

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐẶC ĐIỂM VI TRÙNG HỌC CỦA ÁP – XE QUANH AMIDAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TPHCM

Hà Nguyễn Anh Thư^{1,*}, Vũ Đình Anh², Trần Minh Luân³, Nguyễn Văn Dũng¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Vũng Tàu

³Viện Khoa học Sức khỏe, Đại học VinUni

Liên hệ

Hà Nguyễn Anh Thư, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP Hồ Chí Minh

Email: hnathu@uhsvnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 15-06-2025
- Ngày sửa đổi: 25-12-2025
- Ngày chấp nhận: 23-04-2026
- Ngày đăng: 03-06-2026

DOI:

<https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.634>



Check for updates

Bản quyền

© Tạp chí ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, phân loại vi trùng và mức độ nhạy kháng sinh ở bệnh nhân áp xe quanh amidan điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu được thực hiện trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan, có chỉ định rạch dẫn lưu áp xe và được nuôi cấy dịch mủ, làm kháng sinh đồ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024.

Kết quả: Bệnh nhân nam giới chiếm ưu thế (70,5%), tuổi trung bình của bệnh nhân là $37,7 \pm 15,7$. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nuốt đau (100%). Áp xe thể trước trên chiếm đa số với tỷ lệ là 95,1%. Tỷ lệ cấy vi khuẩn dương tính đạt 57,4%, trong đó *Streptococci spp.* chiếm tỷ lệ cao nhất (97,1%), *Staphylococci spp.* chiếm tỷ lệ 2,9%; không phân lập được vi khuẩn kỵ khí. *Streptococci spp.* còn nhạy cảm tương đối cao với Penicillin (85,2%) và Cefalexin (64,7%), trong khi ghi nhận tỷ lệ đề kháng cao với Trimethoprim/Sulfamethoxazole (73,5%) cũng như Erythromycin (61,8%) và Clindamycin (55,9%).

Kết luận: Áp xe quanh amidan chủ yếu do *Streptococci spp.* gây ra. Penicillin và Cephalosporin vẫn là lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm phù hợp trong đa số trường hợp. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp dữ liệu cập nhật phục vụ lựa chọn kháng sinh hợp lý trong bối cảnh gia tăng tình trạng kháng kháng sinh hiện nay tại Việt Nam.

Từ khóa: áp xe quanh amidan, vi trùng, kháng sinh đồ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe quanh amidan (peritonsillar abscess – PTA) là tập hợp các ổ mủ trong khoang quanh amidan thường nằm giữa bao amidan và cơ khíet hầu trên và là một trong những biến chứng phổ biến nhất của viêm amidan cấp. Bệnh có thể gặp ở mọi độ tuổi, nếu không được phát hiện, điều trị đúng và kịp thời, bệnh có thể tiến triển nhanh chóng và gây các biến chứng nặng nề bao gồm: tắc nghẽn đường thở, áp xe vùng cổ sâu, viêm trung thất, viêm tĩnh mạch cảnh trong, nặng hơn có thể gây nhiễm trùng huyết và suy đa cơ quan^{1,2}. Trong khoảng một thập kỷ gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy đặc điểm vi sinh của PTA có sự thay đổi. Các nghiên cứu tại châu Âu ghi nhận *Streptococcus spp.* vẫn là tác nhân gây bệnh chủ yếu, chiếm 60–90% các trường hợp cấy dương tính, tuy nhiên vai trò của *Staphylococcus spp.* và vi khuẩn kỵ khí ngày càng được ghi nhận^{3,4}. Song song với sự thay đổi về căn nguyên vi sinh, tình trạng kháng kháng sinh đang trở thành thách thức toàn cầu. Theo báo cáo của Mazur (2015), Slouka (2020) ghi nhận tỷ lệ đề kháng của *Streptococcus spp.* đối với Macrolide, Tetracycline

