EVALUATING THE OUTCOMES OF TONSILLECTOMY IN PATIENTS WITH PERITONSILLAR ABSCESS AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM

Nguyen Van Dung[1], Mai Y Tho[2], Nguyen Quang Trung[2,3*]

[1]*Bac Thang Long Hospital - Group 18, Thu Lam Commune, Hanoi, Vietnam*
[2]*National Otorhinolaryngology Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*
[3]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 20/05/2026
Revised: 19/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the outcomes of tonsillectomy in patients with peritonsillar abscess treated at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam.

Methods: This was a descriptive case series with retrospective and prospective components and no control group, involving 44 patients diagnosed with peritonsillar abscess who underwent tonsillectomy during the acute abscess stage. The study variables included intraoperative blood loss, serum C-reactive protein (CRP) levels, pain intensity assessed using the Visual Analog Scale (VAS), length of hospital stay, and postoperative complications.

Results: Mean intraoperative blood loss was 20.6 ± 7.2 mL. Mean CRP decreased from 98.7 mg/L preoperatively to 9.4 mg/L on postoperative day 5 ($p < 0.001$). Mean VAS decreased from 8.77 ± 0.85 to 0.68 ± 0.67 over the same period ($p < 0.001$). Two patients (4.5%) developed secondary grade I post-tonsillectomy hemorrhage, both were managed conservatively without reoperation. No severe infectious complication was recorded during hospitalization. Mean length of stay was 7.02 ± 1.78 days.

Conclusions: In patients with peritonsillar abscess, particularly those with difficult-to-access abscesses or failure of conservative management, quinsy tonsillectomy was associated with early improvements in clinical symptoms and inflammatory markers, with a low observed complication rate.

Keywords: Peritonsillar abscess; quinsy tonsillectomy; case series; CRP; VAS; treatment outcomes.

*Corresponding author
Email: nguyenquangtrung@hmu.edu.vn **Phone:** (+84) 913318006 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6607

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT AMIDAN Ở BỆNH NHÂN ÁP XE QUANH AMIDAN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Dũng[1], Mai Ý Thơ[2], Nguyễn Quang Trung[2,3*]

[1]*Bệnh viện Bắc Thăng Long - Tổ 18, xã Thư Lâm, Hà Nội, Việt Nam*
[2,3]*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương – Số 78, đường Giải Phóng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 20/05/2026
Ngày sửa: 19/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt amidan ở bệnh nhân áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu kết hợp tiến cứu, không có nhóm đối chứng trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan và được cắt amidan trong giai đoạn áp xe. Các biến số nghiên cứu gồm: lượng máu mất trong phẫu thuật, chỉ số viêm (CRP), mức độ đau (VAS), thời gian nằm viện và biến chứng hậu phẫu.

Kết quả: Lượng máu mất trung bình là 20,6 ± 7,2 ml. CRP trung bình giảm từ 98,7 mg/L trước mổ xuống 9,4 mg/L ở ngày hậu phẫu thứ 5 (p < 0,001). Điểm VAS trung bình giảm từ 8,77 ± 0,85 xuống 0,68 ± 0,67 trong cùng thời gian (p < 0,001). Hai bệnh nhân (4,5%) chảy máu muộn Windfuhr độ I, cả hai được xử trí bảo tồn và không cần phẫu thuật lại. Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng nặng trong thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình là 7,02 ± 1,78 ngày.

