

VIÊM GÂN VÔI HÓA CƠ DÀI CỔ BIỂU HIỆN GIẢ ÁP-XE SAU HẦU: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli Muscle Mimicking Retropharyngeal Abscess: A Case Report and Literature Review

Trần Đức Tuấn*, Nguyễn Tiến Long*, Trần Ngọc Thuý Hằng*,
Trần Thị Thu Hương*, Tôn Nữ Trà My*

SUMMARY

Background: Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli (ACTLC), also known as Retropharyngeal Calcific Tendinitis (RCT), is a rare, benign aseptic inflammatory condition caused by the deposition of calcium hydroxyapatite. Because its clinical presentation is characterized by the classic triad of acute neck pain, odynophagia, and restricted neck movement, this condition is easily misdiagnosed as dangerous deep neck infections, particularly retropharyngeal abscess.

Objective: To describe the clinical and imaging features of a case of acute calcific tendinitis of the longus colli and to emphasize the distinguishing findings that help differentiate it from retropharyngeal abscess and guide effective conservative management.

Subjects and Methods: This case report was conducted in accordance with the CARE guidelines. Data were collected from a 41-year-old female patient admitted with acute neck pain syndrome, based on medical records, laboratory investigations, magnetic resonance imaging (MRI), cervical spine radiography, treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), and follow-up of the clinical course.

Results: MRI and cervical spine radiography revealed the characteristic calcific deposit at the anteroinferior aspect of the C1-C2 vertebrae (the insertion site of the longus colli tendon), accompanied by retropharyngeal fluid collection and diffuse edema extending from C2 to C4. Important negative findings included the absence of a localized abscess cavity, the absence of rim enhancement, and the absence of free gas within the soft tissues. The patient responded rapidly to conservative anti-inflammatory therapy with Naproxen combined with analgesics; symptoms improved markedly within a few hours, with complete clinical recovery after 5 days.

Conclusion: Accurate recognition of ACTLC based on the presence of prevertebral calcification at C1-C2 and non-suppurative retropharyngeal edema is the key to enabling clinicians and radiologists to implement appropriate conservative management and avoid overtreatment.

Keywords: Acute calcific tendinitis of the longus colli; ACTLC; Retropharyngeal space; Pseudoretropharyngeal abscess.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau cổ cấp tính kèm nuốt đau và hạn chế vận động là tình trạng thường gặp trong thực hành lâm sàng. Trong đó, viêm gân vôi hóa cơ dài cổ (ACTLC) là nguyên nhân hiếm gặp, xảy ra do phản ứng viêm vô khuẩn khi các tinh thể calci hydroxyapatite lắng đọng tại gân bị nứt vỡ và giải phóng vào mô mềm xung quanh, gây phù nề lan tỏa khoang sau hầu.

Do biểu hiện lâm sàng cấp tính phối hợp với tăng các chỉ số viêm hệ thống, ACTLC dễ bị chẩn đoán nhầm với áp-xe sau hầu, dẫn đến việc chỉ định sai các can thiệp ngoại khoa xâm lấn và liệu pháp kháng sinh mạnh kéo dài không cần thiết. Trong khi ACTLC bản chất là một bệnh lý lành tính, tự giới hạn và đáp ứng hoàn hảo với điều trị nội khoa bảo tồn bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs). Nhận biết đúng bệnh giúp tránh điều trị

* Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

quá mức, giảm thiểu can thiệp xâm lấn và rút ngắn thời gian nằm viện cho người bệnh.

Bài báo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của một trường hợp viêm gân vô khuẩn cơ dài cổ, đồng thời nhấn mạnh các dấu hiệu then chốt giúp phân biệt với áp-xe sau hầu và định hướng xử trí bảo tồn hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp báo cáo một ca bệnh lâm sàng (case report), có đối chiếu và điểm lại các bằng chứng từ y văn hiện hành. Quy trình báo cáo tuân thủ nghiêm ngặt theo các tiêu chuẩn của hướng dẫn CARE (Consensus Guidelines for Clinical Case Reporting).

2. Nguồn dữ liệu và cách thức thu thập

Dữ liệu của ca bệnh được hồi cứu toàn diện từ hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm: ghi nhận diễn tiến lâm sàng, kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, định lượng protein phản ứng C (CRP), dữ liệu chẩn đoán hình ảnh học (phim chụp và kết quả đọc MRI vùng cổ, X-quang cột sống cổ thẳng/ngheo), phác đồ sử dụng thuốc và quá trình theo dõi bệnh nhân sau xuất viện.