và Trimethoprim/Sulfamethoxazole có xu hướng gia tăng, nhấn mạnh nhu cầu cần có dữ liệu vi sinh, kháng sinh đồ cập nhật tại từng cơ sở điều trị^{3,4}. Tại Việt Nam, tình trạng kháng kháng sinh được Tổ chức Y tế Thế giới xếp vào nhóm vấn đề y tế nghiêm trọng, trong đó việc sử dụng kháng sinh không kê đơn và điều trị không hợp lý vẫn còn phổ biến⁵. Nhiều bệnh nhân PTA nhập viện đã sử dụng kháng sinh trước đó tại cộng đồng, làm thay đổi phổ vi khuẩn gây bệnh và ảnh hưởng đến kết quả nuôi cấy. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước về đặc điểm vi sinh và mức độ nhạy cảm kháng sinh của PTA còn hạn chế và đã được thực hiện từ nhiều năm trước như của tác giả Trương Kim Tri thực hiện vào năm 2010⁶. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, vi trùng học và mức độ nhạy kháng sinh của PTA tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh trong bối cảnh gia tăng kháng kháng sinh hiện nay nhằm góp phần cung cấp các dữ liệu cập nhật cho lâm sàng bệnh lý áp xe quanh amidan.

Trích dẫn bài báo này: Thư H N A, Anh V D, Luân T M, Dũng N V. **NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐẶC ĐIỂM VI TRÙNG HỌC CỦA ÁP – XE QUANH AMIDAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TPHCM**. *VNUHCM J. Health Sci.* 2026; 7(1):867-874.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu.

Dân số nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh từ tháng 04/2023 đến tháng 04/2024.

Tiêu chuẩn nhận mẫu

- Bệnh nhân được rạch dẫn lưu áp xe quanh amidan và được lấy mẫu dịch mũ gửi phòng xét nghiệm vi sinh để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Bệnh nhân này đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân điều trị ngoại trú, áp xe chưa hình thành rõ hoặc chỉ là viêm mô tế bào quanh amidan
- Bệnh nhân không có mẫu bệnh phẩm đầy đủ để nuôi cấy vi sinh.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng để hoàn thành bảng thu thập số liệu ghi nhận những thông tin: tuổi, giới tính; tiền sử bệnh lý đái tháo đường, viêm amidan tái phát nhiều lần và áp xe quanh amidan; tiền sử điều trị trước khi nhập viện; thời gian điều trị kháng sinh trước khi nhập viện; thời gian từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện; triệu chứng cơ năng; triệu chứng thực thể; vị trí ổ áp xe.
- Khám lâm sàng, tiến hành rạch dẫn lưu áp xe quanh amidan cho bệnh nhân và lấy mẫu dịch mũ gửi phòng xét nghiệm vi sinh trong vòng 1 giờ kể từ thời điểm lấy mũ để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Khi có kết quả, ghi nhận các đặc điểm vi sinh và kháng sinh đồ bao gồm kết quả cấy mẫu bệnh phẩm, các chủng vi khuẩn phân lập được, tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được mô tả bằng tần số, tỉ lệ % và trình bày dưới dạng bảng, hình.

Đạo đức trong nghiên cứu

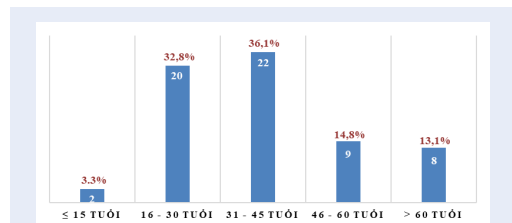
Nghiên cứu đã được thông qua và nhận được sự đồng thuận từ Hội đồng Y Đức của Khoa Y – Đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (quyết định số 06/QĐ-IRB-VN01.017).

