

Research Paper

# Evaluating Treatment Outcomes for 147 Patients with Head and Neck Infections in Odonto-Maxillofacial Surgery Department of the Vietnam National Children's Hospital

Do Van Can, Trinh Do Van Nga, Nguyen Thi Phuong Hoa

*Vietnam National Children's Hospital, No 18/879 La Thanh, Dong Da, Hanoi, Vietnam*

Received 04 January 2021

Revised 16 February 2021, Accepted 19 February 2021

## Abstract

**Objectives:** To describe clinical features, etiology and evaluate treatment outcome of inpatients having head - face and neck infections in Odonto-Maxillofacial Surgery Department, Vietnam National Children's Hospital.

**Methods:** Retrospective study on 147 patients, from 1 month to 11 years old, compared between two groups: skin and soft tissue infection and odontogenic infection.

**Results:** Study included: 101 skin - soft tissue infection patients and 46 odontogenic infection patients. The culture result was positive on 75/81 samples of skin - soft tissue infection group and 2/4 samples of odontogenic infection group. The most common bacterial agent was *Staphylococcus aureus*, counting for 62/75 positive cases (54 cases were the Methicillin resistance *Staphylococcus aureus*). Solely antibiotic therapy was applied for 62 patients (42 odontogenic cases), and 85 patients (81 non-tooth infection patients) were treated with antibiotic combining drainage. During treatment, 146/147 patients responded well to treatment, 1 patient was transferred to the Tropical Diseases Center due to septicemia. There were 2 cases relapsed after being discharged from the hospital.

**Conclusion:** In pediatric head and neck infection, *Staphylococcus aureus* is the most common bacterial agent. Treatment includes antibiotics and drainage.

*Keywords: head and neck infections, Methicillin resistance Staphylococcus aureus.*

---

\* Corresponding author.

*E-mail address:* dovancan@nch.org.vn

<https://doi.org/10.47973/jjprp.v5i1.290>

# Kết quả điều trị nhiễm trùng vùng đầu – mặt – cổ trên 147 bệnh nhân tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Nhi Trung ương

Đỗ Văn Can, Trịnh Đỗ Vân Nga, Nguyễn Thị Phương Hoa

Bệnh viện Nhi Trung ương, Số 18/879 La Thành, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 04 tháng 1 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 16 tháng 2 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 19 tháng 2 năm 2021

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, căn nguyên và đánh giá kết quả điều trị các nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ ở các bệnh nhi được điều trị nội trú tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi trung ương.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 147 ca nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ, so sánh theo nhóm nhiễm trùng da – mô mềm và nhiễm trùng có nguyên nhân răng miệng, tuổi từ 01 tháng tuổi đến 11 tuổi điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm 147 bệnh nhân: 101 bệnh nhân nhiễm trùng da – mô mềm và 46 bệnh nhân nhiễm trùng do răng. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn (bệnh phẩm mủ) dương tính ở 75/81 mẫu thuộc nhóm nhiễm trùng da – mô mềm, 2/4 mẫu ở nhóm nhiễm trùng do răng. Căn nguyên vi khuẩn thường gặp ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm gồm: *Staphylococcus aureus* - chiếm 62/75 (82,7%) mẫu dương tính (54 mẫu là chủng kháng methicillin). Phương pháp điều trị bao gồm nội khoa cho 62 bệnh nhân ở thể viêm tấy (42 bệnh nhân thuộc nhóm nhiễm trùng do răng) và nội khoa kết hợp dẫn lưu mủ ở 85 bệnh nhân ở thể áp xe (82 bệnh nhân nhiễm trùng da – mô mềm).

**Kết quả:** 46/147 bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị, 1 bệnh nhân được chuyển sang Trung tâm các Bệnh nhiệt đới do có biểu hiện nhiễm trùng huyết; có 2 trường hợp tái phát sau khi ra viện.

**Kết luận:** Nhiễm trùng phần mềm đầu mặt cổ trẻ em thường gặp là nhiễm trùng da – mô mềm hoặc nhiễm trùng do răng; phương pháp điều trị bao gồm nội khoa, có thể kết hợp dẫn lưu mủ; căn nguyên vi khuẩn thường gặp ở nhiễm trùng da – mô mềm là *Staphylococcus aureus*.

*Từ khóa:* nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ, tụ cầu vàng kháng Methicillin.