3. Vấn đề y đức và đồng thuận công bố

Nghiên cứu đảm bảo các nguyên tắc đạo đức trong y học. Tất cả các thông tin hành chính định danh cá nhân của người bệnh đã được ẩn danh hóa hoàn toàn trên toàn bộ văn bản thảo luận và các phim hình ảnh học. Bệnh nhân đã được giải thích đầy đủ và ký văn bản đồng thuận đồng ý cho phép sử dụng các dữ liệu bệnh án và hình ảnh liên quan cho mục đích công bố khoa học.

3. MÔ TẢ CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 41 tuổi, không có bệnh nền, nhập viện vì đau cổ gáy lan ra vùng cằm trong 2 ngày, tăng khi ngửa cổ kèm nuốt đau và nuốt khó. Các triệu chứng xuất hiện đột ngột, không kèm sốt hay bệnh lý gần đây, không có tiền sử té ngã hoặc chấn thương.

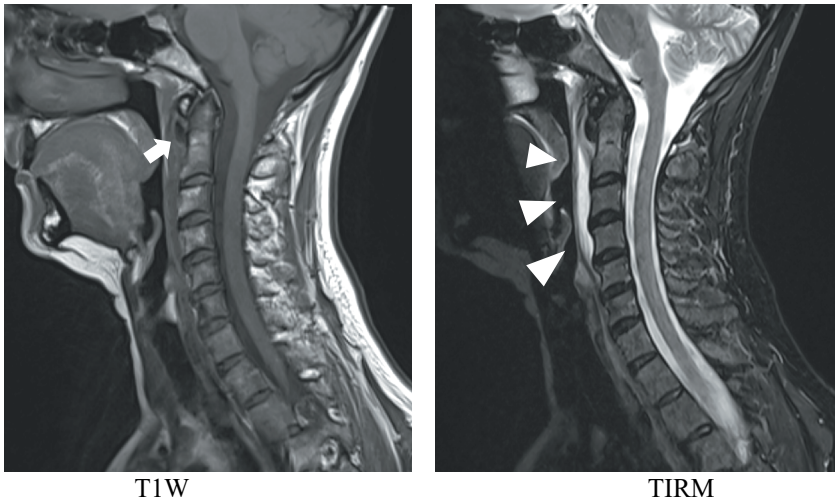
Khám lâm sàng cho thấy bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt. Dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường, tuy nhiên cổ cứng và đau khi sờ nắn. Tầm vận động chủ động của cổ giảm theo mọi hướng. Soi họng không thấy bất thường. Không dấu hiệu kích thích màng não.

Kết quả cận lâm sàng:

- Tổng phân tích tế bào máu: Số lượng bạch cầu (WBC) nằm trong giới hạn bình thường:
- Định lượng Protein phản ứng C (CRP) tăng cao rõ rệt:

Kết quả chẩn đoán hình ảnh:

- Cộng hưởng từ cột sống cổ: Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI cột sống cổ để khảo sát tổn thương sâu vùng cổ. Trên các chuỗi xung MRI, chúng tôi ghi nhận tình trạng dày và phù nề lan tỏa dạng tăng tín hiệu trên chuỗi xung TIRM của mô mềm và khoang trước cột sống, kèm theo dải tụ dịch mỏng trong khoang sau hầu kéo dài liên tục từ ngang mức thân đốt sống C2 đến hết bờ dưới C4. Đặc biệt, ở vùng bám của gân cơ dài cổ phía trước đốt sống C1 và C2, xuất hiện một mảng tổn thương cho tín hiệu thấp trên cả hai chuỗi xung T1W và TIRM, gợi ý cấu trúc vô khuẩn. Không ghi nhận các dấu hiệu gợi ý hình thái của ổ áp-xe như tạo kén dịch khu trú, mức dịch - khí bên trong hay thâm nhiễm ở các cấu trúc lân cận.



Hình H1. Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ tư thế sagittal lúc nhập viện. (A) Chuỗi xung T1W bộc lộ mảng vôi hóa giảm tín hiệu (mũi tên trắng) khu trú tại bờ trước đốt sống C1–C2; (B) Chuỗi xung TIRM bộc lộ dải tăng tín hiệu do phù nề và tụ dịch mỏng trong khoang sau hầu (các đầu mũi tên trắng), lan tỏa từ mức C2 đến C4.

