

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN HỌC ÁP XE QUANH AMIĐAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TỪ 01/09/2023 ĐẾN 31/03/2024

Nguyễn Thái Hà[✉], Nguyễn Ngọc San
Trường Đại học Y Hà Nội

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 80 bệnh nhân áp xe quanh amiđan được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/09/2023 đến 31/03/2024 với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học áp xe quanh amiđan tại bệnh viện. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $43,78 \pm 14,53$; tỉ lệ nam/nữ là 1,67/1. Phần lớn bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi nhập viện (91,25%). Triệu chứng cơ năng thường gặp là nuốt đau 80/80 (100%), nuốt vướng 65/80 (81,25%), thay đổi giọng nói 57/80 (71,25%). Triệu chứng thực thể thường gặp là amiđan bị đẩy lệch 80/80 (100%), lưỡi gà bị đẩy lệch 57/80 (71,25%), màn hầu sưng đỏ 59/80 (73,75%). Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 28/80 (35%) trong đó vi khuẩn thường gặp là *S. viridans* 20/28 (71,43%), *S. pyogenes* 3/28 (10,71%), *S. agalactiae* 3/28 (10,71%), *Staphylococcus* 2/28 (7,14%). *Streptococcus* nhạy cảm với cephalosporin thế hệ 3, quinolon. *Staphylococcus* nhạy cảm với vancomycin, linezolid, quinolon.

Từ khoá: Áp xe quanh amiđan, vi khuẩn, kháng sinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe quanh amiđan là giai đoạn viêm tụ mủ của tổ chức liên kết giữa bao xơ amiđan và cơ khít hầu. Áp xe quanh amiđan thường do biến chứng của viêm amiđan cấp không được điều trị kịp thời. Đây là một trong những bệnh nhiễm trùng vùng đầu cổ hay gặp nhất trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Nếu mủ lan ra mô liên kết lỏng lẻo theo các khoang giải phẫu tự nhiên của họng thì ổ áp xe có thể lan rộng gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng, nhiễm độc nặng nề, dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng cổ sâu, viêm trung thất, viêm phổi, nhiễm trùng huyết... Vì vậy, việc phát hiện sớm và xử trí bệnh kịp thời sẽ rút ngắn thời gian điều trị, tránh được các biến chứng nguy hiểm.¹⁻⁴

Theo y văn trong nước và trên thế giới, vi

khuẩn gây bệnh trong áp xe quanh amiđan thường gặp là vi khuẩn Gram dương (mà chủ yếu là liên cầu) và vi khuẩn yếm khí.⁵⁻⁷ Kháng sinh đóng một vai trò quan trọng trong điều trị bệnh kết hợp với thủ thuật chích rạch để dẫn lưu mủ ở khoang quanh amiđan. Việc sử dụng kháng sinh không phù hợp có thể dẫn đến thất bại điều trị làm bệnh tiến triển nặng lên và gây ra các biến chứng.^{4,7,8} Hiện nay, chưa có một phác đồ kháng sinh cụ thể nào thống nhất toàn cầu được chấp thuận để điều trị áp xe quanh amiđan vì vi khuẩn học có thể khác nhau giữa các quốc gia và khu vực. Bệnh thường được điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm tùy thuộc vào từng khu vực và bệnh viện khác nhau, thông thường sẽ bắt đầu bằng kháng sinh phổ rộng chống vi khuẩn liên cầu và vi khuẩn kỵ khí.

Vì vậy, cần đánh lâm sàng cẩn thận, tỉ mỉ để chẩn đoán bệnh chính xác kịp thời. Ngoài ra, việc cập nhật kiến thức về vi khuẩn gây bệnh cũng đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn kháng sinh. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thái Hà

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thaihanguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 12/07/2024

Ngày được chấp nhận: 12/08/2024

ương là bệnh viện tuyến cuối điều trị bệnh lý tai mũi họng, trong 5 năm trở lại đây chưa thấy nghiên cứu nào tại bệnh viện thống kê vi khuẩn học với bệnh này. Bên cạnh đó, cùng với sự lạm dụng kháng sinh và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng nên đặc điểm vi khuẩn học và kháng sinh đồ có thể có những thay đổi nhất định theo thời gian. Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương gần đây như thế nào là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/09/2023 đến 31/03/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định áp xe quanh amidan vào điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Tiêu chuẩn chẩn đoán áp xe quanh Amidan

- Toàn thân: hội chứng nhiễm trùng.
- Cơ năng: nuốt đau trệ một bên, nuốt khó, thay đổi giọng nói (giọng ngậm hạt thị), tăng tiết nước bọt, há miệng hạn chế.
- Thực thể: niêm mạc họng, amidan sưng nề đỏ, trụ amidan sưng phồng, lưỡi gà phù nề bị đẩy lệch.