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 04 năm 2023 đến tháng 04 năm 2024 có 61 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau

Đặc điểm dân số của nghiên cứu

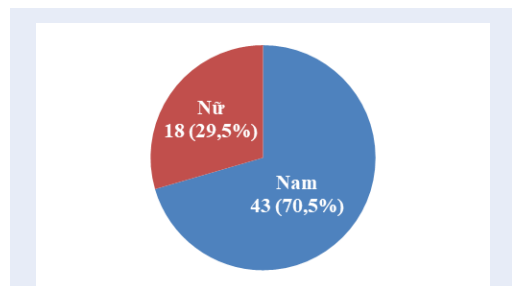
Tuổi



Hình 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi [Nguồn: Nhóm tác giả]

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 37,7 (\pm 15,7) tuổi, tuổi thấp nhất là 14 tuổi và cao nhất là 72 tuổi. Nghiên cứu chúng tôi chia mẫu bệnh nhân thành 5 nhóm tuổi. Nhìn chung nhóm tuổi có tần suất mắc áp xe quanh amidan cao nhất là từ 31 – 45 tuổi (36,1%), theo sau là nhóm tuổi từ 16 – 30 tuổi (32,8%). Trẻ \leq 15 tuổi thường ít gặp hơn (chiếm 3,3%). Bệnh nhân từ 46 – 60 tuổi và > 60 tuổi với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 14,8% và 13,1%.

Giới tính

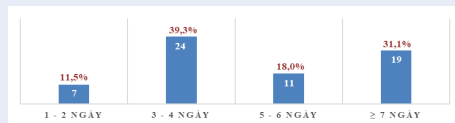


Hình 2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính [Nguồn: Nhóm tác giả]

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 70,5% cao hơn so với nữ, 29,5%. Tỷ lệ nam : nữ là 2,39/1.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị áp xe quanh amidan

Thời gian từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện



Hình 3: Thời gian từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện [Nguồn: Nhóm tác giả]

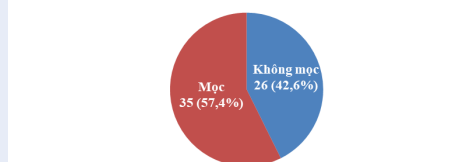
Nhận xét: Thời gian từ khi bệnh nhân mắc bệnh đến khi vào viện trung bình là 4,82 (± 2,27) ngày trong đó đa số bệnh nhân đến khám vào ngày thứ 3 – 4 của bệnh (39,3%).

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân áp xe quanh amidan

Nhận xét Bảng 1 : qua nghiên cứu cho thấy triệu chứng nuốt đau xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân chiếm tỷ lệ 100%, đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đến bệnh viện, triệu chứng há miệng hạn chế là triệu chứng thường gặp thứ hai (26,2%). Trụ trước amidan sưng phồng là triệu chứng thường gặp nhất với 57/61 bệnh nhân (93,4%). Các triệu chứng như sưng phồng trụ sau, màn hầu nề đỏ, áp xe cực dưới amidan, lưỡi gà sưng nề và bị đẩy lệch là các triệu chứng ít gặp hơn. Vị trí của áp xe quanh amidan ở bên phải và bên trái gần như tương đồng với 33/61 bệnh nhân mắc bên trái (54,1%) và 28/61 bệnh nhân mắc bên phải (45,9%). Không có trường hợp nào ghi nhận vị trí áp xe ở cả hai bên. Có 58/61 bệnh nhân mắc áp xe quanh amidan thể trước trên và đây là thể lâm sàng thường gặp nhất (95,1%), đa số dịch mủ trong ổ áp xe là màu vàng nâu gặp ở 50/61 bệnh nhân (82%). Về tiền sử bệnh lý nội khoa, có 3 bệnh nhân (4,9%) có tiền sử đái tháo đường, 12 bệnh nhân (19,7%) có tiền sử viêm amidan tái phát nhiều lần, 1 bệnh nhân (1,6%) có tiền sử bị áp xe quanh amidan.

Đặc điểm vi sinh và mức độ nhạy với kháng sinh

Kết quả cấy vi khuẩn



Hình 4: Kết quả cấy vi khuẩn [Nguồn: Nhóm tác giả]

Nhận xét: trong tổng số 61 mẫu cấy vi khuẩn từ dịch mủ áp xe quanh amidan của bệnh nhân, có 35/61 mẫu

cấy mọc vi khuẩn (57,4%) và 26/61 mẫu cấy không mọc vi khuẩn (42,6%).

