

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN ÁI KHÍ CỦA VIÊM TẮY - ÁP XE QUANH AMIDAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Trương Kim Tri¹, Nguyễn Tư Thế², Võ Lâm Phước³

(1) Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng - Đà Lạt

(2) Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Huế

(3) Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn ái khí và kháng sinh đồ của viêm tấy - áp xe quanh amidan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành ở 37 bệnh nhân bị viêm tấy-áp xe quanh amidan bằng phương pháp cắt ngang, thống kê mô tả, có can thiệp. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng: Nuốt vướng 100%, đau họng 91,9%. Điều trị kháng sinh trước vào viện 67,6%. Bạch cầu $>15.10^9/l$ (54,1%). Tỷ lệ cấy có vi khuẩn là 48,6%. Vi khuẩn hay gặp streptococcus α hemolytic 57,9%, staphylococcus aureus 10,5%, streptococcus pneumoniae 10,5%...Kháng sinh đồ: Vi khuẩn nhạy cảm: Gentamycin 100%, vancomycin 100%, cefuroxim 100%, ciprofloxacin 80%. Đề kháng: Erythromycin 60%, ampicillin 41,7%, cefalexin 40%, tetracyclin 40%, ceftriaxon 30,8%. **Kết luận:** Dựa vào tần suất của các chủng vi khuẩn hay gặp trong viêm tấy áp xe quanh amidan để cân nhắc việc chỉ định kháng sinh và dựa vào dòng vi khuẩn được tìm thấy để chọn kháng sinh hợp lý.

Abstract

RESEARCH ON CLINICAL MANIFESTATIONS AND AEROBIC BACTERIA OF QUINSY IN HUE CENTRAL HOSPITAL AND HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Truong Kim Tri¹, Nguyen Tu The², Vo Lam Phuoc³

(1) Faculty of Otolaryngology, Lam Dong-Da Lat General Hospital

(2) Dept. of Otolaryngology, Hue University of Medicine and Pharmacy

(3) Faculty of Otolaryngology, Hue Central Hospital

Objectives: To identify the paraclinical and clinical manifestations, aerobic bacteria and antibiogramme of quinsy. **Materials and methods:** Cross-sectional study was conducted upon 37 patients with quinsy at Hue Central hospital and Hue University Hospital. **Results:** Clinical and paraclinical symptoms:odynophagy 100%, dysphagy 91.9%. Having treatment with antibiotics before hospitalization 67.6%. White blood cells $>15.10^9/l$ (54.1%). Positive bacteria culture is 48.6% in which streptococcus α hemolytic 57.9%, staphylococcus aureus 10.5%, streptococcus pneumoniae 10.5%. Antibiogramme: Sensitization: Gentamycin 100%, vancomycin 100%, cefuroxim 100%, ciprofloxacin 80%.Resistance: Erythromycin 60%, ampicillin 41.7%, cefalexin 40%, tetracyclin 40%, ceftriaxon 30.8%.**Conclusions:** The priority of antibiotic prescription for quinsy should be based on the frequency of bacteria found in bacteria culture and depending on antibiogramme to choose appropriate antibiotics.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tấy - áp xe quanh amidan là hiện tượng viêm tấy, hoá mủ tổ chức liên kết lỏng lẻo nằm quanh amidan, giữa amidan và thành bên họng. Bệnh thường gặp ở trẻ lớn và người lớn.

Nguyên nhân hay gặp của viêm tấy - áp xe quanh amidan là do viêm amidan cấp mủ không được điều trị hoặc vì độc tố vi khuẩn cao hoặc do vi khuẩn kháng lại thuốc kháng sinh mà người bệnh sử dụng. Vi khuẩn gây viêm tấy - áp xe quanh amidan được xác định khi lấy mủ của khối áp xe đi nuôi cấy. Vi khuẩn thường gặp là tụ cầu, liên cầu,... trong đó có liên cầu beta tan huyết nhóm A.

Ở Mỹ có khoảng 0,5-1 triệu trường hợp phải đi cắt amidan mỗi năm, trong đó 45000-55000 trường hợp là do viêm tấy áp xe quanh amidan [9].

Ở Nottingham nước Anh, một khảo sát về việc kê đơn kháng sinh và sự tôn trọng nguyên tắc kê đơn kháng sinh thấy rằng chỉ có 56% bệnh nhân được điều trị viêm amidan đúng theo nguyên tắc [5].