- Chọc hút khoang quanh amidan có mũ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán xác định áp xe quanh amidan dựa vào lâm sàng và chọc hút có mũ.
- Được lấy mũ nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ.
- Được điều trị theo phác đồ và theo dõi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tấy quanh amidan, viêm amidan cấp mũ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: gồm 80 bệnh nhân áp xe quanh amidan.

Cách chọn mẫu: thuận tiện (lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, vào viện trong thời gian nghiên cứu).

Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử dùng kháng sinh.
- Triệu chứng toàn thân (có sốt hay không sốt).
- Triệu chứng cơ năng (nuốt đau, nuốt vướng, hạn chế há miệng, thay đổi giọng nói, đau vùng cổ, khó thở).
- Triệu chứng thực thể:
 - + Tại amidan: amidan sưng đỏ; bề mặt amidan có giả mạc; amidan bị đẩy lệch vào trong, ra sau, xuống dưới; amidan bị đẩy ra trước.
 - + Các cấu trúc quanh amidan: trụ trước amidan sưng phồng, trụ sau amidan sưng phồng, màn hầu sưng đỏ, lưỡi gà phù nề bị đẩy lệch, phù nề thanh quản, sưng đau hạch góc hàm, sưng tấy vùng cổ.
 - + Thở lâm sàng: thể trụ trước, thể trụ sau, thể dưới.
 - Kết quả vi khuẩn học: nuôi cấy vi khuẩn mũ áp xe quanh amidan (tỉ lệ âm tính, dương tính), định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ (nhạy cảm, trung gian, kháng).
 - + Bệnh phẩm là mũ được chọc hút trực tiếp từ khoang quanh amidan theo quy trình chọc hút và chích rạch áp xe quanh amidan của bệnh viện, bệnh phẩm bảo quản trong ống nghiệm vô khuẩn và được chuyển ngay đến khoa vi sinh của bệnh viện.

+ Nuôi cấy, định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ bằng máy tự động.

Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân có một bệnh án riêng theo mẫu nghiên cứu trong đó ghi chép đầy đủ các thông tin về hành chính, tuổi, giới, địa dư, ngày vào viện, ra viện, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.-

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Tính số lượng và tỉ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ

01/09/2023 đến 31/03/2024 tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng của áp xe quanh amidan

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu
Phân bố theo tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 15 tuổi	3	3,75
15 - 29 tuổi	9	11,25
30 - 44 tuổi	25	31,25
45 - 59 tuổi	33	41,25
60 tuổi trở lên	10	12,5
Tổng	80	100

Độ tuổi trung bình là $43,78 \pm 14,53$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 10 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi.

Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm 30 - 59 tuổi, rất ít bệnh nhân dưới 15 tuổi.

Phân bố theo giới

Nam: 50 bệnh nhân (62,5%).

Nữ: 30 bệnh nhân (37,5%).

Tỷ lệ nam/nữ là 1,67/1.

Điều trị trước khi nhập viện

72/80 bệnh nhân (91,25%) đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện.

5/80 bệnh nhân (6,25%) đã được điều trị nội khoa kết hợp với chọc hút hoặc chích rạch mũ ở tuyến dưới sau đó chuyển lên Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của các bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nuốt đau trội ở một bên	80	100
Nuốt vướng	65	81,25
Đau lan lên tai	32	40
Sốt	52	65
Hạn chế há miệng	46	57,5
Tăng tiết nước bọt	37	46,25

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thay đổi giọng nói (giọng ngậm hạt thị)	57	71,25
Đau vùng cổ	15	18,75
Khó thở	2	2,5

Bảng 2 cho thấy triệu chứng nuốt đau trệ một bên gặp ở tất cả các bệnh nhân. Các triệu chứng thường gặp là nuốt vướng (81,25%), thay đổi giọng nói (71,25%), sốt (65%) và hạn chế há miệng (57,5%).

