

giảm tỷ lệ rối loạn đông máu. Tuy nhiên, men gan vẫn có xu hướng tăng do diễn tiến của bệnh.[8]

Thời điểm bắt đầu truyền albumin 5% trung bình là 17,13 giờ, tổng lượng dịch đã truyền trước đó là 112 ml/kg, trong đó CPT là 76 ml/kg. Thời điểm bắt đầu truyền albumin 5% có tổng lượng dịch nhiều, điều này có thể lý giải tình trạng suy hô hấp, ứ đọng phế nang tiến triển. Liều lượng albumin 5% trung vị 28,5 ml/kg trong thời gian truyền trung vị 15 giờ. Không ghi nhận tác dụng phụ dị ứng trong quá trình truyền albumin 5%.

V. KẾT LUẬN

Albumin 5% là lựa chọn an toàn và có hiệu quả trong hồi sức sốc SXHD ở trẻ em, đặc biệt trong các trường hợp kém đáp ứng với dung dịch tinh thể và CPT. Cần có nghiên cứu đối chứng để củng cố giá trị của liệu pháp này trong thực hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Thế giới.** Dengue and severe dengue. 2024; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.

2. **Bộ Y tế,** Cẩm nang điều trị Sốt xuất huyết Dengue. 2019, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. **Bộ Y tế,** Quyết định Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Sốt xuất huyết Dengue. 2023.
4. Anderson, C.C., S. Kapoor, and T.E. Mark, The Harriet Lane Handbook E-Book: The Harriet Lane Handbook E-Book. 2023; Elsevier Health Sciences.
5. **Lý Hòa Anh Minh,** Đánh giá đáp ứng điều trị của albumin cho bệnh nhi SXHD nặng tại khoa Nhiễm bệnh viện Nhi đồng Thành phố. Tạp chí Nhi khoa, 2024. 17.
6. **Nguyễn Văn Hào,** Nghiên cứu biến đổi albumin máu với tình trạng tăng tính thấm thành mạch, rối loạn đông máu trong bệnh nhiễm dengue người lớn. 2017, Trường Đại học Y Dược TP.HCM.
7. **Nguyễn Minh Tiên,** Khảo sát thay đổi huyết động, tình trạng hô hấp, điện giải, kiềm toan và rối loạn đông máu ở bệnh nhân sốc sốt xuất huyết dengue điều trị dung dịch albumin 10% tại bệnh viện nhi đồng thành phố. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 2025(49): p. 27-33.
8. **Lê Phước Truyền,** Prognostic value of N-terminal pro B-type natriuretic peptide and troponin I in children with dengue shock syndrome. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, 2024. 17(4): p. 166-172.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH AMIDAN TRONG 72 GIỜ ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Liệu¹, Nguyễn Lê Hoa², Cao Hương Quỳnh³,
Nguyễn Tuấn Anh³, Đỗ Bá Hưng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 136 bệnh nhân áp xe quanh amidan được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/07/2024 đến 30/06/2025 với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị áp xe quanh amidan trong 72 giờ đầu. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 45,16 ± 14,80; tỉ lệ nam/nữ là 2,68/1. Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện là 5,2 ± 3,2 ngày, phần lớn bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi nhập viện (86%). Một số yếu tố khởi phát và ảnh hưởng tới tình trạng bệnh: Viêm amidan tái diễn (27,9%), đái tháo đường (11%). Phác đồ kháng sinh phổ biến gồm hai loại phối hợp giữa một kháng sinh phổ rộng và một loại chống vi khuẩn kỵ khí (76,4%), trong đó hay dùng là Quinolone kết hợp Metronidazol với 60,3%, có 22,1% phối hợp 3 kháng sinh, chỉ 1,5% dùng đơn kháng sinh. Kết quả

điều trị trong 72 giờ đầu tương đối tốt với: 53,7% đáp ứng tốt, 34,6% trung bình và chỉ có 11,8% đáp ứng kém, không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các phác đồ kháng sinh. **Từ khóa:** Áp xe quanh amidan, vi khuẩn, kháng sinh, kết quả điều trị

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY TREATMENT OUTCOMES OF PERITONSILLAR ABSCESS WITHIN THE FIRST 72 HOURS AT THE NATIONAL ENT HOSPITAL