Chủng vi khuẩn mọc

Bảng 2: Chủng vi khuẩn mọc (N = 35) [Nguồn: Nhóm tác giả]

Chủng vi khuẩn mọc	n	%
Chủng vi khuẩn hiếu khí		
Streptococci spp.	34	97,1%
Staphylococci spp.	1	2,9%
Haemophilus influenzae	0	0%
Neisseria species	0	0%
Chủng vi khuẩn kỵ khí		
Fusobacterium	0	0%
Peptostreptococci	0	0%
Prevotella	0	0%
Bacteroides	0	0%

Nhận xét: trong số 35 mẫu cấy định danh được vi khuẩn, có 34/35 trường hợp cấy định danh được *Streptococci spp.* (97,1%). Có 1/35 mẫu cấy định danh được *Staphylococci spp.* (2,9%). Không ghi nhận trường hợp nào cấy định danh được chủng vi khuẩn kỵ khí.

Kết quả kháng sinh đồ

Nhận xét Bảng 3 : Đa số chủng *Streptococci spp.* nhạy cảm với Vancomycin và Chloramphenicol nhất, gặp ở 31/34 mẫu cấy dương tính (91,2%). Về sự kháng kháng, Trimethoprim/Sulfamethoxazole là kháng sinh mà *Streptococci spp.* kém nhạy cảm nhất gặp ở 25/34 mẫu cấy dương tính (73,5%). Trong khi đó, đối với chủng *Staphylococci spp.* các kháng sinh vẫn còn nhạy cảm là Penicillin, Clindamycin, Erythromycin, Rifamicin, Vancomycin, Trimethoprim/Sulfamethoxazole, Ciprofloxacin, Oxacillin và Cefalor. Không ghi nhận chủng vi khuẩn này kháng kháng sinh nào trong số các kháng sinh nghiên cứu.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi về phân bố giới tính (Hình 2) có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây về kết luận tỷ lệ mắc áp xe quanh amidan ở nam

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân áp xe quanh amidan [Nguồn: Nhóm tác giả]

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh trước nhập viện	19	31,1
Dùng kháng sinh 3 – 5 ngày trước nhập viện là chủ yếu	35	57,9%
Triệu chứng cơ năng		
Sốt	7	11,5
Nuốt đau	61	100
Nuốt vướng	3	4,9
Há miệng hạn chế	16	26,2
Giọng ngậm hạt thị	3	4,9
Tăng tiết nước bọt	2	3,3
Triệu chứng thực thể		
Trụ trước sừng phồng	57	93,4
Trụ sau sừng phồng	7	11,5
Trụ sau sừng phồng khu trú gần cực dưới amidan	1	1,6
Hạch góc hàm	8	13,1
Màn hầu nề đỏ	17	27,9
Luỡi gà sừng nề, đẩy lệch	5	8,2
Vị trí áp xe quanh amidan		
Trái	33	54,1
Phải	28	45,9
Hai bên	0	0
Thể lâm sàng		
Thể trước trên	58	95,1
Thể sau	2	3,3
Thể dưới	1	1,6
Màu sắc dịch áp xe		
Trắng đục	11	18
Vàng nâu	50	82
Tiền sử bệnh lý nội khoa		
Đái tháo đường	3	4,9
Viêm amidan tái phát nhiều lần	12	19,7
Áp xe quanh amidan	1	1,6

Bảng 3: Kháng sinh đồ của 2 chủng vi khuẩn được cấy định danh [Nguồn: Nhóm tác giả]