Đau vùng cổ gặp ở 15/80 bệnh nhân, 6/15 bệnh nhân này có biến chứng áp xe cạnh cổ. Cả 2 bệnh nhân khó thở đều có biến chứng áp xe cạnh cổ.

Triệu chứng thực thể

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của các bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Tổng số bệnh nhân (%)	Thể trụ trước Số bệnh nhân (%)	Thể trụ sau Số bệnh nhân (%)
Amidan sưng đỏ	41 (51,25)	34 (57,63)	7 (33,33)
Bề mặt có giả mạc	14 (17,5)	8 (13,56)	6 (28,57)
Amidan bị đẩy ra trước	21 (26,25)	0 (0)	21 (100)
Amidan bị đẩy lệch vào trong, ra sau, xuống dưới	59 (73,75)	59 (100)	0 (0)
Trụ trước amidan sưng phồng	63 (78,75)	59 (100)	4 (19,05)
Trụ sau amidan sưng phò	27 (33,75)	6 (11,76)	21 (100)
Lưỡi gà phù nề bị đẩy lệch	57 (71,25)	47 (79,66)	10 (47,62)
Màn hầu sưng đỏ	59 (73,75)	47 (79,66)	12 (57,14)
Phù nề thanh quản	16 (20)	9 (15,25)	7 (33,33)
Sưng tấy vùng cổ	6 (7,5)	1 (1,69)	5 (23,81)
Sưng đau hạch góc hàm	6 (7,5)	5 (8,47)	1 (4,76)
Tổng	80 (100)	59 (100)	21 (100)

Bảng 2 cho thấy triệu chứng thường gặp nhất là lưỡi gà phù nề bị đẩy lệch (71,25%) và amidan bị đẩy lệch (26,25% bị đẩy ra trước, 73,75% bị đẩy vào trong, ra sau và xuống dưới), màn hầu sưng đỏ (73,75%). Triệu chứng viêm amidan có giả mạc không thường gặp (17,5%). Phù nề thanh quản gặp trong 20%, tỷ lệ ở thể trụ sau gấp đôi thể trụ trước. Sưng tấy vùng cổ gặp ở 6 bệnh nhân, gặp ở thể trụ sau nhiều hơn

thể trụ trước.

Thể lâm sàng

59/80 bệnh nhân (73,75%) ở thể trụ trước, 21/80 (26,25%) bệnh nhân ở thể trụ sau 26,25%, không có bệnh nhân nào thể dưới. Trong đó, 5/21 (23,8%) bệnh nhân thể trụ sau tiến triển thành áp xe cạnh cổ, trong khi chỉ có 1/59 (1,69%) bệnh nhân thể trụ trước có biến chứng này.

2. Đặc điểm vi khuẩn học của áp xe quanh amidan

Nuôi cấy và định danh vi khuẩn

Tất cả bệnh nhân đều được cấy vi khuẩn từ

dịch mủ áp xe quanh amidan. Kết quả cho thấy 28/80 (35%) bệnh nhân có kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính.

Bảng 4. Kết quả định danh vi khuẩn từ mủ áp xe quanh amidan

Vi khuẩn	Số BN	Tỷ lệ %
Tụ cầu	2	7,14
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	3,57
<i>Staphylococcus cohnii subspecies urealyticus</i>	1	3,57
Liên cầu	26	92,86
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3	10,71
<i>Streptococcus agalactiae</i>	3	10,71
<i>Streptococcus anginosus</i>	7	25
<i>Streptococcus constellatus</i>	5	17,86
<i>Streptococcus gordonii</i>	1	3,57
<i>Streptococcus intermedius</i>	1	3,57
<i>Streptococcus oralis (S.mitis)</i>	1	3,57
<i>Streptococcus sanguinis</i>	5	17,86

Bảng 4 cho thấy tất cả 28/28 trường hợp vi khuẩn được định danh đều là cầu khuẩn gram dương. Trong đó liên cầu chiếm đa số với 26/28 (92,86%) bệnh nhân, còn tụ cầu chỉ gặp ở 2/28 (7,14%) bệnh nhân.