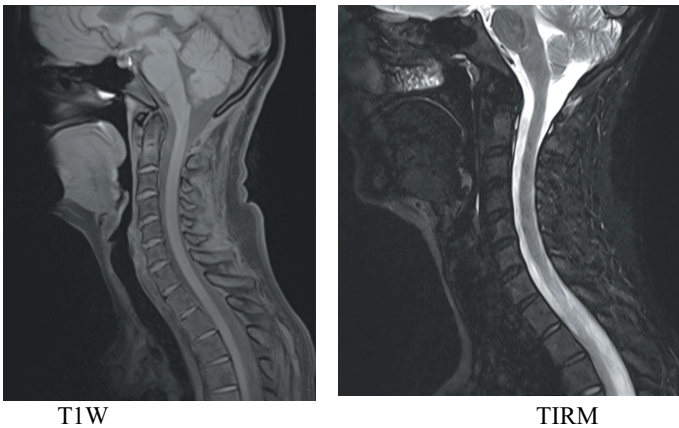
X-quang cột sống cổ nghiêng: Để khẳng định tổn thương vôi hóa, một phim X-quang cột sống cổ tư thế nghiêng được thực hiện bổ sung, kết quả bộc lộ rõ ràng một mảng đậm độ vôi hóa đậm đặc nằm ở vị trí bờ trước dưới của cung trước đốt sống C1–C2, tương ứng với vùng bám tận của cơ dài cổ, phù hợp với định hướng trên MRI.



Hình H2. Phim chụp X-quang cột sống cổ tư thế nghiêng bộc lộ rõ ràng nốt đậm độ vôi hóa đậm đặc (mũi tên) nằm ở vị trí khoang trước cột sống, ngang mức cung trước đốt sống C1–C2, tương ứng với vùng bám gân cơ dài cổ.

Chẩn đoán, điều trị và diễn tiến theo dõi:

Dựa trên các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học đặc trưng, bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gân vôi hóa cơ dài cổ (ACTLC). Do bản chất đây là một tổn thương viêm vô khuẩn và không có bằng chứng của ổ mủ nhiễm trùng, bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng thuốc kháng viêm không steroid (Naproxen) và thuốc giảm đau (Ultracet).



Hình H3. Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ kiểm tra sau 5 ngày điều trị nội khoa bảo tồn bằng NSAIDs. Trên cả chuỗi xung T1W (A) và TIRM (B), tổn thương phù nề mô mềm và dải dịch khoang sau hầu đã thuyên giảm rõ rệt.

Các triệu chứng cơ năng thuyên giảm trong vòng vài giờ sau liều thuốc đầu tiên. Bệnh nhân được cấp đơn thuốc tiếp tục điều trị và theo dõi ngoại trú. Sau 5 ngày điều trị theo phác đồ, bệnh nhân đến tái khám trong tình trạng với các triệu chứng đau cổ gáy, nuốt đau được cải thiện rất nhiều, tầm vận động cổ tăng. Bệnh nhân được chỉ định chụp MRI cột sống cổ kiểm tra nhằm đánh giá lại tổn thương mô mềm. Kết quả hình ảnh học (Hình H3) ghi nhận tổn thương phù nề tại vị trí gân cơ dài cổ đã thuyên giảm rõ rệt và không còn tụ dịch đáng kể trước cột sống cổ, phù hợp đáp ứng trên lâm sàng của bệnh nhân.

Tiến trình lâm sàng (Timeline)

- **Ngày -2:** Bệnh nhân khởi phát đột ngột đau cổ cấp, đau tăng khi ngửa cổ, kèm theo nuốt đau, nuốt khó tăng dần.
- **Ngày 0 (Nhập viện):** Thăm khám lâm sàng, thực hiện xét nghiệm máu (CRP tăng); chỉ định chụp MRI vùng cổ và X-quang cột sống cổ nghiêng. Xác lập chẩn đoán ACTLC. Khởi đầu điều trị nội khoa bằng Naproxen và Ultracet. Triệu chứng giảm nhanh sau vài giờ; cấp đơn ngoại trú.
- **Ngày +5 (Tái khám):** Các triệu chứng cơ năng đau cổ, nuốt khó cải thiện rất nhiều, tầm vận động cổ tăng. Chụp MRI cổ kiểm tra ghi nhận tổn thương phù nề và tụ dịch khoang sau hầu đã thuyên giảm gần như hoàn toàn (Hình H3).