This study was conducted on 136 patients with peritonsillar abscess treated at the National Otorhinolaryngology Hospital from July 1, 2024, to June 30, 2025, with the objective of evaluating treatment outcomes within the first 72 hours. The mean age of participants was 45.16 ± 14.80 years, the male/female ratio is 2.68/1. The mean duration of symptoms before admission was 5.2 ± 3.2 days; 86% of patients had received antibiotics prior to hospitalization. Potential triggering and contributing factors included recurrent tonsillitis (27.9%) and diabetes mellitus (11%). The most common antibiotic regimen involved a combination of a broad-spectrum antibiotic with an agent active against anaerobes (76.4%), most frequently quinolone plus metronidazole (60.3%); triple-antibiotic combinations

¹Bệnh viện Nhi Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược – Đại Học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Bá Hưng

Email: dobahung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

were used in 22.1%, and monotherapy in only 1.5% of cases. Treatment outcomes within 72 hours were generally favorable, with good response in 53.7%, moderate response in 34.6%, and poor response in only 11.8%. No statistically significant difference in outcomes was observed between different antibiotic regimens. **Keywords:** Peritonsillar abscess, bacteria, antibiotics, treatment outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe quanh amidan là tình trạng tụ mủ khu trú giữa bao amidan và cơ siết họng trên, thường là biến chứng tại chỗ của viêm amidan cấp hoặc đợt cấp của viêm amidan mạn tính, một số trường hợp ít gặp hơn có thể do viêm nhiễm lan từ răng khôn hàm dưới.^{1,2} Đây là một trong những bệnh lý nhiễm trùng cổ sâu phổ biến nhất và được xếp vào nhóm cấp cứu Tai mũi họng thường gặp do nguy cơ biến chứng nặng nếu không được điều trị kịp thời. Các biến chứng nguy hiểm có thể bao gồm viêm tấy hoặc áp xe khoang cạnh họng, khoang trước sống, viêm trung thất, viêm phổi, nhiễm trùng huyết...³

Tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng ổn định hoặc tăng nhẹ tại nhiều quốc gia. Theo thống kê, mỗi năm Đan Mạch ghi nhận khoảng 2.000 ca áp xe quanh amidan; tại Mỹ, tỷ lệ mắc khoảng 30 trường hợp trên 100.000 dân³. Tại Việt Nam, số liệu ghi nhận tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ năm 2001–2002 cho thấy có 214 ca đến khám và điều trị⁴, trong khi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, riêng năm 2024 đã tiếp nhận và điều trị 194 bệnh nhân áp xe quanh amidan, chiếm tới 8% tổng số bệnh nhân nội trú tại khoa cấp cứu.

Bệnh do vi khuẩn gây ra, bao gồm cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm, hiếu khí và kỵ khí. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra rằng liên cầu là nhóm vi khuẩn phổ biến nhất gây bệnh, trong đó *Streptococcus viridans* và *S. pyogenes* thường được nhắc đến^{2,5}. Đặc biệt, các vi khuẩn kỵ khí như *Fusobacterium necrophorum* ngày càng được xác định là căn nguyên chủ đạo trong nhiều báo cáo gần đây⁶. Theo thống kê của Tsai (2018), tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí trong các ca áp xe quanh amidan đã tăng từ 25% (giai đoạn 1990–1995) lên 49,35% (giai đoạn 2008–2013)⁶.

Sự gia tăng tỷ lệ kháng kháng sinh cũng đang trở thành thách thức lớn trong điều trị, một phần do lạm dụng kháng sinh trong cộng đồng và hậu quả của đại dịch COVID-19. Thay đổi trong hệ vi sinh vùng hầu họng sau nhiễm SARS-CoV-2 cũng được giả thuyết là yếu tố góp phần làm thay đổi đặc điểm vi khuẩn học của áp xe quanh amidan⁷.

Trong điều trị, mặc dù dẫn lưu mủ vẫn là phương pháp chủ yếu, việc lựa chọn kháng sinh

ban đầu mang tính kinh nghiệm vẫn chưa thống nhất. Tại nhiều quốc gia, các phác đồ điều trị khác nhau được áp dụng, từ đơn trị liệu với penicillin đến phối hợp kháng sinh phổ rộng với thuốc kháng vi khuẩn kỵ khí như metronidazol, quinolon hay cephalosporin thế hệ 3.^{8,9} Trong nước, cũng chưa có hướng dẫn điều trị chuẩn hóa cho nhóm bệnh nhân này, đặc biệt trong giai đoạn điều trị ban đầu.