Các vi khuẩn gặp nhiều nhất là liên cầu nhóm *S.viridans* (bao gồm *S.oralis*, *S.intermedius*,

S.anginosus, *S.gordonii*, *S.sanguinis*, *S.constellatus*) chiếm 20/28 (71,43%), còn liên cầu tan huyết β nhóm A (*S.pyogenes*) và liên cầu nhóm B (*S.agalactiae*) đều gặp ở 3/28 (10,71%) bệnh nhân.

Vi khuẩn và kháng sinh đồ

Kháng sinh đồ của vi khuẩn *Streptococcus viridans*

Bảng 5. Kháng sinh đồ của vi khuẩn *Streptococcus viridans* ở các bệnh nhân nghiên cứu

Kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	n	%	n	%	n	%
Benzyl penicillin	14	70	5	25	1	5
Ampicillin	15	75	4	20	1	5
Cefotaxim	17	85	1	5	2	10
Ceftriaxon	17	89,47	1	5,26	1	5,26
Levofloxacin	12	70,59	0	0	5	29,41

Kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	n	%	n	%	n	%
Moxifloxacin	10	71,43	1	7,14	3	21,43
Erythromycin	4	22,22	0	0	14	77,78
Tetracyclin	6	31,58	1	5,26	12	63,16
Clindamycin	4	20	0	0	16	80
Linezolid	20	100	0	0	0	0
Vancomycin	20	100	0	0	0	0
Tigecyclin	17	100	0	0	0	0
Chloramphenicol	13	81,25	2	12,5	1	6,25
Rifampicin	2	100	0	0	0	0

Bảng 5 cho thấy độ nhạy cảm của *S. viridans* như sau:

Linezolid, vancomycin, tigecyclin có tỷ lệ nhạy cảm 100%. Cephalosporin thế hệ 3 có tỷ lệ nhạy cảm cao (85% với cefotaxim và 89,47% với ceftriaxon).

Quinolon thế hệ 3 và penicillin có tỷ lệ nhạy cảm tương đối cao (70,59% với levofloxacin; 71,43% với moxifloxacin; 70% với benzyl penicillin và 75% với ampicillin). Tuy nhiên tỷ lệ kháng với quinolon nhiều gấp 4 - 6 lần so với benzyl penicillin và ampicillin (21,43 - 29,41% so với 5%).

Tỷ lệ kháng cao với tetracyclin (63,16%), erythromycin (77,78%) và kháng cao nhất với clindamycin (80%).

Kháng sinh đồ của vi khuẩn Streptococcus pyogenes (liên cầu khuẩn nhóm A)

Cả 3 trường hợp áp xe quanh amidan do *S. pyogenes* đều còn nhạy cảm 100% với nhiều loại kháng sinh phổ rộng thường dùng (nhóm penicillin, cephalosporin thế hệ 3, quinolon) và cả các kháng sinh phổ hẹp (linezolid, vancomycin, tigecyclin). Cả 3 trường hợp vi khuẩn này đều kháng với erythromycin và tetracyclin.

Kháng sinh đồ của vi khuẩn Streptococcus agalactiae (liên cầu khuẩn nhóm B)

Cũng giống như *S. pyogenes*, cả 3 trường hợp áp xe quanh amidan do *S. agalactiae* đều nhạy cảm 100% với các loại kháng sinh phổ rộng (penicillin, cephalosporin, quinolon) và phổ chọn lọc (linezolid, vancomycin, tigecyclin), nhưng 2/3 (66,67%) bệnh nhân đã kháng với erythromycin và tetracyclin.

Kháng sinh đồ của vi khuẩn Staphylococcus (tụ cầu)

Có 1 trường hợp vi khuẩn *Staphylococcus aureus* (tụ cầu vàng) kháng với nhiều loại penicillin và cephalosporin (bao gồm cả penicillin diệt tụ cầu vàng là oxacillin), imipenem và meropenem, nhưng còn nhạy cảm với quinolon và các nhóm kháng sinh diệt tụ cầu vàng phổ chọn lọc (clindamycin, linezolid, vancomycin), và 1 trường hợp *Staphylococcus cohnii* spp. cũng có phổ nhạy cảm gần giống với trường hợp tụ cầu vàng nêu trên.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng của áp xe quanh amidan