Kết luận: Đối với bệnh nhân áp xe quanh amidan có ổ mủ khó tiếp cận hoặc thất bại với việc điều trị bảo tồn thì việc lựa chọn phẫu thuật cắt amidan khi đang áp xe cho thấy cải thiện sớm về triệu chứng lâm sàng và các chỉ số viêm với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Áp xe quanh amidan, cắt amidan trong giai đoạn áp xe, nghiên cứu loạt ca, CRP, VAS, kết quả điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe quanh amidan là biến chứng nhiễm trùng vùng cổ, thường gặp ở người trưởng thành. Nếu không được xử trí kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm tính mạng như viêm trung thất, nhiễm khuẩn huyết hoặc tổn thương mạch máu lớn. Bên cạnh phác đồ điều trị nội khoa và chích rạch dẫn lưu ổ áp xe là phương pháp chủ yếu thì trong những trường hợp ổ mủ khó tiếp cận, có nguy cơ lan rộng hoặc thất bại với điều trị bảo tồn, cắt amidan trong giai đoạn áp xe có thể được cân nhắc để giúp cho bệnh nhân cải thiện nhanh về triệu chứng và giảm thời gian điều trị. Đã có nhiều nghiên cứu quốc tế đưa ra bằng chứng về sự an toàn, không làm tăng tỷ lệ chảy máu hay nguy cơ nhiễm trùng. Ở Việt Nam, các dữ liệu về kết quả sau phẫu thuật cắt amidan trong giai đoạn áp xe còn hạn chế. Do vậy, việc đánh giá hiệu quả và sự an toàn của phương pháp là cần thiết để làm cơ sở bằng chứng cho việc lựa chọn chiến lược điều trị cho phù hợp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 09/2024 đến tháng 02/2026 trên 44 bệnh nhân, gồm 19 trường hợp hồi cứu và 25 trường hợp tiến cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan được phẫu thuật cắt amidan tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

+ Được theo dõi hậu phẫu ngày 1,3,5.

+ Có ghi chép đầy đủ hồ sơ bệnh án

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ.*

+ Áp xe lan rộng nhiều khoang cổ sâu hoặc lan xuống phía dưới xương móng (dưới hàm, dưới cằm, sau hầu lan xuống trung thất)

+ Nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm trùng toàn thân nặng.

+ Bệnh nhân có rối loạn đông máu.

+ Hồ sơ không đủ dữ liệu cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu kết hợp tiến cứu, không có nhóm đối chứng.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.

- Đặc điểm triệu chứng cơ năng, thực thể

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: thời gian nằm viện; số lượng máu mất trong phẫu thuật; chỉ số viêm, cường độ đau trước và sau phẫu thuật, biến chứng chảy máu (theo Windfuhr) [1]

2.4. Nhập và xử lý số liệu

Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Kiểm định Shapiro–Wilk được sử dụng để đánh giá phân bố chuẩn của dữ liệu. So sánh các giá trị trước và sau phẫu thuật được thực hiện bằng kiểm định Paired Samples t-test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng thông qua đề cương Thạc sỹ định hướng ứng dụng của Trường Đại học Y Hà Nội và

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenquangtrung@hmu.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 913318006 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6607

Hội đồng khoa học của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu gồm 44 bệnh nhân (33 nam, 11 nữ, tỷ lệ nam/nữ=3/1), tuổi trung bình 43,57 ± 14,6 (6-70 tuổi). 29/44 bệnh nhân (65,9%) từ 40 tuổi trở lên.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng thường gặp của áp xe quanh amidan là nuốt đau 44/44 BN (100%), nuốt vướng gặp 32/44 BN (72,7%), thay đổi giọng nói, nói giọng ngậm hạt thị gặp 24/44 BN (54,5%), há miệng hạn chế 21/44BN (47,7%)

3.3. Các chỉ định phẫu thuật cắt amidan

Bảng 1. Chỉ định cắt amidan

Chỉ định cắt amidan	n	%
Ổ áp xe lan khu trú vào khoang bên họng	15	34,1
Biến chứng nguy cơ đường thở	10	22,7
Chích rạch không thành công	15	34,1
Điều trị nội khoa + chọc hút chích rạch đáp ứng chậm sau 48h	4	9,1
Không hợp tác chích rạch	3	6,8
Áp xe quanh amidan tái phát	8	18,2

Chỉ định thường gặp nhất là áp xe lan vào khoang bên họng và chích rạch không thành công (cùng 34,1%), tiếp theo là nguy cơ đường thở (22,7%), đáp ứng chậm sau 48 giờ điều trị (9,1%) và áp xe tái phát (18,2%); không hợp tác dẫn lưu tại chỗ chiếm 6,8%. Một người bệnh có thể có nhiều chỉ định.