Do đó, việc đánh giá kết quả điều trị trong 72 giờ đầu - giai đoạn quan trọng để theo dõi hiệu quả lâm sàng, điều chỉnh kháng sinh và dự phòng biến chứng là rất cần thiết. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương nhằm mục tiêu cung cấp dữ liệu thực tiễn về đáp ứng điều trị, hiệu quả của các phác đồ kháng sinh hiện hành, từ đó góp phần hoàn thiện chiến lược điều trị áp xe quanh amidan tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 136 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe quanh amidan, được điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định áp xe quanh amidan dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng hoặc chọc hút có mủ.

- Được lấy mủ nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ theo tiêu chuẩn tại khoa vi sinh bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương.

- Có đủ dữ liệu theo dõi lâm sàng trong 72 giờ đầu sau điều trị.

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán viêm amidan cấp hoặc viêm tấy quanh amidan.

- Bệnh nhân không được nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy nội soi Tai Mũi Họng, máy chụp cắt lớp vi tính, bộ dụng cụ trích rạch áp xe quanh amidan, hệ thống máy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ tự động.

2.2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu được thể hiện dưới dạng trung bình, tỉ lệ phần trăm. Sự khác biệt về tỷ lệ và trung bình giữa các nhóm được phân tích bằng Fisher's Exact test, Wilcoxon

signed rank test. Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0 của công ty IBM chi nhánh Việt Nam, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

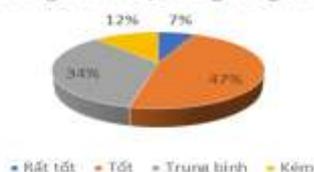
2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được Hội đồng chăm đề cương nghiên cứu thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Bệnh nhân hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu và tất cả thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Gồm 136 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $45,16 \pm 14,80$ tuổi, tuổi thấp nhất là 14 tuổi, lớn tuổi nhất là 77 tuổi, tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động từ 30-60 với 81,6%. Phân bố theo giới: Nam: 99 bệnh nhân (72,8%); Nữ: 37 bệnh nhân (27,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,68/1. Thời gian bị bệnh trung bình trước khi vào viện là $5,24 \pm 3,24$, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 21 ngày. Điều trị trước khi nhập viện: 117/136 bệnh nhân (86%) đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện, có 11/136 bệnh nhân (8,1%) được điều trị nội khoa kết hợp với chọc hút hoặc chích rạch mủ ở tuyến dưới. Một số yếu tố nguy cơ và yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng bệnh: viêm amidan tái diễn 36/136 bệnh nhân (27,9%), tiền sử bị áp xe quanh amidan 2/136 bệnh nhân (1,5%), mắc bệnh lí làm suy giảm miễn dịch toàn thân (đái tháo đường, suy tuyến thượng thận, ung thư đang hóa xạ trị) 17/136 bệnh nhân (12,5%), trong đó đái tháo đường là 15/136 bệnh nhân (11,0%).

3.2. Kết quả điều trị trong 72 giờ đầu

Đáp ứng điều trị trong 72 giờ đầu



Biểu đồ 3.1. Đáp ứng điều trị trong 72 giờ đầu

Kết quả điều trị trong 72 giờ đầu là khá tốt với nhóm đáp ứng tốt đến rất tốt chiếm tỉ lệ 53,7%, nhóm đáp ứng trung bình chiếm 34,6%, nhóm đáp ứng kém chỉ chiếm 11,8%.

Bảng 3.1. Diễn biến triệu chứng lâm sàng chính trong 72 giờ đầu

Triệu chứng	Diễn biến sau 72 giờ	Giảm (%)	Tăng (%)	Không thay đổi (%)
Mức độ sốt		9,6	0	90,4
Đau họng		97,1	0,7	2,2
Nuốt đau		97,1	0,7	2,2

Nuốt vướng	95,6	0	4,4
Đau tai	63,2	0,7	36,1
Há miệng hạn chế	90,4	0	9,6
Tăng tiết nước bọt	80,9	0	19,1
Thay đổi giọng nói	80,1	0	19,9
Trụ sưng nề	69,9	0	30,1
Amidan bị đẩy lệch	84,6	0	15,4
Lưỡi gà bị đẩy lệch	83,8	0	16,2
Màn hầu sưng nề	75,7	0	24,3

Hầu hết các triệu chứng cơ năng đều giảm sau 72 giờ điều trị với tỉ lệ giảm từ trên 60% đến trên 90%, duy nhất triệu chứng sốt có 90,4% là không thay đổi, lí do là đa phần bệnh nhân đến viện đều không sốt, sự thay đổi này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$.