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy áp xe quanh amidan có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng tập trung chủ yếu ở lứa tuổi lao động,

nhất là sau 30 tuổi, ít gặp hơn ở người cao tuổi và hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh gặp ở cả 2 giới nhưng tỷ lệ nam nhiều hơn (nam gấp 1,67 lần nữ). Kết quả này tương đương với kết quả trước đây của các tác giả trong và ngoài nước như Lê Huỳnh Mai, Trương Kim Tri, E.Mazur, Slouka.^{5,6,8,9}

Tỷ lệ bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,25% cao hơn so với một số nghiên cứu khác như của Trương Kim Tri 67,6% (Việt Nam - 2012), Lepelletier 61% (Pháp - 2024), Pascual 24,1% (Brazil - 2018).^{4,6,10} Có thể lý giải là do tình trạng lạm dụng kháng sinh ở nước ta đang có xu hướng ngày một tăng, bệnh nhân có thể mua thuốc mà không cần kê đơn. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước nhập viện cao có thể giảm khả năng nuôi cấy vi khuẩn dương tính, gây khó khăn cho việc lựa chọn kháng sinh, nhất là khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Ngoài ra, lạm dụng kháng sinh còn là một trong những nguyên nhân làm gia tăng tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn.

Về triệu chứng cơ năng, nuốt đau trội một bên là triệu chứng hằng định nhất và là lý do vào viện quan trọng nhất của áp xe quanh amidan. Nuốt vướng, thay đổi giọng nói (giọng nói ngậm hạt thị) là hai triệu chứng rất thường gặp với tỷ lệ 81,25% và 71,25%. Há miệng hạn chế cũng là một triệu chứng hay gặp với tỷ lệ trong nghiên cứu này là 57,5%. Một số nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho thấy há miệng hạn chế là triệu chứng thường gặp trong áp xe quanh amidan, như Sideris 60,73%, Pascual 55,5%.^{7,10} Nguyên nhân gây há miệng hạn chế trong bệnh áp xe quanh amidan là do tình trạng viêm của cơ chân bướm, do cơ này nằm ngay gần cơ khít hầu trên, vì vậy mũ ở khoang quanh amidan có thể lan vào cơ chân bướm và gây nên triệu chứng này. Há miệng hạn chế là một

trong những khó khăn khi thăm khám vùng họng amidan cho bệnh nhân và gây ra những cản trở nhất định trong quá trình làm thủ thuật chọc hút hoặc chích rạch dẫn lưu mũ. Đau vùng cổ (18,75%) và khó thở (2,5%) là các triệu chứng ít gặp. Đối chiếu với các trường hợp có biến chứng cho thấy: 6 trong 15 bệnh nhân đau vùng cổ và cả 2 trường hợp khó thở có biến chứng áp xe cạnh cổ. Đau vùng cổ có thể là triệu chứng của biến chứng, nhưng cũng có thể là do hạch bạch huyết vùng cổ viêm phản ứng.

Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là trụ amidan sưng phồng (trụ trước và hoặc trụ sau tùy theo thể lâm sàng) lưỡi gà phù nề bị đẩy lệch (71,25%) và amidan bị đẩy lệch (26,25% bị đẩy ra trước, 73,75% bị đẩy vào trong, ra sau và xuống dưới), màn hầu sưng đỏ (73,75%). Đây là những triệu chứng điển hình để chẩn đoán bệnh và xác định thể lâm sàng của áp xe quanh amidan. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ amidan sưng đỏ chỉ gặp ở 51,25% và 17,5% có giả mạc trên bề mặt. Điều này có thể là bằng chứng củng cố cho giả thiết của nhiều tác giả cho rằng áp xe quanh amidan có thể là tổn thương nguyên phát tại khoang quanh amidan do viêm tắc tuyến Weber chứ không nhất thiết phải là tổn thương thứ phát sau viêm amidan.^{2,4,7,10} Triệu chứng gợi ý có biến chứng là sưng tấy vùng cổ gặp ở 6 bệnh nhân (7,5%), cả 6 trường hợp này đều có biến chứng áp xe cạnh cổ. Gorjon thống kê trên 286 trường hợp nhận thấy nguyên nhân chủ yếu gây ra áp xe cổ sâu chính là áp xe quanh amidan (chiếm trên 50%). Hạch góc hàm sưng đau hiếm gặp (7,5%). Những trường hợp này cần lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính: chủ yếu là ung thư amidan biểu mô vảy di căn hạch, hiếm gặp u lympho. Khi đánh giá về thể lâm sàng thể trụ trước chiếm ưu thế vượt trội so với thể trụ sau (73,75% so với 26,25%), tương tự các nghiên cứu trước đó.⁵⁻⁸ Điều này phù hợp với đặc điểm giải phẫu

khoang quanh amidan: do khe Tourtual ăn sâu lấn ra phía trước, khe này chứa các tuyến Weber nên hay nhiễm trùng gây ra áp xe quanh amidan thể trước.