## 1. Đặt vấn đề

Các nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ ở trẻ em có thể do nguyên nhân răng miệng hoặc

không do răng, có khả năng gây biến chứng nặng thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, đặc biệt trên các đối tượng là trẻ nhỏ [1]. Biểu hiện trên lâm sàng các nhiễm trùng rất khác nhau và được chia thành hai nhóm lớn: nhiễm trùng sinh mủ (áp xe) và không sinh mủ (viêm tấy). Căn nguyên vi khuẩn phổ biến nhất của các nhiễm trùng da và mô mềm là

\* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: dovanacan@nch.org.vn

<https://doi.org/10.47973/jprp.v5i1.290>

Staphylococcus aureus, với sự gia tăng tỷ lệ của chủng kháng Methicillin [2], [3]. Đây cũng là căn nguyên của 3571 ca nhiễm trùng vùng đầu cổ cần nhập viện điều trị tại Hoa Kỳ [4]. Phương pháp điều trị bao gồm điều trị nội khoa kháng sinh đơn thuần trong trường hợp viêm tấy và kháng sinh phối hợp với dẫn lưu mủ bằng phương pháp chọc hút kim lớn hoặc rạch dẫn lưu mủ khi có ổ áp xe. Bên cạnh đó là điều trị hỗ trợ bao gồm giảm đau, hạ sốt và truyền dịch giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục [4], [5], [6]. Nuôi cấy xác định căn nguyên vi khuẩn gây bệnh đóng vai trò quan trọng vào thành công của điều trị, đặc biệt đối với các trường hợp vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh [7],[8].

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

-Gồm 147 bệnh nhi được chẩn đoán có các khối viêm tấy, áp xe vùng đầu mặt cổ điều trị nội trú tại Khoa Răng Hàm Mặt từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018.

-Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Khối sưng vùng đầu mặt cổ tấy, đỏ, hoặc áp xe có dấu hiệu mềm lõm trung tâm, rò/vỡ mủ.

Triệu chứng toàn thân nặng, hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc.

Bệnh nhân thất bại với liệu pháp kháng sinh ban đầu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đang mắc nhiễm trùng đồng thời cần điều trị kháng sinh.

Các khối viêm đặc hiệu (viêm lao); nhiễm trùng trên nền tổn thương bệnh lý (u bạch huyết, u máu,...)

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu

- Chẩn đoán lâm sàng, xét nghiệm máu, lấy dịch mủ (nếu có) nuôi cấy vi khuẩn

- Điều trị nội khoa bằng kháng sinh, điều chỉnh khi có kháng sinh đồ, phối hợp dẫn lưu mủ khi có ổ áp xe.

- Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm tổn thương, phương pháp điều trị (nội khoa; nội khoa phối hợp dẫn lưu mủ: chọc hút, chích rạch), các chỉ số xét nghiệm máu, kết quả nuôi cấy vi khuẩn (dương tính/âm tính), loại vi khuẩn, thời gian điều trị (ngày).

- Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để thống kê và xử lý số liệu.

## 3. Kết quả

Nghiên cứu mô tả 147 bệnh nhân nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ điều trị nội trú tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Nhi Trung ương. Trong đó, 101 bệnh nhân nhiễm trùng da – mô mềm và 46 bệnh nhân nhiễm trùng do răng.

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Chung (n = 147)	Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm (n = 101)	Nhóm nhiễm trùng do răng (n = 46)
Giới tính	Nam	78 ( 53,1%)	53 (36,1%)	25 (17,0%)
	Nữ	69 (46,9%)	48 (32,7%)	21 (14,2%)
Tuổi (tháng)		34,46 ± 3,08	24,34 ± 2,79	56,67 ± 2,48

Về phân bố giới tính: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nam : nữ trong nghiên cứu và tỷ lệ nam : nữ giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 34,46 tháng. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm nhiễm trùng da – mô mềm là 24,34 tháng, nhỏ hơn tuổi trung bình của nhóm nhiễm trùng nguyên nhân do răng là 56,67 tháng (p = 0,01).

**Bảng 2. Vị trí tổn thương**

Vị trí	Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm		Nhóm nhiễm trùng do răng	
	n	%	n	%
Dưới hàm	34	33,7	5	10,9
Cổ trước – bên	38	37,6		
Má	13	12,9	39	84,8
Mang tai	8	7,9		
Các vị trí khác	8	7,9	2	4,3
<b>Tổng số</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Ở nhóm nhiễm trùng da-mô mềm, tổn thương hay gặp nhất ở vùng cổ: 38/101 bệnh nhân (37,6%); và vùng dưới hàm: 34/101 bệnh nhân (33,7%). Ở nhóm nhiễm trùng do răng, vị trí thường gặp nhất là vùng má: 39/46 bệnh nhân (84,8%).