Bảng 3.2. Thay đổi về cận lâm sàng và lượng mủ từ ổ áp xe sau 72 giờ đầu

	Bạch cầu (G/l)	CRP (mg/l)	Lượng mủ (ml)
Trước điều trị	$15,4 \pm 4,4$	$72,84 \pm 63,54$	$6,45 \pm 4,76$
Sau điều trị 72 giờ	$11,4 \pm 3,2$	$37,78 \pm 42,66$	$0,89 \pm 2,18$

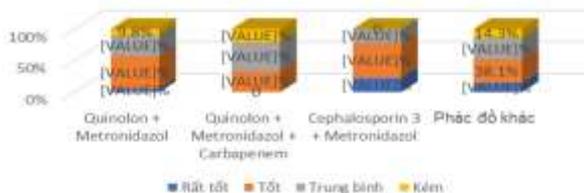
Số lượng bạch cầu trung bình trước điều trị là $15,4 \pm 4,4$ G/l, sau điều trị 72 giờ giảm xuống còn $11,4 \pm 3,2$ G/l, CRP trước điều trị trung bình là $72,8 \pm 63,54$ mg/l, sau điều trị còn $37,78 \pm 42,66$ mg/l, lượng mủ ngày đầu tiên trích rạch trung bình là $6,45 \pm 4,76$ ml, sau điều trị giảm còn $0,89 \pm 2,18$ ml, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị. Hầu hết các phác đồ điều trị bao gồm hai kháng sinh phối hợp trở lên chiếm 134/136 ca (98,5%), trong đó 2 loại kháng sinh phối hợp chiếm phần lớn với 105/136 bệnh nhân (76,4%), 3 loại kháng sinh kết hợp chiếm số lượng tương đối 30/136 bệnh nhân (22,1%), chỉ có 2/136 bệnh nhân (1,5%) là dùng 1 loại kháng sinh. Thông thường các phác đồ điều trị bao gồm một loại kháng sinh có phổ tác dụng chọn lọc với vi khuẩn kỵ khí thường là metronidazol kết hợp với loại kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng như nhóm cephalosporin thế hệ 3, quinolon hay carbapenem. Trong đó phác đồ hai kháng sinh gồm quinolon (hay dùng levofloxacin) phối hợp metronidazol được sử dụng phổ biến nhất với tỉ lệ 60,3% (82/136), tiếp theo là phác đồ 3 kháng sinh quinolon kết hợp metronidazol và carbapenem với 17,7%, cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol khá ít 6,6%, còn lại là đa dạng các cách phối hợp kháng sinh khác với 15,4%.

Với phác đồ quinolon kết hợp metronidazol mức độ đáp ứng lần lượt là: rất tốt 4,9%, tốt 52,4%, trung bình 32,9% và kém 9,8%; phác đồ quinolon phối hợp metronidazol và carbapenem

kết quả điều trị là: tốt 33,3%, trung bình 45,8%, kém 20,9%; phác đồ cephalosporin thế hệ 3 kết hợp metronidazol cho kết quả: rất tốt 22,2%, tốt 55,6%, trung bình 22,2%. Các phác đồ còn lại cũng cho kết quả tương tự với đáp ứng rất tốt 14,3%, tốt 38,1%, trung bình 33,3% và kém 14,3%. Kết quả điều trị của các phác đồ thường dùng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,142 > 0,05$).

Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị



Biểu đồ 3.2. Liên quan giữa phác đồ điều trị và kết quả điều trị

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của bệnh nhân áp xe quanh amidan. Tuổi trung bình bệnh nhân là $45,16 \pm 14,80$, chủ yếu ở độ tuổi lao động (81,6%), nam giới chiếm ưu thế với tỉ lệ nam/nữ là 2,68/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà (2024) khi bệnh nhân chủ yếu là nam và trong độ tuổi trung niên.¹⁰

Thời gian mắc bệnh trung bình trước nhập viện là $5,2 \pm 3,2$ ngày. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh trước nhập viện lên tới 86,0%, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Điều này phản ánh thực trạng lạm dụng kháng sinh tại Việt Nam do thuốc dễ tiếp cận mà không cần kê đơn.