IV. BÀN LUẬN

1. Giải phẫu và cơ chế bệnh sinh

Cơ dài cổ là cơ sâu nằm ở mặt trước cột sống cổ, kéo dài từ đốt sống cổ cao đến đốt sống ngực trên. ACTLC xảy ra do lắng đọng tinh thể calci hydroxyapatite tại gân của cơ dài cổ, thường gặp nhất ở đoạn C1–C2.

Cơ chế bệnh sinh chưa được hiểu rõ hoàn toàn, tuy nhiên được cho là tương tự viêm gân vôi hóa ở các vị trí khác (vai, háng), trong đó phản ứng viêm xảy ra khi các tinh thể calci bị vỡ và giải phóng vào mô xung quanh, gây phù nề và đau cấp tính.

2. Dịch tễ và lâm sàng

ACTLC thường gặp ở người trưởng thành, chủ yếu

trong độ tuổi từ 30 đến 60, không ghi nhận sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới. Bệnh khởi phát cấp tính với triệu chứng:

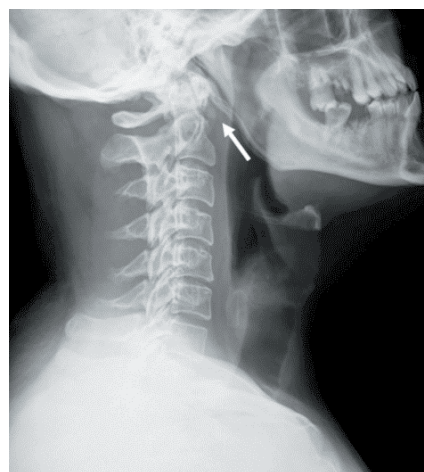
- Đau cổ cấp, tăng khi cử động
- Hạn chế vận động cổ, đặc biệt là động tác ngửa cổ
- Đau họng, nuốt đau (odynophagia)
- Có thể kèm sốt nhẹ
- Đôi khi đau lan lên vùng cằm hoặc sau tai

Xét nghiệm cận lâm sàng có thể ghi nhận tăng nhẹ các chỉ số viêm như số lượng bạch cầu và C-reactive protein (CRP), tuy nhiên mức độ tăng thường không cao và không tương xứng với biểu hiện lâm sàng. Không ghi nhận các dấu hiệu nhiễm trùng nặng như trong áp-xe sau hầu, giúp gợi ý bản chất không nhiễm trùng của bệnh lý này.

3. Hình ảnh học

Hình ảnh học đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán ACTLC.

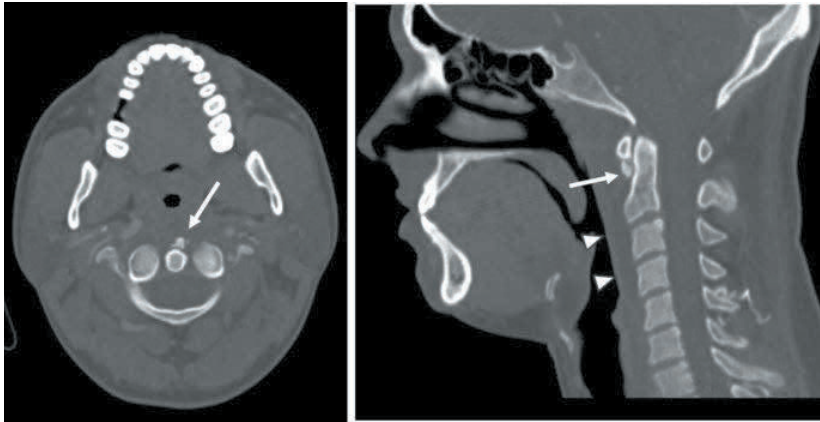
X-quang cột sống cổ: đôi khi có thể quan sát thấy hình ảnh vôi hóa ở phía trước cột sống cổ; tuy nhiên phương tiện này có độ nhạy thấp và dễ bị bỏ sót, đặc biệt khi vôi hóa nhỏ hoặc chồng hình với các cấu trúc xung quanh.



