảng 6. Kích thước ổ áp-xe trên CT và lựa chọn phương pháp điều trị*

| Kích thước ổ áp-xe | Nội khoa đơn thuần | Phẫu thuật | Tổng |
|---|---|---|---|
| ≤ 25 mm | 7 | 5 | 12 |
| > 25 mm | 2 | 19 | 21 |
| Tổng | 9 | 24 | 33 |

Trong 33 trường hợp có CT, tỷ lệ phẫu thuật ở nhóm ổ áp-xe >25 mm là 90,5% (19/21), cao hơn nhóm ≤ 25 mm (41,7%, 5/12 ca). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo Fisher's exact test (p = 0,005 < 0,05).

*Bảng 7. Tình hình biến chứng và đặc điểm kết quả điều trị (N = 36)*

| | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Biến chứng** | | |
| Có ít nhất một biến chứng | 17 | 47,2 |
| Viêm phế quản – phổi | 12 | 33,3 |
| Suy hô hấp | 9 | 25,0 |
| Nhiễm trùng huyết | 7 | 19,4 |
| Viêm trung thất | 5 | 13,9 |
| Khác | 3 | 8,3 |
| **Tình trạng lúc xuất viện** | | |
| Khỏi/ Đỡ | 36 | 100 |
| Nặng/ Tử vong | 0 | 0 |

**Ghi chú:* Một bệnh nhi có thể có nhiều biến chứng, tỷ lệ tính trên 36 bệnh nhi.

Phân tích thăm dò một số yếu tố liên quan đến biến chứng và thời gian điều trị nội trú

*Bảng 8. Mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, số lượng bạch cầu, CRP, thời gian điều trị nội trú và biến chứng (N = 36).*

| Yếu tố | Không biến chứng | Có biến chứng | p |
|---|---|---|---|
| Tuổi (tháng) | 42,0 (14,5 – 82,5) | 17,5 (9,0 – 34,8) | 0,015 |
| Số lượng bạch cầu (K/µL) | 16,9 (14,6 – 39,3) | 25,8 (18,6 – 30,6) | 0,141 |
| CRP (mg/L) | 44,1 (29,2 – 106,0) | 86,9 (35,0 – 150,9) | 0,043 |
| Thời gian nằm viện (ngày) | 12,0 (10,0 – 14,5) | 19,0 (13,8 – 26,8) | <0,001 |

** Số liệu được trình bày dưới dạng trung vị (Q1 – Q3). Kiểm định Mann–Whitney U.*

*Bảng 9. Liên quan giữa kích thước ổ áp-xe trên CT và biến chứng (N = 33)*

| Kích thước ổ áp-xe | Không biến chứng | Có biến chứng | Tổng |
|---|---|---|---|
| ≤ 25 mm | 10 | 2 | 12 |
| > 25 mm | 7 | 14 | 21 |
| Tổng | 17 | 16 | 33 |

Trong 33 trường hợp có CT, biến chứng gặp ở 66,7% với 14/21 bệnh nhi có ổ áp-xe > 25 mm, so với 16,7% (2/12 ca) ở nhóm ≤ 25 mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, p=0,010).

*Bảng 10. Tương quan Spearman giữa kích thước ổ áp xe và thời gian điều trị nội trú (N = 33)*

| Mối tương quan | Spearman r | p |
|---|---|---|
| Kích thước CT – thời gian dùng kháng sinh | 0,386 | 0,027 |
| Kích thước CT – thời gian nằm viện | 0,385 | 0,027 |

Kích thước ổ áp-xe có tương quan thuận mức độ yếu với thời gian nằm viện (r = 0,385, p = 0,027) và thời gian dùng kháng sinh (r = 0,386, p = 0,027).

## IV. BÀN LUẬN

### Đặc điểm dịch tễ học

Nghiên cứu trên 36 bệnh nhi ghi nhận tuổi trung vị là 2 tuổi 8 tháng, với nhóm ≤ 2 tuổi chiếm 38,9% và nhóm ≤ 4 tuổi chiếm ưu thế rõ rệt (66,7%). Kết quả này tương đồng với báo cáo quốc tế như Hao (2026) ghi nhận 66,2% trẻ < 6 tuổi[4], Ratnapalan (2025) báo cáo tuổi trung bình 4,3 tuổi với 48% trẻ < 4 tuổi[6], Goenka (2021) ghi nhận tuổi trung vị là 3 tuổi[3]. Những kết quả này cho thấy áp-xe thành sau họng thường gặp nhiều ở trẻ nhỏ, phù hợp với đặc điểm giải phẫu và sinh lý của khoang sau họng ở lứa tuổi này.

Tỷ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu lần lượt là 47,2% và 52,8%, tương đối cân bằng và tương đồng với nghiên cứu của Kharel (2022) cũng ghi nhận 47,2% nam và 52,8% nữ[5].

Bệnh nhi từ các tỉnh thành khác chiếm 66,7%, cao gấp đôi nhóm cư trú tại TP. Hồ Chí Minh. Điều này có thể phản ánh đặc điểm tiếp nhận của bệnh viện tuyến cuối.

Về tiền căn, trong nhóm có tiền căn, bệnh lý Tai Mũi Họng gần đây chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%). Kết quả phù hợp với nhận định của Esposito (2022)[2] rằng nhiễm trùng vùng mũi họng, vòm họng và amidan là nguồn thường gặp của nhiễm trùng cổ sâu ở trẻ em.