3.4. Kết quả sớm sau phẫu thuật

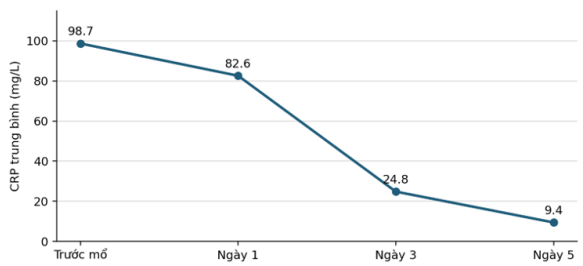
3.4.1. Lượng máu mất trong mổ

Bảng 2. Phân bố lượng máu mất trong mổ

Lượng máu mất	n	%
< 20ml	25	56,8
20 – 30ml	13	29,6
>30ml	6	13,6
N	44	100

Lượng máu mất trung bình là 20,6 ± 7,2 ml. Có 25/44 bệnh nhân (56,8%) mất dưới 20 mL máu trong mổ.

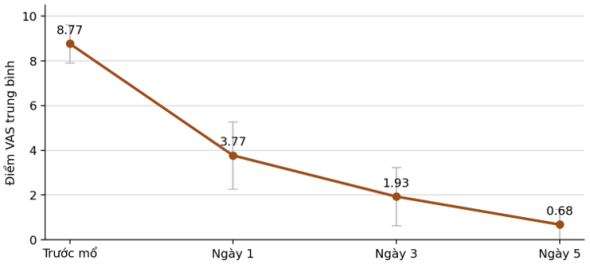
3.4.2. Nồng độ CRP



Biểu đồ 1. CRP trung bình trước và sau phẫu thuật

CRP trung bình trước phẫu thuật là 98,7 mg/L, dao động từ 10 đến 279 mg/L. Giá trị trung bình ở các ngày hậu phẫu 1, 3 và 5 lần lượt là 82,6 mg/L, 24,8 mg/L và 9,4 mg/L. So với trước phẫu thuật, CRP trung bình giảm 89,3 mg/L vào ngày hậu phẫu thứ 5; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.4.3. Mức độ đau



Biểu đồ 2. Điểm VAS trung bình trước và sau phẫu thuật

Điểm VAS trung bình giảm từ 8,77 ± 0,85 trước phẫu thuật xuống 3,77 ± 1,50 ở ngày 1, 1,93 ± 1,30 ở ngày 3 và 0,68 ± 0,67 ở ngày 5. Mức giảm từ trước phẫu thuật đến ngày hậu phẫu thứ 5 có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

3.4.4. Thời gian nằm viện

Bảng 3. Thời gian nằm viện

Thời gian điều trị trung bình	n	%
≤ 7 ngày	30	68,2
8 - 10 ngày	13	29,5
> 10 ngày	1	2,3
Ngày điều trị trung bình	7,02 ± 1,78	

Thời gian nằm viện trung bình là 7,02 ± 1,78 ngày. Có 30/44 bệnh nhân (68,2%) nằm viện không quá 7 ngày; một bệnh nhân nằm viện 15 ngày.

3.4.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4. Chảy máu sau phẫu thuật

Chảy máu hậu phẫu	n	%
Có chảy máu	2	4,5
Không chảy máu	42	95,5
Tổng	44	100

Hai bệnh nhân (4,5%) chảy máu muộn vào ngày hậu phẫu thứ 2, đều thuộc Windfuhr độ I. Cả hai được xử trí bảo tồn bằng chườm lạnh và theo dõi, không cần phẫu thuật lại hoặc truyền máu. Không ghi nhận sốt kéo dài, nhiễm trùng lan rộng, nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm trùng trong thời gian nằm viện.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 43,57 ± 14,6 (từ 6 đến 70 tuổi), với nhóm tuổi trên 40 chiếm đa số (65,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà (43,78 ± 14,53 tuổi) [2]. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 3/1. Điều này phù hợp với nhận định của Hahn và Knipping, có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá và vệ sinh răng miệng kém hơn so với nữ giới, làm thay đổi môi trường vi khuẩn vùng họng miệng [3,4].