Việc xác định được vi khuẩn gây bệnh, làm kháng sinh đồ nhằm tìm kháng sinh điều trị phù hợp và xác định mức độ đề kháng kháng sinh thường dùng hiện nay là một việc làm hết sức cần thiết. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành đề tài “*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 Đại học Y Dược Huế*” nhằm hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong viêm tấy áp xe quanh amidan.*

2. *Nghiên cứu vi khuẩn ái khí và kháng sinh đồ trong viêm tấy áp xe quanh amidan.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tấy - áp xe quanh amidan đến khám và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung

ương Huế và Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 04/2009 đến tháng 05/2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu cắt ngang, thống kê mô tả.

- Phương tiện nghiên cứu bao gồm: Bộ khám tai mũi họng thông thường, bộ lấy bệnh phẩm và hệ thống máy, dụng cụ nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ, thống kê chi tiết về: Tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư...

- Lấy bệnh phẩm, xét nghiệm tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ

- Tất cả được ghi lại qua phiếu nghiên cứu

- Thu thập và xử lý số liệu: Bằng chương trình toán thống kê SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 37)

Đặc điểm chung		Số lượng
Tuổi	≤15	2 (5,4%)
	16 - 30	12 (32,4%)
	31 - 45	19 (51,4%)
	46 - 60	4 (10,8%)
	>60	0 (0,0%)
Giới	Nam	24 (64,9%)
	Nữ	13 (35,1%)
Địa dư	Nông thôn	18 (48,6%)
	Thành thị	19 (51,4%)
Nghề nghiệp	Học sinh - sinh viên	6 (16,2%)
	Buôn bán	4 (10,8%)
	Công nhân	10 (27,0%)
	Nông dân	12 (32,4%)
	Cán bộ	5 (13,6%)

Qua bảng 3.1. Chúng tôi thấy tỷ lệ viêm tấy - áp xe quanh amidan ở nam 64,9%, cao hơn nữ (35,1%), ($p < 0,05$). Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu, tần suất mắc bệnh cao nhất là nhóm 31-45 tuổi (51,4%). Xét về nghề nghiệp (bảng 3.1) thì tỷ lệ viêm tấy - áp xe quanh amidan cao nhất là nông dân 32,4%. Có

thể do ở nông dân thường có mức sống thấp hơn và được tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh kém hơn nên bệnh nhân ít có cơ hội được chăm sóc, viêm amidan không được điều trị tốt, nên thường bị tái phát và gây biến chứng. Về địa dư bảng 3.1 cho thấy có 51,4% bệnh nhân sống ở thành thị và 48,6% bệnh nhân sống ở nông thôn, $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1.1. Vị trí bệnh lý

Bảng 3.2. Tần suất vị trí bệnh lý trong viêm tắt áp xe quanh amidan ($n = 37$)

Vị trí \ Tần suất	n	%	p
Phải	20	54,1	< 0,01
Trái	16	43,2	
Cả 2 bên	1	2,7	
Tổng	37	100,0	

Qua bảng 3.2, chúng tôi thấy: Vị trí viêm tắt - áp xe quanh amidan ở bên phải và trái không có khác nhau, 54,1% bên phải và 43,2% bên trái, ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả của Phạm Văn Vũ, vị trí viêm tắt - áp xe quanh amidan bên phải 53,1%, bên trái 46,9% [7], trong khi đó Phạm Trần Anh và Pich thì tỷ lệ viêm tắt - áp xe quanh amidan trái 31,4% thấp hơn bên phải 65,7% [7]. Sự khác nhau này theo chúng tôi nghĩ do ngẫu nhiên, chưa có nghiên cứu nào nói lên nguyên nhân hay yếu tố thuận lợi dẫn đến vị trí bệnh lý gặp bên phải hay trái nhiều.

Có 1/37 trường hợp gặp bệnh lý cả hai bên chiếm tỷ lệ 2,7%, theo Nguyễn Hữu Khôi cũng có nhận xét tỷ lệ gặp bệnh lý ở cả hai bên có thể xảy ra nhưng cực kỳ hiếm [4].