Hình H4. Phim X-quang cột sống cổ tư thế nghiêng của một bệnh nhân ACTLC cho thấy một ổ lắng đọng canxi (mũi tên trắng) được xác định rõ tại bờ trước dưới của cung trước đốt sống C1. (Nguồn: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00264-025-06713-y/figures/1>)

Cắt lớp vi tính: là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn do khả năng phát hiện chính xác các ổ vôi hóa. CT thường cho thấy hình ảnh vôi hóa dạng mảng hoặc nốt nằm phía trước thân đốt sống cổ, điển hình ở mức C1–C2, tương ứng vị trí gân cơ dài cổ. Kèm theo đó là

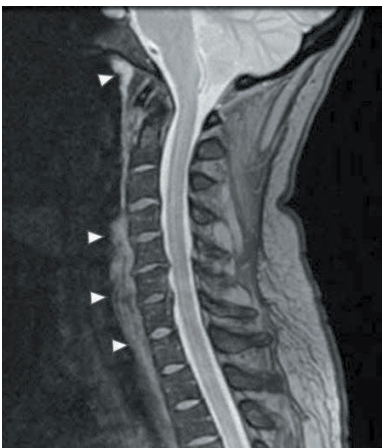
tình trạng phù nề mô mềm khoang sau hầu, đôi khi có tràn dịch, nhưng không ghi nhận ổ dịch khu trú, không bắt thuốc viên và không có khí trong tổn thương – những đặc điểm giúp phân biệt với áp-xe sau hầu.



Hình H5. Bên trái: CT lát cắt ngang (axial) cho thấy vôi hóa rõ ở bờ trước-dưới của cung trước C1 (mũi tên trắng). Bên phải: Trên CT lát cắt dọc (sagittal) cũng thấy một dải mô giảm tỉ trọng mỏng (đầu mũi tên trắng) kéo dài từ C1 đến C5, tương ứng với phù nề sau họng (retropharyngeal edema). Nguồn: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00264-025-06713-y/figures/1>

Cộng hưởng từ: tổn thương biểu hiện bằng tăng tín hiệu trên các chuỗi T2W và TIRM tại mô mềm sau hầu và vùng cơ dài cổ, phản ánh tình trạng phù nề và viêm. Các ổ vôi hóa thường khó quan sát trên MRI do đặc tính

tín hiệu thấp. Tuy nhiên, MRI có vai trò quan trọng trong việc loại trừ các chẩn đoán phân biệt như áp-xe sau hầu hoặc viêm đĩa đệm - thân đốt sống cổ, đặc biệt trong những trường hợp biểu hiện lâm sàng không điển hình.



Hình H6. MRI cột sống cổ mặt phẳng đứng dọc (Sagittal T2W) của một bệnh nhân ACTLC cho thấy không thể xác định rõ ổ lắng đọng canxi tại bờ trước dưới của cung trước đốt sống C1. Tuy nhiên, ghi nhận hình ảnh tăng tín hiệu dọc theo mặt trước cột sống cổ, kéo dài từ C1 đến T3 trong khoang sau hầu, tương ứng với tình trạng phù nề mô mềm (đầu mũi tên trắng). Nguồn: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00264-025-06713-y/figures/1>

4. Chẩn đoán xác định và phân biệt

Chẩn đoán ACTLC ở bệnh nhân này được hướng đến dựa trên sự kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng cấp tính và các đặc điểm hình ảnh học điển hình. Bộ ba triệu

chứng lâm sàng bao gồm đau cổ cấp tăng khi ngửa, nuốt đau và hạn chế vận động cổ xuất hiện ở một bệnh nhân nữ 41 tuổi là biểu hiện cơ năng của tình trạng kích ứng cơ dài cổ và khoang sau hầu.

Về hình ảnh học, sự hiện diện đồng thời của mảng vôi hóa khu trú ở trước thân đốt sống C1–C2 (vị trí giải phẫu đặc trưng của gân cơ dài cổ) trên phim X-quang và hình ảnh phù nề, tụ dịch mỏng trong khoang sau hầu trên phim MRI là những bằng chứng quan trọng khẳng định cơ chế bệnh sinh của ACTLC.

Trong chẩn đoán phân biệt, áp-xe sau hầu là bệnh lý cần phải loại trừ đầu tiên do có biểu hiện nuốt đau và đau cổ tương tự. Ở ca bệnh này, chúng tôi dựa trên các tiêu chí lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh học đối chiếu để đưa ra lập luận loại trừ:

- **Về lâm sàng và xét nghiệm:** Bệnh nhân hoàn toàn không có hội chứng nhiễm trùng; không sốt, bạch cầu máu không tăng. Mặc dù chỉ số CRP tăng cao.