Kháng sinh (Chủng vi khuẩn)	Chủng Streptococci spp.			Chủng Staphylococci spp.		
	S (N, %)	I (N, %)	R (N, %)	S (N, %)	I (N, %)	R (N, %)
Penicillin	29 (85,2)	0 (0)	3 (8,8)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Cefalexin	22 (64,7)	0 (0)	8 (23,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tetracycline	7 (20,5)	4 (11,8)	22 (64,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Clindamycin	4 (11,8)	2 (5,9)	19 (55,9)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Erythromycin	10 (29,4)	3 (8,8)	21 (61,8)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Rifamicin	3 (8,8)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Vancomycin	31 (91,2)	0 (0)	3 (8,8)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Trimethoprim/Sulfameth	7 (20,5)	2 (5,9)	25 (73,5)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Chloramphenicol	31 (91,2)	1 (2,9)	2 (5,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ciprofloxacin	17 (50)	4 (11,8)	13 (38,2)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Oxacillin	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Cefalor	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Gentamycin	4 (11,8)	1 (2,9)	5 (14,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
PolymycinB	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

N: tần số, S: nhạy cảm (Susceptible), I: trung gian (Intermediate), R: đề kháng (Resistant)

nhiều hơn nữ. Trương Kim Tri ghi nhận sự phân bố giới tính ở bệnh nhân với 64,9% nam và 35,1% nữ, tương đương với tỷ lệ nam/nữ là 1,85/1⁶. Tương tự, các nghiên cứu của David Slouka, E. Mazur và Sideris đều ghi nhận số bệnh nhân nam mắc áp xe quanh amidan nhiều hơn so với nữ^{3,4,7}. Điều này có thể nghĩ đến một số yếu tố thuận lợi gây tăng tỷ lệ bệnh áp xe quanh amidan là hút thuốc lá và uống rượu bia, những yếu tố này luôn lưu hành với tần suất cao hơn ở nam so với nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi ở Hình 1 cũng ghi nhận bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tập trung ở lứa tuổi 31 – 45 tuổi, ít gặp hơn ở người già > 60 tuổi và trẻ nhỏ < 15 tuổi. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Trương Kim Tri⁶ ghi nhận độ tuổi thường mắc áp xe quanh amidan là 31 – 45 tuổi. Đồng thời David Slouka⁴ cũng ghi nhận được nhóm tuổi thường là đối tượng của áp xe quanh amidan là 31 – 40 tuổi. Sự tương đồng này có thể giải thích do độ tuổi này ít có thời gian theo dõi sức khỏe và khả năng chịu đựng tình trạng bệnh viêm amidan cấp cao hơn các nhóm tuổi còn lại nên bệnh nhân trì hoãn điều trị đến khi bệnh đã diễn tiến thành áp xe quanh amidan mới đến bệnh viện khám.

Về triệu chứng cơ năng, thời gian từ khi có triệu chứng cơ năng đến lúc nhập viện trung bình là 4,82 ngày, trong đó thời gian từ 3-4 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,3% (Hình 3). Trong Bảng 1 ghi nhận nuốt đau là triệu chứng thường gặp nhất (100%) và cũng là lý do nhập viện chính của bệnh nhân, tiếp theo là triệu chứng há miệng hạn chế (26,2%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Phạm Văn Vũ⁸ (tỷ lệ đau họng 100%, há miệng hạn chế 93,8%), Trương Kim Tri⁶ (tỷ lệ đau họng 91,1%) và Sideris⁷ (tỷ lệ đau họng 92,5%).

Về triệu chứng thực thể, Bảng 1 ghi nhận có 57/61 bệnh nhân ghi nhận trụ trước amidan sưng phồng (93,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Vũ⁸ với tỷ lệ trụ trước sưng phồng là 90,6%. Và đây cũng là triệu chứng đặc trưng cho áp xe quanh amidan thể trước trên. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có áp xe quanh amidan thể trước trên chiếm 95,1% và thể sau chiếm tỷ lệ 3,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Kim Tri⁶ (với tỷ lệ thể trước trên và thể sau lần lượt là 89,2% và 10,8%) và nghiên cứu của Phạm Văn Vũ⁸ (với tỷ lệ thể trước trên là 93,5% và thể sau là 6,5%). Chúng tôi nghĩ kết quả tương đồng này là

do đặc điểm cấu trúc giải phẫu của khoang amidan do khe Tourtual ăn sâu lún ra phía trước, phía ngoài tới vỏ bọc amidan, khe này hay bị nhiễm trùng gây ra áp xe quanh amidan thể trước trên. Ngoài ra còn do tuyến nước bọt phụ Weber nằm rải rác xung quanh cực trên amidan, khi viêm các tuyến nước bọt này dễ hình thành nên thể trước trên.