3.2.1.2. Vị trí tổn thương

Bảng 3.3. Tần suất gặp vị trí tổn thương trong viêm tắt - áp xe quanh amidan ($n = 37$)

Vị trí \ Tần suất	n	%	p
Trước trên	33	89,2	< 0,01
Sau	4	10,8	
Tổng	37	100,0	

Kết quả về vị trí tổn thương trong bệnh cảnh viêm tắt - áp xe quanh amidan thể hiện ở bảng 3.3, vị trí trước trên là gặp nhiều nhất chiếm 33/37 trường hợp (89,2%), thể sau gặp ít hơn 4/37 trường hợp (10,8%), không gặp trường hợp nào tổn thương ở thể ngoài, ($p < 0,01$). Kết quả này tương tự với nhiều tác giả khác như: Lê Huỳnh Mai, thể trước trên gặp 94% [4], Phạm Văn Vũ thể trước trên 93,5%, thể sau 6,5% [7], Nguyễn Hữu Khôi kết luận, thể trước trên là hay gặp nhất, thể sau ít gặp, thể ngoài thì rất hiếm [3].

3.2.1.3. Thống kê triệu chứng theo thể lâm sàng

Bảng 3.4. Kết quả triệu chứng lâm sàng trong viêm tắt áp xe quanh amidan ($n = 37$)

	Triệu chứng lâm sàng	Viêm tắt áp xe quanh amidan
Toàn thân	Thở hôi	17 45,9%
	Chán ăn	34 91,9%
	Mệt mỏi	31 83,8%
	Ngủ ngáy	9 24,3%
	Sốt	19 51,4%
	Môi khô	23 62,2%
Cơ năng	Nuốt vướng	37 100,0%
	Đau họng	34 91,9%
	Ngửa họng	6 16,2%
	Ho	0 0,0%
Thực thể	Xung huyết	32 86,5%
	Không cân xứng	24 64,9%
	Hốc bã đậu	9 24,3%
	Giả mạc	9 24,3%

Qua bảng 3.4 chúng tôi thấy trong viêm tắt - áp xe quanh amidan nuốt vướng luôn luôn tỷ lệ 100%, kết quả đau họng của chúng tôi tương tự: Lê Huỳnh Mai (2004) đau họng 100% [4], Phạm Văn Vũ đau họng 100% [7]. Các triệu chứng nuốt vướng, chán ăn, mệt mỏi, môi khô, sốt, thở hôi cũng là các triệu chứng thường gặp lần lượt chiếm tỷ lệ 100%, 91,9%, 83,8%, 62,2%, 51,4%, 45,9%. Lê Huỳnh Mai, triệu chứng sốt cũng chiếm tỷ lệ cao 37% [4], Phạm Văn Vũ biểu hiện ăn uống kém cũng chiếm tỷ lệ cao 100% [7].

Kết quả các triệu chứng thực thể tại amidan, xung huyết chiếm tỷ lệ cao nhất 86,5%. Nghiên cứu của Phạm Văn Vũ xung huyết 46,9% [7]. Dấu hai amidan không cân xứng chiếm tỷ lệ 64,9%, kết quả của Phạm Văn Vũ là 90,6%, cao hơn của chúng tôi, dấu hai amidan không cân xứng ở đây là do hiện tượng viêm tấy áp xe đẩy dồn amidan vào trong làm mất cân đối eo họng. Giả mạc, hốc bã đậu là hai dấu ít gặp cùng chiếm tỷ lệ 24,3%.

3.2.1.4. *Tình trạng điều trị kháng sinh của bệnh nhân trước khi vào viện*

Bảng 3.5. Tình trạng điều trị kháng sinh trước vào viện (n = 37)

Thời gian Thể lâm sàng	Chưa điều trị	<3 ngày	3-5 ngày	>5 ngày	Tổng
Viêm tấy-áp xe quanh amidan	12 32,4%	16 43,3%	9 24,3%	0 0,0%	37 100%
p	< 0,05				

Xem bảng 3.5, Thời gian sử dụng kháng sinh trước khi vào viện ở hầu hết bệnh nhân nghiên cứu (67,6%) (p<0,05). Kết quả này phù hợp với Phạm Văn Vũ 62,5% [7]. Có tác giả báo cáo tỷ lệ cao hơn như: Phạm Trần Anh và Pich 91,3% [1], Trương Văn Tám, Nguyễn Minh Phi, Phan Tấn Nghị 97,7% [6]. Chúng tôi nghĩ, sự khác nhau giữa tỷ lệ dùng kháng sinh trước vào viện của các tác giả, có thể do nhận thức của người dân ở từng vùng miền khác nhau.