Về đặc điểm vi khuẩn và kháng sinh đồ

Tỷ lệ nuôi cấy dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 35% (28/80 bệnh nhân), thấp hơn so với kết quả của các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam.^{5,6} Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trước khi đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương hiện nay thường đã được sử dụng nhiều loại kháng sinh hơn so với những năm trước và so với các bệnh viện tuyến dưới.

Với tác nhân là vi khuẩn ái khí: Số liệu của chúng tôi cho thấy 100% vi khuẩn định danh được là cầu khuẩn ái khí Gram (+). Vi khuẩn thường gặp nhất là *Streptococcus viridans* (71,43%), tiếp đến là *Streptococcus pyogenes* (10,71%) và *Streptococcus agalactiae* (10,71%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tsai năm 2018.³ Các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước cũng cho thấy hai loại vi khuẩn thường gặp nhất là *S.pyogenes* và *S.viridans*.^{1,3,5,6,8}

Với tác nhân là vi khuẩn kỵ khí: Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào là vi khuẩn kỵ khí do hiện tại bệnh viện chưa nuôi cấy được và giá thành xét nghiệm còn khá cao. Tuy nhiên trên thế giới, các nghiên cứu đều cho thấy *Fusobacterium necrophorum* là vi khuẩn kỵ khí hay gặp nhất trong áp xe quanh amidan, ngoài ra cũng có thể gặp *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella* hoặc *Bacteroides*.^{3,4,9} Đáng lưu ý là thống kê của Tsai lấy số liệu từ Pubmed trong 24 năm cho thấy vi khuẩn kỵ khí đang có xu hướng trở thành nguyên nhân gây bệnh chính của áp xe quanh amidan trên thế giới, bằng chứng là tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí trung bình là 25% trong giai đoạn 1990 - 1995 tăng lên đạt 49,35% trong giai đoạn 2008 - 2013. Xu

hướng thay đổi này được cho là do sự thích nghi của vi khuẩn, nhưng cũng có thể là do sự cải thiện trong kỹ thuật nuôi cấy vi khuẩn kỵ khí.³

Một số nghiên cứu cho thấy vi khuẩn thường gặp trong áp xe quanh amidan là liên cầu mà thường gặp nhất là *S.pyogenes*.^{1,7-9,11} Trong nghiên cứu này, *S.viridans* chiếm ưu thế (71,43%) hơn so với *S.pyogenes* (10,71%). Điều này có thể giải thích như sau: thứ nhất, một số nghiên cứu gợi ý rằng việc dùng kháng sinh trước khi nhập viện có thể làm giảm tỷ lệ nuôi cấy của *S.pyogenes*, từ đó làm tăng tương đối tỷ lệ *S.viridans*. Điều này phù hợp với tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước khi vào viện cao của nghiên cứu này. Thứ hai, một nghiên cứu của Klug tại Đan Mạch cũng nhận thấy có sự thay đổi rõ rệt về vi khuẩn học của áp xe quanh amidan sau đại dịch COVID-19 cùng với cách ly xã hội, trong đó tỷ lệ vi khuẩn *S.pyogenes* giảm đi còn *S.viridans* và *Fusobacterium necrophorum* tăng lên. Điều này có thể lý giải là do *S.pyogenes* có liên quan đến lây nhiễm qua đường hô hấp trong khi đó *S.viridans* và *Fusobacterium necrophorum* không liên quan đến lây nhiễm do giao tiếp xã hội mà do sự mất cân bằng về vi khuẩn học tại niêm mạc họng miệng và amidan.¹¹

Qua 28 trường hợp định danh vi khuẩn và có kết quả kháng sinh đồ, chúng tôi thấy:

Với 20 trường hợp *S.viridans*: trong số các kháng sinh phổ rộng thường dùng, *S.viridans* nhạy cảm nhất với cephalosporin thế hệ 3 (85% với cefotaxim, 89,47% với ceftriaxon), kể đến là penicillin và quinolon có tỷ lệ nhạy cảm cao như nhau (> 70%) nhưng penicillin có tỷ lệ kháng thuốc ít hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Kim Tri năm 2012.⁶ Lopardo cũng cho thấy cephalosporin thế hệ 3 hiệu quả với *S.viridans* hơn là penicillin.¹²

Có 6 trường hợp liên cầu nhóm A và

nhóm B: 100% nhạy cảm với các kháng sinh phổ rộng thường dùng (benzyl penicillin, ampicillin, cefotaxim, ceftriaxon, levofloxacin, moxifloxacin). Điều này phù hợp với lý thuyết kinh điển là liên cầu nhóm A và B hiếm khi kháng kháng sinh betalactam, dù cơ chế của hiện tượng này còn chưa rõ.¹³ Liên cầu nhóm A và B trong nghiên cứu này đã kháng erythromycin và clindamycin, phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới.¹⁴ Trước đây, nhiều bác sĩ ưu tiên clindamycin là kháng sinh đầu tay sau chích rạch áp xe quanh amidan bởi khả năng diệt cả vi khuẩn tiết betalactamase và vi khuẩn kỵ khí, nhưng nhiều tác giả gần đây lại khuyến cáo sử dụng ampicillin/sulbactam thay cho clindamycin do tỷ lệ kháng kháng sinh này hiện đã khá cao.¹⁴

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 2 trường hợp tụ cầu kháng với benzyl penicillin, nhưng còn nhạy cảm với quinolon (phổ rộng) và clindamycin, linezolid, vancomycin (phổ chọn lọc). Một báo cáo của Acharya cũng cho thấy tụ cầu kháng nhiều với penicillin, nhưng còn nhạy cảm với quinolon và cloxacillin.¹⁵ Trường hợp *S.aureus* trong nghiên cứu của chúng tôi đã kháng với oxacillin.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và bàn luận nói trên, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Về đặc điểm lâm sàng: Áp xe quanh amidan thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động. Phần lớn bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện. Đa số các trường hợp là áp xe quanh amidan thể trụ trước. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là nuốt đau trệ 1 bên (100%), nuốt vướng, lưỡi gà phù nề sung huyết bị đẩy lệch, amidan bị đẩy lệch, màn hầu sưng đỏ.

Về đặc điểm vi khuẩn và kháng sinh đồ: tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 35%. Các vi khuẩn thường gặp: *Streptococcus viridians* (71,43%), *Streptococcus pyogenes*

(10,71%), *Streptococcus agalactiae* (10,71%), *Staphylococcus* (7,14%). *Streptococcus* còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm beta-lactam (cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, ceftriaxon), quinolon, vancomycin, linezolid; tỷ lệ kháng cao với tetracyclin, erythromycin và clindamycin. *Staphylococcus* còn nhạy cảm với quinolon, vancomycin, linezolid; đã kháng với imipenem và meropenem.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi điều trị áp xe quanh amidan nên lựa chọn kháng sinh đầu tiên theo kinh nghiệm là cephalosporin thế hệ 3 mà tốt nhất là ceftriaxon bởi đây là kháng sinh phổ rộng có tỷ lệ nhạy cảm cao nhất (đạt 89,5% với *S.viridians* và 100% với liên cầu không phải *S.viridians*). Ngoài ra, nên phối hợp với metronidazol vì các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy vi khuẩn kỵ khí đang có xu hướng tăng lên.

Những nghiên cứu hơn nữa với cỡ mẫu lớn hơn và ở nhiều trung tâm là cần thiết để xác định căn nguyên và sự kháng kháng sinh của những vi khuẩn gây áp xe quanh amidan. Đối với những vi khuẩn kháng kháng sinh nên tiến hành xác định gen kháng thuốc của chúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saar M, Vaikjärv R, Parm Ü, et al. Unveiling the etiology of peritonsillar abscess using next generation sequencing. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*. 2023;22(1):98. doi: 10.1186/s12941-023-00649-0
2. Klug TE, Greve T, Hentze M. Complications of peritonsillar abscess. *Annals of clinical microbiology and antimicrobials*. 2020;19:1-17. doi: 10.1186/s12941-020-00375-x
3. Tsai Y-W, Liu Y-H, Su H-H. Bacteriology of peritonsillar abscess: the changing trend and predisposing factors. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. 2018;84:532-539. doi: 10.