Về phân loại vi khuẩn và độ nhạy với kháng sinh trong nghiên cứu, trong số 61 mẫu nuôi cấy có 35 mẫu mọc vi khuẩn chiếm tỷ lệ 57,4% (Hình 4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của David Slouka⁴ ghi nhận tỷ lệ cấy mọc vi khuẩn cao với 62,73% mẫu cấy mọc. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Văn Vũ⁸ cũng ghi nhận có 65,5% mẫu cấy mọc vi khuẩn. Tuy nhiên, vẫn còn gần 40% trường hợp cho kết quả nuôi cấy âm tính, điều này có thể do bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước khi lấy mẫu, mật độ vi khuẩn thấp trong ổ áp xe. Nghiên cứu của chúng tôi định danh được tất cả mẫu đều là chủng hiếu khí (Bảng 2), trong đó chiếm đa số là *Streptococci spp.* (97,1%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của C. Repanos (2009), Sideris (2021) và Vaikjarv (2023) và đều nhận xét chủng vi khuẩn thường gặp nhất là *Streptococcus*^{7,9,10}. Nghiên cứu của Trương Kim Tri (với chủng vi khuẩn cấy mọc nhiều nhất là α -hemolytic *Streptococcus*)⁶, Phạm Văn Vũ (với chủng vi khuẩn cấy mọc nhiều nhất là β -hemolytic *Streptococcus*)⁸ cũng cho các kết quả tương tự. Về chủng vi khuẩn kỵ khí, chúng tôi không cấy mọc được trường hợp nào trong suốt quá trình lấy mẫu. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của C. Repanos, Phạm Văn Vũ, Trương Kim Tri và Vaikjarv^{6,8-10}. Tuy vậy các nghiên cứu của David Slouka và Sideris cấy mọc được chủng kỵ khí chiếm đa số là *Fusobacterium spp.*^{4,7} và đây cũng là chủng vi khuẩn kỵ khí thường gặp nhất được ghi chép trong y văn. Việc không phân lập được vi khuẩn kỵ khí có thể liên quan đến kỹ thuật nuôi cấy và việc sử dụng kháng sinh trước nhập viện.

Về kết quả kháng sinh đồ (Bảng 3), đối với nhóm beta-lactam, *Streptococci spp.* còn nhạy cảm tương đối cao với Penicillin (85,2%) và ở mức trung bình với Cefalexin (64,7%). Kết quả này ủng hộ việc tiếp tục sử dụng Penicillin hoặc Cephalosporin làm kháng sinh kinh nghiệm ban đầu trong điều trị áp xe quanh amidan không biến chứng. Tuy nhiên, sự xuất hiện của các chủng giảm nhạy hoặc kháng Penicillin cho thấy cần theo dõi thường xuyên tình hình kháng kháng sinh tại địa phương. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đề kháng cao của *Streptococci spp.* đối với Trimethoprim/sulfamethoxazole (73,5%), cho thấy kháng sinh này không phù hợp để sử dụng theo kinh nghiệm trong điều trị áp xe quanh amidan. Tỷ lệ đề kháng đối với Erythromycin (61,8%) và Clindamycin (55,9%)

cũng ở mức cao, đây là vấn đề cần lưu ý vì Clindamycin thường được sử dụng thay thế ở bệnh nhân dị ứng Beta-lactam. Việc sử dụng Clindamycin theo kinh nghiệm cần được cân nhắc thận trọng và dựa trên kháng sinh đồ tại từng cơ sở. Mặc dù *Streptococci spp.* còn nhạy cảm cao với Vancomycin và Chloramphenicol, hai kháng sinh này không được khuyến cáo sử dụng thường quy trong các trường hợp áp xe quanh amidan không biến chứng, mà chỉ nên dành cho các trường hợp nặng hoặc khi có chỉ định đặc biệt dựa trên kết quả vi sinh.