Nhóm dùng kháng sinh <3 ngày chiếm tỷ lệ 43,3%, nhóm dùng kháng sinh 3-5 ngày chiếm tỷ lệ 24,3%, không có trường hợp nào dùng kháng sinh trước vào viện >5 ngày (0%). Điều này chứng tỏ khi điều trị nội khoa không hiệu quả, bệnh không tự khỏi, áp xe có thể hình thành và bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Chưa điều trị kháng sinh trước vào viện chỉ 32,4%, kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Phạm Văn Vũ chưa điều trị kháng sinh trước vào viện 37,5% [7].

3.2.2. *Đặc điểm cận lâm sàng và vi khuẩn ái khí*

3.2.2.1. *Màu sắc mủ*

Bảng 3.6. Kết quả màu sắc mủ (n = 24)

Tần suất Màu sắc mủ	n	%	P
Trắng đục	6	25,0	> 0,01
Vàng nhạt	10	41,7	
Xanh nhạt	3	12,5	
Chocolate	5	20,8	
Tổng	24	100%	

Nghiên cứu về màu sắc mủ, kết quả ở bảng 3.6 cho thấy: Mủ có màu vàng nhạt chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%, màu xanh nhạt chiếm 12,5%, (p>0,05). Kết quả này tương tự kết quả của Lê Huỳnh Mai, màu vàng nhạt 59%, xanh nhạt 13% [4]. Tuy vậy mủ màu trắng đục chiếm 25%, chocolate 20,8%, cao hơn của Lê Huỳnh Mai, trắng đục 7%, chocolate 12%, trong khi đó kết quả màu sắc mủ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khác Phạm Văn Vũ, trắng đục 68,9%, vàng nhạt 24,1%, xanh nhạt 3,45%, chocolate 3,45% [7].

3.2.2.2. *Đặc điểm cận lâm sàng của viêm tấy- áp xe quanh amidan*

Bảng 3.7. Tỷ lệ bạch cầu trong viêm tấy - áp xe quanh amidan (n=37)

Bạch cầu	≤10.109/l	>10-15.109/l	>15.109/l	Tổng
Thể lâm sàng				37 100%
Viêm tấy áp xe quanh amidan	5 13,5%	12 32,4%	20 54,1%	
p	<0,05			

Nghiên cứu tỷ lệ bạch cầu trong viêm tấy - áp xe quanh amidan: Nhóm bạch cầu >15.10⁹/l có tỷ lệ cao nhất (54,1%). Kết quả của chúng tôi có khác với các tác giả Phạm Văn Vũ, nhóm bạch cầu >15.10⁹/l (40,6%) [7], Lê Huỳnh Mai, nhóm >15.10⁹/l (17%) [4], Trương Văn Tám, Nguyễn Minh Phi, Phan Tấn Nghị 80%

trường hợp viêm tấy - áp xe quanh amidan có công thức bạch cầu là $>10.10^9/l$ [6]. Sự khác nhau này có thể do hiệu quả điều trị kháng sinh trước vào viện khác nhau của các mẫu nghiên cứu.

3.2.2.3. *Kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong viêm tấy - áp xe quanh amidan*

Bảng 3.8. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn (n = 37)

Kết quả nuôi cấy Thể lâm sàng	Mọc	Tạp khuẩn	Không mọc	Tổng
Viêm tấy - áp xe quanh amidan	19 48,6%	10 29,8%	8 21,6%	37 100%
p	<0,05			

Tìm hiểu kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong viêm tấy - áp xe quanh amidan, chúng tôi thấy tỷ lệ mọc là 48,6%. Kết quả này tương tự Lê Huỳnh Mai 56% [4], Phạm Văn Vũ 65,5% [7]. Trong khi đó tỷ lệ của Phạm Trần Anh và Pich chiếm 39,1% thấp hơn của chúng tôi [1].

Trở lại bảng phân tích sử dụng kháng sinh trước khi vào viện (bảng 3.5), thấy rằng tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước vào viện của Phạm Trần Anh và Pich là 91,3%, như vậy có thể tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước vào viện đã ảnh hưởng đến kết quả nuôi cấy vi khuẩn ở mẫu nghiên cứu.