Nuốt đau là triệu chứng phổ biến nhất (100%) tiếp đến là nuốt vướng (72,7%), nói giọng ngậm hạt thị (54,5%) và há miệng hạn chế là những dấu hiệu chỉ điểm quan trọng của tình trạng áp xe quanh amidan. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với mô tả của Lê Huỳnh Mai và Nguyễn Thái Hà [2,5].

4.2. Các chỉ định phẫu thuật cắt amidan

Trong nghiên cứu này kháng sinh kết hợp chọc hút hoặc chích rạch vẫn là hướng xử trí ban đầu khi ổ mủ có thể tiếp cận. Phẫu thuật được cân nhắc khi ổ mủ lan khu trú vào khoang bên họng, có nguy cơ ảnh hưởng đường thở, chích rạch không dẫn lưu được mủ, đáp ứng chậm sau điều trị bảo

tồn, người bệnh không hợp tác với dẫn lưu tại chỗ hoặc có áp xe tái phát.

Ổ áp xe lan khu trú vào khoang bên họng và chích rạch dẫn lưu không thành công là hai chỉ định thường gặp nhất, cùng chiếm 34,1%. Licameli và Grillone lưu ý rằng ổ áp xe ở vị trí thấp có thể khó tiếp cận và liên quan đến lan vào các khoang vùng cổ [6]. Trong nghiên cứu của Amernik và cộng sự, cắt amidan tức thì được thực hiện ở những trường hợp không cải thiện sau chích rạch và kháng sinh, đồng thời phẫu thuật phát hiện hoặc dẫn lưu thêm các ổ mủ chưa được xử trí đầy đủ.[7] Những dữ liệu này hỗ trợ vai trò chọn lọc của phẫu thuật, nhưng không thay thế dẫn lưu tại chỗ như lựa chọn ban đầu ở các trường hợp có thể tiếp cận.

4.3. Kết quả sớm và biến chứng ghi nhận

Lượng máu mất trong phẫu thuật ước lượng trung bình khoảng 20,6 ± 7,2 ml. Lượng máu mất trung bình lớn hơn so với cắt amidan không áp xe cùng sử dụng dao điện như tác giả Nguyễn Tuấn Sơn (6,22ml) tuy nhiên lượng máu mất không ảnh hưởng đến huyết động của bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân đều được cầm máu tốt và không có bệnh nhân nào cần khâu cầm máu [8].

Các chỉ số viêm và mức độ đau giảm rõ rệt sau phẫu thuật. Nồng độ CRP giảm có ý nghĩa thống kê trong giai đoạn hậu phẫu sớm, tương đồng với báo cáo của Amernik và cộng sự [7]. Trong quá trình theo dõi nằm viện, chúng tôi không ghi nhận trường hợp sốt kéo dài sau phẫu thuật, nhiễm trùng lan rộng, nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm trùng.

Điểm đau VAS giảm mạnh từ mức 8,77 ± 0,85 trước mổ xuống mức 3,77 ± 1,5 ngay trong ngày đầu hậu phẫu và tiệm cận mức không đau (0,68 ± 0,67) vào ngày thứ 5.

Thời gian nằm viện trung bình là 7,02 ngày. Phần lớn bệnh nhân có thời gian điều trị ≤ 7 ngày (68,2%). Các trường hợp nằm viện kéo dài là các trường hợp có ổ áp xe lan rộng hoặc có bệnh lý kèm theo khiến việc hợp tác điều trị hạn chế nên cần theo dõi hậu phẫu kéo dài.