- **Về dấu hiệu hình ảnh học:** Trên phim MRI, dịch ở khoang sau hầu của bệnh nhân chỉ là dịch phù nề lỏng, lan tỏa dọc theo các lớp giải phẫu (từ C2 đến C4) chứ không tạo thành một ổ đọng dịch khu trú hình cầu hay hình thoi. Tổn thương không thấy mức khí bên trong và không rõ các hình ảnh thâm nhiễm các cấu trúc lân cận - thường thấy ở một ổ áp-xe.

Bên cạnh áp-xe sau hầu, các chẩn đoán phân biệt khác cũng được loại trừ:

- **Viêm màng não:** Bệnh nhân có cổ cứng và đau, nhưng hoàn toàn tỉnh táo, không đau đầu dữ dội, các dấu hiệu kích thích màng não âm tính và không có biểu hiện tổn thương màng não trên phim MRI.

- **Viêm đĩa đệm – thân đốt sống cổ:** MRI cho thấy các cấu trúc đĩa đệm và thân đốt sống hoàn toàn bình thường về mặt tín hiệu và hình thái, không có tổn thương phá hủy đĩa đệm hay phù tủy xương đốt sống lân cận.

- **Chấn thương cột sống cổ:** Khai thác tiền sử kỹ lưỡng ghi nhận bệnh nhân không hề có cơ chế chấn thương hay va đập vùng cổ gáy trước đó.

5. Biện giải về phương tiện chẩn đoán hình ảnh lựa chọn trong ca bệnh

Trong y văn, chụp cắt lớp vi tính (CT scan) được coi là tiêu chuẩn vàng có độ nhạy cao nhất để xác định mảng

vôi hóa nhỏ của cơ dài cổ. Tuy nhiên, trong ca bệnh này, phương tiện CT scan không được thực hiện do bối cảnh lâm sàng ban đầu của bệnh nhân là hội chứng cổ gáy cấp tính dữ dội kèm nuốt đau, biểu hiện rất giống hội chứng nhiễm trùng sâu vùng cổ và ở vùng cổ và chưa loại trừ nguyên nhân từ cột sống cổ. Do đó, chụp MRI được ưu tiên lựa chọn để có độ phân giải mô mềm cao, cũng như cho phép đánh giá đốt sống – đĩa đệm. Sau khi MRI định hướng có tổn thương vôi hóa, một phim X-quang cột sống cổ nghiêng đã được thực hiện ngay sau đó để khẳng định chắc chắn mảng vôi hóa đậm đặc, giúp hoàn thiện chẩn đoán một cách an toàn và tối ưu cho bệnh nhân mà không cần phải thực hiện thêm một kỹ thuật có bức xạ ion hóa là CT scan.

6. Chiến lược điều trị và quan điểm về theo dõi hình ảnh học

Khi chẩn đoán ACTLC được đưa ra và không có bằng chứng về tình trạng nhiễm trùng sâu vùng cổ, chiến lược điều trị chủ đạo là sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) kết hợp với thuốc giảm đau thông thường; việc sử dụng kháng sinh đường toàn thân và các can thiệp ngoại khoa xâm lấn là hoàn toàn không cần thiết và không có chỉ định. Ở ca bệnh này, việc phối hợp Naproxen và Ultracet đã mang lại đáp ứng rõ rệt, giúp các triệu chứng cơ năng thuyên giảm trong vòng vài giờ đầu, chứng minh bản chất viêm vô khuẩn của bệnh và sự đúng đắn trong việc không sử dụng kháng sinh.

Về vấn đề chụp phim kiểm tra sau điều trị, ở ca bệnh này chúng tôi đã thực hiện chụp lại MRI đánh giá sau 5 ngày và ghi nhận tổn thương phù nề, tụ dịch khoang sau hầu đã thuyên giảm gần như hoàn toàn, phù hợp với sự cải thiện ngoạn mục trên lâm sàng. Tuy nhiên, dựa trên việc điểm lại y văn và phân tích sâu về quản lý ca bệnh, chúng tôi khuyến cáo rằng: Không nên hàm ý cần phải chụp MRI kiểm tra thường quy sau điều trị cho tất cả các bệnh nhân ACTLC. Do ACTLC là một bệnh lý lành tính, tự giới hạn và đáp ứng rất tiên lượng với NSAIDs, việc theo dõi diễn tiến của bệnh nhân chủ yếu phải dựa vào các biểu hiện lâm sàng (mức độ giảm đau, cải thiện tầm vận động cổ và khả năng nuốt). Việc chỉ định chụp lại phim MRI hoặc các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học