3.3. Vi khuẩn ái khí và kháng sinh đồ

3.3.1. Các chủng loại vi khuẩn ái khí mọc trong viêm tấy áp xe quanh amidan:

Bảng 3.9. Các chủng loại vi khuẩn ái khí mọc (n=19)

	Vi khuẩn	Viêm tấy áp xe quanh amidan	
Gram (+) <17>	Streptococcus α hemolytic (Strep. α H)	11	57,9%
	Staphylococcus Aureus (Stap.A)	2	10,5%
	Streptococcus β hemo- lytic group A (Strep. β H.A)	1	5,3%
	Enterococcus (Ent.co)	1	5,3%
	Streptococcus pneumoniae (Strep.pneu)	2	10,5%
Gram (-) <2>	Hemophilus influenzae (He.ph)	0	0,0%
	Klebsiella Pneumoniae (Kleb)	0	0,0%
	Enterobacter Cloacae (Ent.ba)	2	10,5%
	Moraxella Catarrhalis (Mor.ca)	0	0,0%
Tổng		19	100,0%

Trong kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9: Chúng tôi thấy vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất trong viêm tấy - áp xe quanh amidan là Streptococcus α hemolytic (57,9%). Kết quả này tương tự Lê Huỳnh Mai Streptococcus α hemolytic 52% [4], Phạm Văn Vũ, liên cầu 51,6% [7], Hanna BC và cộng sự cũng có nhận xét trong viêm tấy - áp xe quanh amidan

liên cầu tan huyết là gặp nhiều nhất [8].

Nhìn chung liên cầu là loại vi khuẩn gặp nhiều nhất trong viêm tấy - áp xe quanh amidan phù hợp với đa số các tác giả trong và ngoài nước, đặc biệt đáng chú ý là Streptococcus β hemolytic group A, là vi khuẩn gây nhiều biến chứng nguy hiểm.

3.3.2. Kháng sinh đồ theo chủng vi khuẩn ái khí

Bảng 3.10. Kháng sinh đồ theo chủng vi khuẩn ái khí (n = 37)

Kháng sinh Vi khuẩn			AMP	CFA	CEF	CFU	CPR	ERY	GEN	OFL	TET	VAN	
Gr (+)	Strep. αH	NC	4 57,1%	2 66,7%	4 44,4%	1 50,0%	1 25,0%	4 66,7%	1 25,0%	8 80,0%	4 66,7%	10 62,5%	
		ĐK	1 20,0%		3 75,0%			6 66,7%		2 66,7%	3 75,0%		
	Stap.A	NC	1 14,3%		1 11,1%		1 25,0%	1 16,7%	1 25,0%	1 10,0%	1 16,7%	2 12,5%	
		ĐK	1 20,0%		1 25,0%			1 11,1%					
	Strep. βH.A	NC	1 14,3%		1 11,1%			1 16,7%		1 10,0%		1 6,2%	
		ĐK											
	Ent.co	NC	1 14,3%									1 6,2%	
		ĐK					1 100%	1 11,1%		1 33,3%			
	Strep. pneu	NC		1 33,3%	1 11,1%	1 50,0%					1 16,7%	2 12,5%	
		ĐK	1 20,0%					1 11,1%			1 25,0%		
Gr (-)	Ent.ba	NC			2 22,2%		2 50,0%		2 25,0%				
		ĐK	2 40,0%	2 100,0%									
Tổng			NC	7 58,3%	3 60,0%	9 69,2%	2 100%	4 80,0%	6 40,0%	4 100%	10 76,9%	6 60,0%	16 100%
			ĐK	5 41,7%	2 40,0%	4 30,8%		1 20,0%	9 60,0%		3 23,1%	4 40,0%	

Kết quả kháng sinh đồ các chủng vi khuẩn trong viêm tấy - áp xe quanh amidan (bảng 3.10) cho thấy: Vi khuẩn nhạy cảm: Gentamycin 100%, vancomycin 100%, cefuroxim 100%, ciprofloxacin 80%. Đề kháng: Erythromycin 60%, ampicillin 41,7%, cefalexin 40%, tetracyclin 40%, ceftriaxon 30,8%. Các tác giả Lê Huỳnh Mai viêm tấy