Hai trường hợp chảy máu muộn Windfuhr độ I tương ứng tỷ lệ 4,5%; cả hai không cần can thiệp lại. Tỷ lệ này cũng gần với tỷ lệ 6,2% trong nghiên cứu của Phạm Văn Vũ [9], nhưng cỡ mẫu nhỏ không cho phép kết luận hai tỷ lệ tương đương. Phân tích gộp của Tsikopoulos và cộng sự không phát hiện khác biệt có ý nghĩa thống kê về chảy máu giữa cắt amidan giai đoạn áp xe và cắt amidan có kế hoạch.[10] Nghiên cứu hiện tại chỉ ghi nhận biến chứng trong thời gian nằm viện, do đó chưa đánh giá đầy đủ chảy máu sau ra viện hoặc các kết quả dài hạn.

4.4. Hạn chế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh không có nhóm đối chứng do đó chưa thể so sánh với các phương pháp điều trị khác. Ngoài ra, trong quá trình điều trị còn ảnh hưởng của phác đồ kháng sinh và các biện pháp chăm sóc hậu phẫu nên chưa thể đánh giá riêng biệt.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu với 44 bệnh nhân được lựa chọn, cắt amidan trong giai đoạn áp xe đi kèm với sự giảm điểm VAS và nồng độ CRP đến ngày hậu phẫu thứ 5. Hai trường hợp chảy máu muộn Windfuhr độ I được ghi nhận và đều không cần phẫu thuật lại; không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng nặng trong thời gian theo dõi nằm viện. Kết quả gợi ý cắt amidan trong giai đoạn áp xe có thể là một lựa chọn ở những bệnh nhân có ổ mủ khó tiếp cận, dẫn lưu tại chỗ không thành công, đáp ứng chậm với điều trị bảo tồn hoặc có nguy cơ ảnh hưởng đường thở. Cần nghiên cứu có nhóm so sánh và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả và độ an toàn tương đối của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Windfuhr J, Seehafer M. Classification of haemorrhage following tonsillectomy. J Laryngol Otol. 2001 Jun;115(6):457–61. doi:10.1258/0022215011908162 PubMed PMID: 11429068.

[2] Hà NT, San NN. 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. TCNCYH. 2024 Oct 15;182(9):86–96. doi:10.52852/tcncyh.v182i9.2619

[3] Hahn J, Barth I, Wigand MC, Mayer B, Hoffmann TK, Greve J. The Surgical Treatment of Peritonsillar Abscess: A Retrospective Analysis in 584 Patients. Laryngoscope. 2021 Dec;131(12):2706–12. doi:10.1002/lary.29677 PubMed PMID: 34111309.

[4] Knipping S, Passmann M, Schrom T, Berghaus A. Abscess tonsillectomy for acute peritonsillar abscess. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2002;123(1):13–6. PubMed PMID: 12200993.

[5] Lê Huỳnh Mai. Một vài nhận xét về viêm tấy áp xe quanh amiđan tại bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh 2001- 2002. Tạp chí Y học. 2004;8(1):79–82.

[6] Licameli GR, Grillone GA. Inferior pole peritonsillar abscess. Otolaryngol Head Neck Surg. 1998 Jan;118(1):95–9. doi:10.1016/S0194-5998(98)70381-X PubMed PMID: 9450835.

[7] Amernik K, Sindrewicz K, Jaworowska E. Hot or immediate tonsillectomy: a safe and effective method for treatment of acute tonsillitis complications. Vol. 2. 2016;2(4):105–8. doi:10.17140/OTLOJ-2-123

[8] Nguyễn Tuấn Sơn và cs. Đánh giá kết quả cắt amiđan bằng dao điện kim đơn cực. Vol. 914. 2014;914(4):191–3.

[9] Phạm Văn Vũ. 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 tại Huế. In. TP Huế: Trường Đại học Y dược Huế; 2008.

[10] Tsikopoulos A, Fountarlis A, Tsikopoulos K, Dilmperis F, Garefis K, Tsikopoulos I, et al. Immediate or interval abscess tonsillectomy? A systematic review and meta-analysis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2022 May;279(5):2245–57. doi:10.1007/s00405-022-07294-x PubMed PMID: 35169892.