Về kết quả điều trị trong 72 giờ đầu của áp xe quanh amidan. 98,5% bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp ≥ 2 loại kháng sinh, chủ yếu là quinolon kết hợp metronidazol (60,3%). So sánh với nghiên cứu của R. Bigdeli (Úc, 2021), phác đồ hai kháng sinh phổ biến là penicillin và metronidazol (37%), trong khi ở S. Takano (Nhật Bản, 2020), penicillin phối hợp clindamycin là chủ yếu.^{8,9} Sự khác biệt có thể do đặc điểm vi khuẩn học và tình hình kháng kháng sinh khác nhau giữa các quốc gia.

Đáp ứng điều trị sau 72 giờ nhìn chung tích cực: >70% bệnh nhân cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Riêng triệu chứng sốt không thay đổi nhiều do phần lớn bệnh nhân không sốt khi nhập viện. Các chỉ số viêm (bạch cầu, CRP) giảm rõ rệt, lượng mủ giảm từ $6,45 \pm 4,76$ ml còn $0,89 \pm 2,18$ ml.

Về kết quả tổng thể, 53,7% bệnh nhân đáp ứng tốt – rất tốt, 34,6% trung bình, và chỉ 11,8% đáp ứng kém. Không có sự khác biệt

đáng kể về hiệu quả điều trị giữa các phác đồ kháng sinh ban đầu – phù hợp với kết luận của R. Bigdeli, hiệu quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào dẫn lưu mủ kịp thời, trong khi kháng sinh đóng vai trò hỗ trợ.⁸

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu mủ ngay trong ngày đầu, cùng với việc sử dụng metronidazol phổ biến – kháng sinh hiệu quả với vi khuẩn kỵ khí góp phần làm tăng tỷ lệ cải thiện triệu chứng trong 72 giờ đầu.

V. KẾT LUẬN

Áp xe quanh amidan thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động. Bệnh nhân thường đến viện muộn (sau trung bình 5 ± 3 ngày) và đa số đã sử dụng kháng sinh trước nhập viện. Yếu tố khởi phát phổ biến là viêm amidan tái diễn (27,9%) và các bệnh lý suy giảm miễn dịch như đái tháo đường (11,0%).

Về điều trị, phần lớn bệnh nhân được dùng phác đồ phối hợp hai kháng sinh (76,4%), chủ yếu gồm một kháng sinh phổ rộng và metronidazol; 22,1% dùng ba kháng sinh, trong khi đơn trị liệu rất hiếm (1,5%). Sau 72 giờ, tỉ lệ đáp ứng tốt đạt 53,7%, trung bình 34,6%, và kém chỉ 11,8%. Không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả giữa các phác đồ. Nhìn chung, các phác đồ hiện tại vẫn đạt hiệu quả điều trị tương đối tốt trong 72 giờ đầu.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Khi điều trị áp xe quanh amidan nên lựa chọn kháng sinh đầu tay theo kinh nghiệm là cephalosporin thế hệ 3 hoặc nhóm penicillin. 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 cũng như tính hiệu quả hiện nay trong điều trị.

Nghiên cứu này đã cung cấp thông tin hữu ích về kết quả điều trị áp xe quanh amidan trong 72 giờ đầu. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu có thể phân lập được vi khuẩn kỵ khí để đánh giá toàn diện về đặc điểm vi khuẩn gây bệnh, và các nghiên cứu khác xác định rõ hơn các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị để tối ưu hóa phác đồ điều trị cho bệnh nhân áp xe quanh amidan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galioto NJ.** Peritonsillar Abscess. Am Fam Physician. 2017;95(7):501-506.
2. **Klug TE, et al.** The bacteriology of peritonsillar abscess. J Clin Microbiol. 2009;47(8):2329-2333.
3. **Johnson RF, Stewart MG.** The contemporary approach to diagnosis and management of peritonsillar abscess. Curr Opin Otolaryngol Head