đắt tiền khác chỉ nên được đặt ra một cách thận trọng trong các tình huống: triệu chứng lâm sàng kéo dài không thuyên giảm sau một tuần điều trị đúng phác đồ, xuất hiện các dấu hiệu diễn biến không điển hình (như sốt cao xuất hiện muộn, đau tăng dữ dội), hoặc khi lâm sàng vẫn còn nghi ngờ, chưa loại trừ được các chẩn đoán phân biệt nguy hiểm khác. Quy trình này sẽ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và tránh lãng phí các chi phí không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Uchida T, Kanzaki M, Kakumoto T, et al. Longus Colli Tendinitis in a patient presenting with neck pain and acute systemic inflammation. *Intern Med*. 2018;57(18):2759–2761. doi:10.2169/internalmedicine.0160-17.

2. Soh CB, Lim KX. A mimicker of meningitis, retropharyngeal abscess and cervical spondylodiscitis – acute calcific tendinitis of longus colli muscle. *EJCRIM*. 2025;12(1):105-109. doi: 10.12890/2025_005278.

3. Combalia A, Zelada-Castro K, Alemany X, et al. Longus colli calcific tendinitis, an uncommon cause of neck pain: a short series of cases and review of literature. *Int Orthop*. 2026;49(3):541-547. doi:10.1007/s00264-025-06713-y.

4. Abdelbaki A, Abdelbaki S, Bhatt N, et al. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle: report of two cases and review of the literature. *Cureus*. 2017;9(8):e1597. doi:10.7759/cureus.1597.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gân vôi hóa cơ dài cổ (Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli – ACTLC, hay còn được biết đến với tên gọi khác Retropharyngeal Calcific Tendinitis – RCT) là một tình trạng viêm vô khuẩn lành tính, hiếm gặp do lắng đọng calci hydroxyapatite. Do biểu hiện lâm sàng đặc trưng bởi tam chứng đau cổ cấp, nuốt đau và hạn chế vận động cổ, bệnh lý này rất dễ bị chẩn đoán nhầm với các nhiễm trùng vùng cổ sâu nguy hiểm, đặc biệt là áp-xe sau hầu.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của một trường hợp viêm gân vôi hóa cơ dài cổ, đồng thời nhấn mạnh các dấu hiệu giúp phân biệt với áp-xe sau hầu và định hướng xử trí bảo tồn hiệu quả.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo ca bệnh (case report) tuân thủ hướng dẫn CARE. Dữ liệu được thu thập từ một bệnh nhân nữ 41 tuổi nhập viện vì hội chứng cổ gáy cấp tính, dựa trên hồ sơ bệnh án, xét nghiệm cận lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ (MRI), X-quang cột sống cổ, quá trình điều trị bằng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) và theo dõi diễn tiến lâm sàng.

Kết quả: Hình ảnh MRI và X-quang cột sống cổ bộc lộ mảng vôi hóa đặc trưng tại bờ trước dưới đốt sống C1–C2 (vị trí bám của gân cơ dài cổ) kèm dịch và phù nề lan tỏa khoang sau hầu từ C2 đến C4. Các dấu hiệu âm tính quan trọng bao gồm: không có ổ tụ mũ khu trú, không bắt thuốc viêm và không có khí tự do bên trong mô mềm. Bệnh nhân đáp ứng rất nhanh với liệu pháp kháng viêm bảo tồn bằng Naproxen và giảm đau phối hợp; triệu chứng thuyên giảm rõ rệt sau vài giờ và hồi phục lâm sàng hoàn toàn sau 5 ngày.

Kết luận: Nhận diện đúng ACTLC dựa trên sự hiện diện của vôi hóa trước C1–C2 và phù nề khoang sau hầu không tạo mũ là chìa khóa giúp bác sĩ lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh định hướng xử trí bảo tồn hiệu quả, tránh điều trị quá mức.

Từ khóa: Viêm gân vôi hóa cơ dài cổ; ACTLC; Khoang sau hầu; Giả áp-xe sau hầu

Người liên hệ: Trần Đức Tuấn. Email: ductuantranvo2212@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/02/2026. Ngày nhận phản biện: 15/02/2026. Ngày chấp nhận đăng: 01/03/2026