**Hình 1.** Áp xe phần mềm vùng cằm  
Vi khuẩn: MRSA



**Hình 2.** Viêm tấy má phải nguyên nhân do răng



**Hình 3.** Áp xe dưới hàm trái do răng  
Vi khuẩn: *S. constellatus*

**Bảng 3. Các phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị		Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm		Nhóm nhiễm trùng do răng	
		n (%)		n (%)	
Nội khoa		20 (19,8)			42 (91,3)
Nội khoa - Dẫn lưu mủ	Chọc hút	50	81 (80,2)	1	4 (8,7)
	Chích	25		2	
	Tự vỡ	6		1	
<b>Tổng số</b>		<b>101 (100)</b>		<b>46 (100)</b>	

Ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm, phương pháp điều trị chủ yếu là nội khoa phối hợp dẫn lưu mủ: 81/101 bệnh nhân (80,2%), điều trị nội khoa đơn thuần chỉ ở 20/101 bệnh nhân, chiếm 19,8%. Ngược lại, nhóm nhiễm trùng do răng, điều trị nội khoa đơn thuần chiếm đa số: 42/46 bệnh nhân (91,3%), nội khoa phối hợp dẫn lưu mủ chỉ ở 4/46 bệnh nhân (8,7%).

**Bảng 4. Thời gian điều trị trung bình**

Thời gian (ngày)	Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm n= 101	Nhóm nhiễm trùng do răng n=46	p
Trung bình	10,42 ± 3,95	4,52 ± 2,87	<b>0,001</b>
1 – 7 ngày	23 (22,8%)	41 (89,1%)	
>7 ngày	78 (77,2%)	5 (10,9%)	

Thời gian điều trị trung bình ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm là 10,42 ngày (với 77,2% số ca cần điều trị trên 7 ngày), dài hơn so với nhóm nhiễm trùng do răng là 4,52 ngày (89,1% số ca có thời gian điều trị từ 7 ngày trở xuống).

**Bảng 6. Các chỉ số xét nghiệm máu**

Chỉ số	Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm (n = 101)			Nhóm nhiễm trùng do răng (n = 46)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	p	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Số lượng bạch cầu (SLBC) (G/l)	19,97 ± 7,63	12,03 ± 5,31	< <b>0,001</b>	20,71 ± 5,25	9,17 ± 3,33	< <b>0,001</b>
SLBC trung tính (G/l)	11,04 ± 6,18	4,49 ± 3,64	< <b>0,001</b>	14,19 ± 4,58	4,59 ± 2,39	< <b>0,001</b>
Tỷ lệ bạch cầu trung tính (%)	53,11 ± 15,69	35,29 ± 17,33	< <b>0,001</b>	68,81 ± 11,04	48,56 ± 13,24	< <b>0,001</b>
SLBC lympho (G/l)	6,36 ± 2,88	5,94 ± 2,83	0,137	3,16 ± 1,25	3,40 ± 1,42	0,461
Tỷ lệ bạch cầu lympho (%)	33,51 ± 12,45	50,51 ± 16,54	< <b>0,001</b>	15,54 ± 6,64	38,58 ± 12,47	< <b>0,001</b>
CRP (mg/l)	39,77 ± 15,98	9,73 ± 2,16	< <b>0,001</b>	59,59 ± 24,66	14,77 ± 9,33	<b>0,006</b>

Kết quả xét nghiệm máu cho thấy số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, tỷ lệ bạch cầu trung tính và CRP tại thời điểm nhập viện của các đối tượng nghiên cứu tăng rất cao và đều giảm so với trước điều trị.