Staphylococci spp. chỉ được phân lập trong một trường hợp nên chưa đủ cơ sở để đánh giá đặc điểm kháng kháng sinh. Tuy nhiên, ở bệnh nhân có bệnh lý nền, cần cân nhắc phổ kháng sinh rộng hơn cho đến khi có kết quả cấy và kháng sinh đồ.

Nghiên cứu không ghi nhận vi khuẩn kỵ khí, có thể do bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước đó hoặc hạn chế của phương pháp nuôi cấy. Tuy vậy, do vai trò của vi khuẩn kỵ khí trong bệnh sinh áp xe quanh amidan đã được ghi nhận, việc phối hợp kháng sinh có tác dụng lên vi khuẩn kỵ khí vẫn nên được cân nhắc ở các trường hợp nặng, tái phát hoặc đáp ứng kém với điều trị ban đầu.

KẾT LUẬN

Áp xe quanh amidan có biểu hiện lâm sàng tương đối đặc trưng. Triệu chứng phổ biến nhất là nuốt đau và há miệng hạn chế. Tác nhân gây bệnh của áp xe quanh amidan chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí, trong đó thường gặp chủng *Streptococci spp.* Penicillin và Cephalosporin vẫn là lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm phù hợp. Kết quả nghiên cứu góp phần định hướng lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm phù hợp với bối cảnh kháng thuốc tại Việt Nam hiện nay.

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

PTA: peritonsillar abscess (Áp xe quanh amidan)

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Cỡ mẫu của nghiên cứu còn hạn chế do đó khả năng khái quát hóa kết quả còn giới hạn. Ngoài ra, việc chưa áp dụng các kỹ thuật hiện đại như PCR hoặc giải trình tự thế hệ mới (NGS) có thể làm hạn chế khả năng phát hiện đầy đủ vi khuẩn kỵ khí.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm tác giả cam kết rằng không có xung đột lợi ích khi thực hiện nghiên cứu này.

ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe con người. Các thông tin cá nhân về đối

tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật, quản lý và phân tích số liệu được tiến hành một cách khoa học và chính xác. Chỉ định rạch dẫn lưu áp xe quanh amidan và các cận lâm sàng khác được bác sĩ điều trị chỉ định theo phác đồ hiện hành của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM. Nghiên cứu đã được thông qua và nhận được sự đồng thuận từ Hội đồng Y Đức của Khoa Y – Đại học quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (quyết định số 06/QĐ-IRB-VN01.017).