- Neck Surg. 2005;13(3):157-160.
4. **Trương Kim Tri.** Nghiên cứu vi khuẩn gây áp xe quanh amidan tại TP.HCM. Tạp chí Y học Việt Nam. 2003.
 5. **Sowerby LJ, Hussain Z.** Microbiology and antibiotic resistance of peritonsillar abscesses. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;42:43.
 6. **Tsai YT, et al.** Increasing prevalence of anaerobes in peritonsillar abscess: A 24-year retrospective study. J Microbiol Immunol Infect. 2018;51(1):74-79.
 7. **Klug TE, et al.** Changes in peritonsillar abscess microbiology after COVID-19 lockdown. Clin Otolaryngol. 2021;46(6):1141-1145.
 8. **Bigdeli R, et al.** Review of management of peritonsillar abscess in Australia. ANZ J Surg. 2022;92(1-2):79-84.
 9. **Takano S, et al.** Comparison of two-drug regimens in treatment of peritonsillar abscess. J Infect Chemother. 2019;25(4):296-300.
 10. **Hà N. T. & San N. N.** Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học áp xe quanh amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ 01/09/2023 đến 31/03/2024. TCNCYH 182, 86-96 (2024).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SÓN TIỂU CHO PHỤ NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TOT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Đức¹, Nguyễn Quảng Bắc^{2,3,4}, Lê Đức Duy⁵, Vũ Thùy Linh⁵, Vũ Ngọc Mai², Ngô Toàn Anh², Nguyễn Quang Minh²

TÓM TẮT

Són tiểu là một gánh nặng tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, gây rối loạn sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Điều trị són tiểu gắng sức bằng phương pháp TOT cho đến nay đã trở thành lựa chọn đầu tiên trong điều trị són tiểu gắng sức vì dễ thực hiện, ít xâm nhập, có thể điều chỉnh và có hiệu quả cao. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TOT trong điều trị són tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu hồi cứu trên 92 bệnh nhân từ 1/2022 đến 31/12/2023 được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,6±9,6 tuổi. BMI trung bình ở nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,7±2,1. Bệnh nhân mắc són tiểu không gắng sức ở mức độ trung bình với 83,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 40,3±14,3 phút. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 94,6%. Tổng số những trường hợp còn són tiểu sau khi ho hoặc gắng sức sau 12 tháng theo dõi là 5, trong đó có 2 trường hợp vẫn còn cảm giác buồn tiểu. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TOT là phương pháp hiệu quả đối với các bệnh nhân được chẩn đoán són tiểu gắng sức với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: TOT, són tiểu gắng sức, phẫu thuật, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF URINARY

¹Bệnh viện Thu Cúc

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁵Phòng khám Sản phụ khoa Hoàng Cầu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

INCONTINENCE SURGICAL MANAGEMENT BY TOT METHOD AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Urinary incontinence is a psychological burden that reduces the quality of life and disrupts the daily activities of patients. Treatment of stress urinary incontinence by TOT has become the first choice in the treatment of stress urinary incontinence because it is easy to perform, less invasive, adjustable and highly effective. **Objective:** To evaluate the effectiveness of TOT surgery in the treatment of stress urinary incontinence in women at the National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methodology:** Using a retrospective study design on 92 patients from January 2022 to December 31, 2023, who underwent surgery at the Central Obstetrics Hospital. **Results:** The average age of patients in the study was 54.6±9.6 years old. The average BMI in the study group was 22.7±2.1. Patients with moderate stress urinary incontinence accounted for 83.7%. The mean surgical time was 40.3±14.3 minutes. The surgical success rate was 94.6%. The total number of cases with urinary incontinence after coughing or straining after 12 months of follow-up was 5, of which 2 cases still had the feeling of needing to urinate. **Conclusion:** Surgical treatment by TOT is an effective method for patients diagnosed with stress urinary incontinence with a low complication rate.

Keywords: TOT, Urinary incontinence, surgery, National hospital of Obstetrics and Gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu không tự chủ do căng thẳng (SUI) được Hiệp hội Kiểm soát Tiểu tiện Quốc tế (ICS) định nghĩa là tình trạng mất nước tiểu không tự chủ trong quá trình gắng sức về thể chất, chẳng hạn như khi ho, hắt hơi, cười hoặc chạy.¹ Són tiểu là một gánh nặng tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, gây rối loạn sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Phụ nữ bị són tiểu cảm thấy giảm tự tin vào bản thân, mệt mỏi, xấu hổ, rối loạn giấc