**Bảng 7. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn**

Kết quả	Chủng vi khuẩn	Nhóm nhiễm trùng da – mô mềm		Nhóm nhiễm trùng do răng	
		n (%)		n (%)	
Âm tính		6 (7,4)		2 (50%)	
Dương	Staphylococcus aureus nhạy Methicilin	8 (10,6)			

<b>tính</b>	Staphylococcus aureus kháng Methicilin	54 (72,0)	75 (92,6)	
	Streptococcus	9 (12,0)		2 (50%)
	Burkholderia pseudomallei	2 (2,7)		
	Haemophilus influenza	2 (2,7)		
<b>Tổng số</b>			<b>81 (100)</b>	<b>4 (100)</b>

I. Cây tìm vi khuẩn ở 85 bệnh phẩm mủ, số mẫu dương tính là 77/85 ở cả 2 nhóm. Các vi khuẩn gặp ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm là: *Staphylococcus aureus* 62/75 mẫu (82,7%) – chủng kháng thuốc có 54/75 mẫu (72,0%), *Streptococcus* 9/75 mẫu (12,0%), *Haemophilus influenza* 2/75 mẫu (2,7%), *Burkholderia pseudomallei* 2/75 (2,7%). Nhóm nhiễm trùng do răng cây tìm vi khuẩn có 2/4 mẫu dương tính, vi khuẩn tìm được đều là *Streptococcus constellatus*.

#### 4. Bàn luận

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 147 đối tượng với số bệnh nhân nam chiếm 53,1% và nữ chiếm 46,9%, gồm hai nhóm: 46 bệnh nhân nhiễm trùng có nguyên nhân do răng miệng và 101 bệnh nhân nhiễm trùng da – mô mềm.

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 34,46 tháng. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm nhiễm trùng da – mô mềm là 24,34 tháng, tương tự với kết quả nghiên cứu của Bradford và cộng sự trên 272 trẻ dưới 18 tuổi có áp xe phần mềm vùng đầu mặt cổ, nhận thấy phần lớn gặp ở trẻ dưới 2 tuổi [9]. Tuổi trung bình của nhóm nhiễm trùng do răng là 56,67 tháng, cao hơn so với nhóm nhiễm trùng da – mô mềm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và phù hợp với thực tế: Bộ răng sữa của trẻ mọc hoàn chỉnh và bước vào giai đoạn ổn định từ lúc trẻ 36 đến 60 tháng tuổi. Ở thời kỳ này, mặc dù bộ răng đã đi vào hoạt động chức năng nhưng việc vệ sinh răng miệng ở trẻ lại thường chưa đầy đủ, kết hợp thói quen ăn uống không hợp lý: ăn nhiều bữa, ăn sau khi chải răng, ăn sữa đêm,... dẫn đến sâu răng và các biến chứng viêm tấy/ áp xe phần mềm hàm mặt.

Đặc điểm lâm sàng:

Vị trí tổn thương thường gặp rất khác nhau giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu.: Ở nhóm nhiễm trùng do răng, các khối sưng ở má chiếm tới 84,8%, trong khi đó nhóm nhiễm trùng da – mô mềm lại hay gặp ở vùng cổ (37,6%), tiếp đến là vùng dưới hàm (33,7%), vùng má chỉ chiếm 12,9%. Vị trí tổn thương ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Bradford và cộng sự. Tác giả lý giải cho sự tập trung của các khối nhiễm trùng chủ yếu ở vị trí vùng dưới hàm và vùng cổ có thể liên quan tới nhiễm trùng của các nhóm hạch phân bố ở vùng đầu mặt cổ [9]. Trong khi đó các vị trí khối sưng ở nhóm nhiễm trùng do răng lại liên quan mật thiết với răng nguyên nhân, mà hay gặp nhất là biến chứng do nhiễm trùng từ các răng hàm sữa, gây sưng vùng má tương ứng.

Ở thời điểm nhập viện, triệu chứng lâm sàng ở hai nhóm cũng có sự khác biệt: Ở nhóm nhiễm trùng nguyên nhân do răng, bệnh nhân thường có các biểu hiện của viêm cấp tính: sưng, đỏ da ở 82,6% đối tượng, tăng nhiệt độ tại ổ tổn thương (nóng) ở 78,3% đối tượng, bệnh nhân đau nhiều. Trong khi đó, nhóm nhiễm trùng da – mô mềm thì các khối sưng diễn biến ít cấp tính hơn, da đỏ ở 72,6% các đối tượng nhưng tình trạng nóng tại tổn thương chỉ còn gặp ở

26,7% đối tượng. Sự khác biệt này hợp lý với sinh lý bệnh của quá trình viêm: Các bệnh nhân bị nhiễm trùng do răng có thời gian bị bệnh trước nhập viện ngắn (trung bình là 3,83 ngày), khi viêm đang ở giai đoạn cấp tính; còn các trẻ nhiễm trùng da – mô mềm có thời gian bị bệnh trước nhập viện dài hơn (trung bình là 7,47 ngày), trẻ đã điều trị kháng sinh trước đó nhưng không hoặc kém đáp ứng – lúc này, các diễn biến cấp tính đã qua hoặc giảm, khiến biểu hiện lâm sàng kém rầm rộ hơn.