1016/j.bjorl.2017.06.007.

4. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, et al. Peritonsillar abscess (PTA): clinical characteristics, microbiology, drug exposures and outcomes of a large multicenter cohort survey of 412 patients hospitalized in 13 French university hospitals. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2016;35:867-873. doi: 10.1007/s10096-016-2609-9. Epub 2016 Mar 4.

5. Lê Huỳnh Mai. Một vài nhận xét về viêm tấy áp xe quanh Amidan tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2004;8(1):79-82.

6. Trương Kim Tri. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn ái khí của viêm tấy - áp xe quanh amidan tại bệnh viện Trung ương Huế và bệnh viện trường Đại học y dược Huế. *Tạp chí Y Dược học*. 2012;2(5):85-95.

7. Sideris G, Malamas V, Tyrellis G, et al. Ubi pus, ibi evacua: a review of 601 peritonsillar abscess adult cases. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*. 2021:1-5. doi: 10.1007/s11845-021-02796-9

8. Slouka D, Hanakova J, Kostlivy T, et al. Epidemiological and microbiological aspects of the peritonsillar abscess. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(11):4020. doi: 10.3390/ijerph17114020

9. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Główniak I, et al. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2015;34:549-554. doi: 10.1007/s100

96-014-2260-2.

10. Pascual PM, Martinez PP, Friedlander E, et al. Peritonsillar and deep neck infections: a review of 330 cases. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2018;84:305-310. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.03.008

11. Klug TE, Greve T, Caulley L, et al. The impact of social restrictions on the incidence and microbiology of peritonsillar abscess: A retrospective cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*. 2024;30(1):100-106. doi: 10.1016/j.cmi.2023.08.003

12. Lopardo HA, Vigliarolo L, Bonofiglio L, et al. Beta-lactam antibiotics and viridans group streptococci. *Revista Argentina de Microbiología*. 2022;54(4):335-343. doi: 10.1016/j.ram.2022.06.004.

13. Yu D, Guo D, Zheng Y, et al. A review of penicillin binding protein and group A Streptococcus with reduced- β -lactam susceptibility. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 2023;13:1117160. doi: 10.3389/fcimb.2023.1117160

14. Sowerby LJ, Hussain Z, Husein M. The epidemiology, antibiotic resistance and post-discharge course of peritonsillar abscesses in London, Ontario. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2013;42(1):5. doi: 10.1186/1916-0216-42-5.

15. Acharya A, Gurung R, Khanal B, et al. Bacteriology and antibiotic susceptibility pattern of peritonsillar abscess. *Journal of the Nepal Medical Association*. 2010;49(178). <https://doi.org/10.31729/jnma.145>

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MICROBIOLOGY OF PERITONSILLAR ABSCESS AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

A cross sectional descriptive study was conducted on 80 patients diagnosed with peritonsillar abscess treated at the National Otorhinolaryngology Hospital from September 1st, 2023 to March 31st, 2024. The aim of this study was to describe the clinical characteristics and microbiology of peritonsillar abscess at the hospital. The average age was 43.78 ± 14.53 years old and the male/female ratio is 1.67/1. Most patients received antibiotic treatment before admission (91.25%). Common physical symptoms were painful swallowing 80/80 (100%), difficulty swallowing 65/80 (81.25%), and voice change 57/80 (71.25%). Common signs were deviated tonsil 80/80 (100%), deviated uvula 57/80 (71.25%), reddish swollen palate 59/80 (73.75%). The rate of positive bacterial culture result was 28/80 (35%), the most common bacteria were *S.viridans* 20/28 (71.43%), *S.pyogenes* 3/28 (10.71%), *S.agalactiae* 3/28 (10.71%), *Staphylococcus* 2/28 (7.14%). *Streptococcus* was sensitive to the 3rd generation cephalosporine, quinolone. *Staphylococcus* was sensitive to vancomycine, linezolid, and quinolone.

Keywords: Peritonsillar abscess, bacteria, antibiotics.