### Đặc điểm lâm sàng

Sưng cổ và sốt là hai lý do vào viện thường gặp nhất, tương thích với báo cáo của Hao[4]. Thời gian khởi phát đến nhập viện có trung vị 4 ngày và 58,3% nhập viện muộn sau 3 ngày khởi bệnh. Ở trẻ nhỏ, các biểu hiện ban đầu như sốt, quấy khóc và ăn uống kém không đặc hiệu, dễ quy cho nhiễm trùng hô hấp trên, tạo điều kiện cho quá trình viêm tiến triển đến hóa mủ[2]. Khám lâm sàng ghi nhận sốt ≥ 38,5°C xuất hiện ở 72,2% trẻ, thành sau họng đỏ, phồng ở 100% ca và triệu chứng khó thở cấp tính ở 27,8% ca, cao hơn so với các công bố của Hao (5%)[4] hay Ratnapalan (3%)[6], có thể liên quan đến đặc điểm bệnh nhi và bối cảnh điều trị giữa các nghiên cứu.

### Đặc điểm cận lâm sàng

CT cổ cản quang giúp xác định áp-xe ở 100% ca được chụp, trong đó 60,6% tổn thương lan rộng sang các khoang lân cận và kích thước ổ mủ trung vị đạt 47 mm (63,6% ca có đường kính > 25 mm). Kích thước ổ áp-xe >25 mm có liên quan với tỷ lệ phẫu thuật cao hơn (90,5% so với 41,7%; p = 0,005), phù hợp với nghiên cứu của Wilkie, khi nghiên cứu này xác định đường kính ổ áp-xe >2,5 cm là yếu tố liên quan đến nhu cầu phẫu thuật[7]. Tuy nhiên quyết định phẫu thuật còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố lâm sàng khác. Tỷ lệ phẫu thuật dẫn lưu là 72,2% (80,8% qua đường miệng dưới nội soi), cao hơn so với

Ratnapalan (42%)[6] và Hao (40,3%)[4]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm bệnh nhi và tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật giữa các cơ sở.

Tỷ lệ cấy mủ dương tính đạt 81,8% (18/22 ca), trong đó Staphylococcus aureus chiếm ưu thế (61,1%, 11/18 ca), tiếp theo là Streptococcus spp. (33,3%, 6/18 ca), phù hợp với các công bố của Ratnapalan (2025)[6] và Lê Nguyễn Uyên Chi (2022) trên người lớn[1]. Đáng chú ý, MRSA chiếm 50,0% mẫu cấy dương tính. Tỷ lệ MRSA cao có thể liên quan đến đặc điểm quần thể bệnh nhân tại cơ sở tuyến cuối. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa thu thập đầy đủ phơi nhiễm kháng sinh trước nhập viện nên chưa xác định được nguyên nhân. Độ nhạy với Penicillin thấp (16,7%) trong khi Glycopeptide (Vancomycin) có tỷ lệ nhạy cao (77,8%).

Tất cả bệnh nhi đều cải thiện và ổn định khi xuất viện, không ghi nhận tử vong trong thời gian nằm viện, tương đồng với báo cáo của Ratnapalan (2025) là 0% tử vong[6]. Tuy nhiên, 47,2% có biến chứng, gồm viêm phế quản – phổi, suy hô hấp, nhiễm trùng huyết và viêm trung thất, nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc nhận diện sớm, đánh giá toàn diện, điều trị kịp thời và lựa chọn phác đồ phù hợp. Nhóm có biến chứng có tuổi trung vị thấp hơn và CRP cao hơn, đồng thời thời gian nằm viện kéo dài hơn, cho thấy cần theo dõi sát ở trẻ nhỏ và trường hợp có phản ứng viêm rõ.

## V. KẾT LUẬN

Áp-xe thành sau họng chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, thường biểu hiện bằng sốt, sưng đau cổ và phồng đỏ thành sau họng. Đa số bệnh nhi được dẫn lưu kết hợp kháng sinh tĩnh mạch. Ổ áp-xe > 25 mm liên quan với tỷ lệ phẫu thuật và biến chứng cao hơn, đồng thời có tương quan với thời gian nằm viện và thời gian sử dụng kháng sinh. Tất cả bệnh nhi đều cải thiện và ổn định khi xuất viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Lê Nguyễn Uyên Chi và cộng sự.** Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn và thời gian điều trị trong nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2021- 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;doi:10.51298/vmj.v527i1B.5675
2. **Esposito S, De Guido C, Pappalardo M, et al.** Retropharyngeal, Parapharyngeal and Peritonsillar Abscesses. Children (Basel, Switzerland). Apr 26 2022;9(5)doi:10.3390/children9050618
3. **Goenka PK, Hall M, Shah SS, et al.** Corticosteroids in the Treatment of Pediatric Retropharyngeal and Parapharyngeal Abscesses. Pediatrics. Nov 2021;148(5)doi:10.1542/peds.2020-037010
4. **Hao L, Wei Y, Lin J, Li J, Xia Z.** Clinical characteristics and etiological profile of retropharyngeal space abnormalities in children: a nine-year retrospective analysis. Original Research. 2026-January-19 2026;Volume 13 - 2025doi:10.3389/fped.2025.1727123
5. **Kharel B, Shahi K, Gurung U.** Antibiotic Resistance Pattern in Pediatric Deep Neck Space Infection. International archives of otorhinolaryngology. Oct 2022;26(4):e585-e591. doi:10.1055/s-0042-1744042
6. **Ratnapalan S TJ, Perera N, Nassarallah B, Wolter NE.** Retropharyngeal and parapharyngeal infections in children: A retrospective analysis. Pediatr Neonatol. 2025;66(2):162-167. doi:10.1016/j.pedneo.2023.12.014
7. **Wilkie MD, De S, Krishnan M.** Defining the role of surgical drainage in paediatric deep neck space infections. Clinical otolaryngology : official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery. May 2019;44(3):366-371. doi:10.1111/coa.13315