#### *Đặc điểm cận lâm sàng*

##### *Xét nghiệm máu*

Xét nghiệm máu trước điều trị (tại thời điểm nhập viện) thấy số lượng bạch cầu trung bình và CRP trung bình đều tăng cao. Sự gia tăng tổng số lượng bạch cầu này là do có sự tăng của số lượng cầu trung tính, tương ứng với tình trạng nhiễm trùng trên lâm sàng. Tỷ lệ bạch cầu trung tính trung bình tăng >50% ở cả hai nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong đó, tỷ lệ bạch cầu trung tính ở nhóm nhiễm trùng do răng tăng lên tới 68,81%

##### *Xét nghiệm căn nguyên vi khuẩn*

Ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm, trong số 75/81 trường hợp có kết quả nuôi cấy mũ dương tính, *Staphylococcus aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất (62 mẫu – 82,7% các mẫu dương tính), tiếp đến là *Streptococcus*, *Burkholderia pseudomallei* và *Haemophilus influenzae*. Trong đó, *Staphylococcus aureus* kháng methicillin có 54 mẫu, chiếm 72% chủng vi khuẩn phân lập được. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Bradford và cộng sự năm 2017, trong số trẻ dưới 2 tuổi, *Staphylococcus aureus* kháng methicillin là căn nguyên hàng đầu của các nhiễm trùng vùng đầu mặt cổ, chiếm tới 86,8% [9]. Tuy nhiên, có sự khác biệt với kết quả của Nguyễn Thị Mộng Bình: *Staphylococcus aureus* chỉ đứng thứ ba

trong các căn nguyên gây bệnh ở nhiễm trùng cổ sâu, sau *Streptococcus* và *Klebsiella* [10]. Đây là một gợi ý trong điều trị các nhiễm trùng da – mô mềm ở trẻ em, bởi *Staphylococcus aureus* là căn nguyên gây bệnh rất thường gặp. Các nhà lâm sàng cũng cần nghĩ tới chủng vi khuẩn kháng thuốc đối với các trường hợp nhiễm trùng nặng, không đáp ứng với kháng sinh thông thường. Ngoài ra, việc lấy bệnh phẩm mũ (nếu có) và cấy tìm vi khuẩn là cần thiết, từ đó có bằng kháng sinh đồ phục vụ điều trị.

#### *Kết quả điều trị*

##### *Phương pháp điều trị*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị gồm hai hướng: điều trị nội khoa đối với các trường hợp viêm tấy không tạo mũ, và điều trị nội khoa kết hợp dẫn lưu mũ đối với các trường hợp có ổ áp xe.

Ở nhóm nhiễm trùng do răng chỉ có 4/46 trường hợp (chiếm 12%) có ổ áp xe cần dẫn lưu mũ, 42/46 bệnh nhân (chiếm 91,3%) ở thể bệnh viêm tấy được điều trị nội khoa đơn thuần. Kháng sinh sử dụng gồm: Cephalosporin thế hệ 2 (liều 100mg/kg/ngày chia 8-12 giờ/lần) phối hợp Metronidazol (liều 20 mg/kg/ngày chia 12 giờ/lần).

Ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm, có tới 81/101 trường hợp (chiếm 80,2%) cần phải điều trị kết hợp kháng sinh và dẫn lưu mũ. Thuốc kháng sinh sử dụng ban đầu là Cephalosporin thế hệ 2 (liều 100mg/kg/ngày chia 8-12 giờ/lần), đối với các trường hợp có triệu chứng toàn thân, phối hợp Metronidazol (liều 20 mg/kg/ngày chia 12 giờ/lần). Các phương pháp dẫn lưu mũ bao gồm: chích rạch (với ổ áp xe ở nông), chọc hút (với ổ áp xe ở sâu). Việc dẫn lưu mũ đóng vai trò quan trọng trong thành công của điều trị bởi ngoài việc nhanh chóng làm giảm kích thước của tổn thương, phá vỡ ổ mũ còn tạo điều kiện cho kháng sinh ngấm vào và tác động. Đối với

các ổ áp xe ở sâu, thường cần đến sự hỗ trợ của siêu âm để xác định sự hiện diện của ổ mủ, dẫn lưu mủ được tiến hành khi có hình ảnh dịch hóa tại tổn thương. Tuy nhiên nếu chọc hút không ra mủ thì cũng chưa khẳng định được là không có mủ bởi nó còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sỹ lâm sàng. Kết quả:

146/147 bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị và được ra viện. 1 trường hợp áp xe mang tai do *Burkholderia pseudomallei* phải chuyển sang Trung tâm các bệnh nhiệt đới do nhiễm trùng huyết.