- áp xe quanh amidan ampicillin còn nhạy cảm 56%, đề kháng 44%. Cefalexin còn nhạy cảm 26,6%, đề kháng 73,4%. Erythromycin chỉ còn nhạy cảm 23%, đề kháng tới 77%, Gentamycin chỉ còn nhạy cảm 16,6%, đề kháng 83,4%, trái lại kết quả của chúng tôi gentamycin còn nhạy cảm 100%. Nhưng phác đồ β-lactamse + gentamycin của Lê

Huỳnh Mai cho kết quả điều trị rất tốt, do đó chúng tôi nghĩ rằng gentamycin vẫn còn là kháng sinh điều trị có hiệu quả [4]. Theo Huỳnh Khắc Cường khuyến cáo nên dùng cefuroxim, cộng với metronidazol [2]. Theo Zagólski O, Gajda M (2008) nhận xét nếu penicillin cộng với metronidazol không hiệu quả thì sự lựa chọn là kháng sinh phổ rộng như clindamycin,... [10]. Theo Hanna BC và cộng sự cho rằng viêm tấy - áp xe quanh amidan liên cầu tan máu hiện diện nhiều nhất và tỷ lệ kháng macrolides là 26% [8].

4. KẾT LUẬN

+ Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm tấy áp xe quanh amidan

- Nam 64,9% cao hơn nữ 35,1% . - Độ tuổi 31-45 chiếm tỷ lệ 51,4% .

- Triệu chứng lâm sàng: nuốt vướng 91,9%, đau họng 100%,

- Điều trị kháng sinh trước vào viện 67,6%.

- Viêm tấy áp xe quanh amidan, bạch cầu $>15.10^9/l$ (54,1%).

- Tỷ lệ cấy có vi khuẩn trong viêm tấy áp xe quanh amidan là 48,6%.

+ Vi khuẩn ái khí và kháng sinh đồ trong viêm tấy áp xe quanh amidan

- Chủng vi khuẩn ái khí hay gặp:

Streptococcus α hemolytic 57,9%, staphylococcus aureus 10,5%, streptococcus pneumoniae 10,5%.

- Kháng sinh đồ: Vi khuẩn nhạy cảm: Gentamycin 100%, vancomycin 100%, cefuroxim 100%, ciprofloxacin 80%. Đề kháng: Erythromycin 60%, ampicillin 41,7%, cefalexin 40%, tetracyclin 40%, ceftriaxon 30,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Trần Anh, Pich (2009), Các biểu hiện lâm sàng và đánh giá điều trị viêm tấy và áp xe quanh amidan trong thời đại dùng kháng sinh tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, *Tạp chí Tai Mũi Họng*, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, Hà Nội, (4), tr.27 - 35.
2. Huỳnh Khắc Cường (2010), *Cập nhật lựa chọn kháng sinh trong điều trị nhiễm trùng Tai Mũi Họng*, Hội thảo khoa học Đà Lạt tháng 12 năm 2009, Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Hữu Khôi (2007), *Viêm họng amidan và amidan viêm*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.06 - 16, 80 - 98, 121 - 126.
4. Lê Huỳnh Mai (2004), Một vài nhận xét về viêm tấy áp xe quanh amidan tại bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh 2001-2002, *Tạp chí Y học*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 8(1), tr.79 - 82.
5. Võ Quang Phúc (2009), *Sử dụng kháng sinh hợp lý trong viêm họng cấp và viêm amidan cấp*, Hội thảo chuyên đề, cập nhật thông tin trong điều trị nhiễm trùng hô hấp-Tai Mũi Họng, Đà Nẵng, tr.01 - 28.
6. Trương Văn Tám, Nguyễn Minh Phi, Phan Tấn Nghị (2003), Viêm tấy áp xe quanh amidan trong 3 năm tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng, *nội san Tai Mũi Họng hội nghị Cần Thơ*, tr.60 - 63.
7. Phạm Văn Vũ (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị biến chứng viêm tấy, áp xe quanh amidan bằng phẫu thuật cắt nóng một thì tại Huế*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Dược Huế, tr.35 - 76.
8. Hanna BC, McMullan R et al (2006), The epidemiology of peritonsillar abscess disease in Northern Ireland, *J Infect*, 52(4), pp.247 - 253.
9. Harzon FS (1998), peritonsillar abscess, *Current therapy in Otolaryngology Head and Neck Surgery*, sixth edition, pp.418 - 421.
10. Zagólski O, Gajda M (2008), The role of anaerobic bacteria in peritonsillar abscesses, *Article in Polish*, 24(140), pp.146 - 148.