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến tất cả các bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu này; nếu không có họ, nghiên cứu sẽ không thể thực hiện được. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh (VNU-HCM) và Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh vì sự hỗ trợ chuyên môn và đóng góp quan trọng vào thành công của nghiên cứu.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tác giả Hà Nguyễn Anh Thư lên ý tưởng; thiết kế nghiên cứu; hướng dẫn và giám sát thu thập số liệu; xử lý và phân tích số liệu; hướng dẫn bàn luận kết quả nghiên cứu; viết, chỉnh sửa và hoàn thiện bản thảo. Các tác giả Vũ Đình Anh, Trần Minh Luân, Nguyễn Văn Dũng thu thập số liệu; tổng hợp tài liệu; viết bản thảo; thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Galioto NJ. Peritonsillar Abscess. *American Family Physician*. 2017;95(8):501–506.
2. Khôi NH. Bài giảng lâm sàng Tai Mũi Họng. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2007.
3. Mazur E, Czerwińska E, Korona-Gl, Grochowalska A, Koziol-Montewka M. Epidemiology, clinical history and microbiology of peritonsillar abscess. *European Journal of Clinical Microbiology Infectious Diseases* : Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2015;34(3):549–54. Available from: <https://10.1007/s10096-014-2260-2>.
4. Slouka D, Hanakova J, Kostlivy T, Skopek P, Kubec V, Babuska V, et al. Epidemiological and microbiological aspects of the peritonsillar abscess. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(11):4020. Available from: <https://10.3390/ijerph17114020>.
5. World Health Organization. Antimicrobial resistance in Viet Nam. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Nov 7]. ; 2022. Available from: <https://www.who.int>.
6. Tri TK, Thế NT, Phước VL. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn ái khí áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Trung ương Huế và Trường Đại học Y Dược Huế. *Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế*. 2010;(11):85–91.
7. Sideris G, Malamas V, Tyrellis G, Maragkoudakis P, Delides A, Nikolopoulos T. Ubi pus, ibi evacua: a review of 601 peritonsillar abscess adult cases. *Irish Journal of Medical Science*. 2022;191(4):1849–53. Available from: <https://10.1007/s11845-021-02796-9>.
8. Vũ PV, Thế NT, Phước VL, Hội TP, TP N. Điều trị biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan bằng phẫu thuật cắt nóng tại Huế. *Y học Thực hành*. 2009;(69):32–36.
9. Repanos C, Mukherjee P, Alwahab Y. Role of microbiological studies in management of peritonsillar abscess. *The Journal of Laryngology, Rhinology, and Otology*. 2009;123(8):877–9. Available from: <https://10.1017/S0022215108004106>.
10. Saar M, Vaikjärvi R, Parm Ü, Kasenõmm P, Kõljalg S, Sepp E, et al. Unveiling the etiology of peritonsillar abscess using next generation sequencing. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*. 2023;22(1):98. Available from: <https://10.1186/s12941-023-00649-0>.

RESEARCH ON THE CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERITONSILLAR ABSCESS AT HO CHI MINH CITY OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL

Ha Nguyen Anh Thu^{1,*}, Vu Dinh Anh², Tran Minh Luan³, Nguyen Van Dung¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Objective: To investigate the clinical characteristics, bacterial classification, and antibiotic susceptibility patterns of patients with peritonsillar abscess treated at Ho Chi Minh City Otorhinolaryngology Hospital.

Materials and Methods: A prospective descriptive case-series study was conducted on 61 patients diagnosed with peritonsillar abscess who required incision and drainage. Pus specimens were collected for bacterial culture and antibiotic susceptibility testing at Ho Chi Minh City Otorhinolaryngology Hospital between April 2023 and April 2024.

Results: Male patients predominated (70.5%), with a mean age of 37.7 ± 15.7 years. Odynophagia was the most common clinical symptom (100%). The anterosuperior type was the most frequent presentation (95.1%). The bacterial culture positivity rate was 57.4%, of which *Streptococci* spp. accounted for the majority (97.1%), followed by *Staphylococci* spp. (2.9%); no anaerobic bacteria were isolated. *Streptococci* spp. remained relatively susceptible to penicillin (85.2%) and cefalexin (64.7%), whereas high resistance rates were observed for trimethoprim/sulfamethoxazole (73.5%), erythromycin (61.8%), and clindamycin (55.9%).

Conclusion: Peritonsillar abscess is predominantly caused by *Streptococci* spp. Penicillin and cephalosporins remain appropriate empirical antibiotic choices in most cases. These findings provide updated local data to support rational antibiotic selection in the context of increasing antimicrobial resistance in Vietnam.

Key words: peritonsillar abscess, bacterial pathogens, antibiotic susceptibility

¹University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City

²Vũng Tàu Hospital

³. Institute of Health Sciences, VinUni University

Correspondence

Ha Nguyen Anh Thu, University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City

Email: hnathu@uhsvnu.edu.vn

History

- Received: 15-06-2025
- Revised: 25-12-2025
- Accepted: 23-04-2026
- Published Online: 03-06-2026

DOI :

<https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.634>



Copyright

© VNUHCM Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Cite this article : Thu H N A, Anh V D, Luan T M, Dung N V. RESEARCH ON THE CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERITONSILLAR ABSCESS AT HO CHI MINH CITY OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL. VNUHCM J. Health Sci. 2026; 7(1):867-874.