Thời gian điều trị:

Thời gian điều trị kháng sinh trung bình ở nhóm nhiễm trùng da – mô mềm là 10,42 ngày, dài hơn so với nhóm nhiễm trùng do răng (4,52 ngày). Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với thời gian điều trị các nhiễm trùng cổ sâu: 11,62 ngày trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc [11], 12,23 ngày trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo [12], và 13 ngày trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mộng Bình [10].

Xét nghiệm:

Xét nghiệm công thức máu và CRP cho thấy có sự thay đổi rõ rệt ở các chỉ số: tổng số lượng bạch cầu, số lượng và tỷ lệ bạch cầu trung tính, CRP sau điều trị giảm so với trước điều trị, tương ứng với sự cải thiện triệu chứng viêm tại chỗ và toàn trạng trên lâm sàng.

## 5. Kết luận

Căn nguyên gây nhiễm trùng da và mô mềm vùng đầu mặt cổ bao gồm *Staphylococcus aureus* (chiếm 82,7%, trong đó chủng kháng methicillin chiếm 72,0%). *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae*, *Burkholderia pseudomallei*. Căn nguyên gây nhiễm trùng do răng phân lập được là *Streptococcus constellatus*.

Kết quả điều trị: các nhiễm trùng do răng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa Cephalosporin thế hệ 2 phối hợp Metronidazol với thời gian điều trị trung bình là 4,52 ngày. Đối với nhiễm trùng da – mô mềm, thường có ổ áp xe cần dẫn lưu mủ, phối hợp với kháng sinh dựa trên kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ cho kết quả điều trị tốt với thời gian trung bình là 10,42 ngày

## References

- [1] Dang TH. Causes, pathogenesis, general principles. Facial Pathology and Surgery, volume 2. Vietnam Education Publishing House, 2015;p:69-78. (in Vietnamese).
- [2] Kaye KS. (2015) Rising United States Hospital Admission for Acute Bacterial Skin and Skin Structure Infections: Recent Trend and Economic Impact. PLoS ONE. 10(11): e0143276.
- [3] Hieu VN, Nhung P.H. Antibiotic resistance levels of common bacteria infected the skin and soft tissue in diabete patients at Bach Mai Hospital. Journal of Medical Research, 2017. 109;4:27 - 34. (in Vietnamese)
- [4] Dietrich AM. Infections of the Neck in Children. Pediatric Emergency Medicine Reports; 2013.
- [5] Singer AJ. Management of Skin Abscesses in the Era of MRSA (2014). The New England Journal of Medicine, 2014;370:1039-1047.
- [6] Poulakou G. What Is New in the Management of Skin and Soft Tissue Infections, Cur opin Infect Dis., 2016;30(2):158-171.
- [7] Stevens DL. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections. Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, 2014;59(2):10-52.
- [8] Assessment and Management of Skin and Soft Tissue Infection Peadiatric patients over 3 months. Care Process Model, Intermountain Healthcare, 2015.



- [9] Bradford BD. Utility of nasal swab and age in detecting methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in pediatric head and neck abscesses. *The Laryngoscope*, 2017;127(10):2407-2412.
- [10] Binh NTM. Facial and neck infection: 182 cases. *Journal of Otorhinolaryngology in Vietnam*, 2015;4:60-28. (in Vietnamese)
- [11] Phu ND. Results of treatment of neck abscesses - reviewed by 56 patients., *Journal of Otorhinolaryngology in Vietnam*. 2013;3:17-22. (in Vietnamese).
- [12] Thao NTP. Study on clinical and subclinical characteristics of posterior throat abscess in young children and evaluate treatment results at the Vietnam National Children's Hospital and National Otolaryngology Hospital. Master's Thesis in Medicine 2015:37-49. (in Vietnamese)