

hàm dưới và chiều cao tăng mặt: nghiên cứu dọc trên phim đo sọ ở trẻ từ 3-13 tuổi. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2009; 13(1):10-15.

4. Lê Võ Yến Nhi, Hoàng Tử Hùng. Sự tăng trưởng sọ mặt ở trẻ em Việt Nam từ 10-14 tuổi theo phân tích Ricketts. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2011; 15(2):21-30.
5. Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh, Võ Trương Như Ngọc. Một số đặc điểm kết cấu sọ mặt ở nhóm học sinh người Việt lứa tuổi 11 trên phim sọ nghiêng. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2016; 439(1):36-40.
6. Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh. Sự phát triển và sự xoay của xương hàm dưới lứa tuổi 11-12 trên phim sọ nghiêng. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2016; 453(1):7-9.
7. Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Thị Thu Phương, et al. Đặc điểm sọ mặt ở một nhóm trẻ người Kinh 7 tuổi trên phim sọ nghiêng theo phân tích Ricketts. Tạp Chí Y Dược Học Quan Su. 2017; 42:369-375.
8. Eun-ju Bae. Changes in longitudinal craniofacial growth in subjects with normal occlusions using the Ricketts analysis. Korean J Orthod. 2013:71-79.
9. Hideyuki Kato, Satoshi Fujii. Application of the Ricketts analysis to children in the primary dentition: second report: a study of annual growth. Jpn J Pediatr Dent. 1988; 26:755-768.
10. Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Bắc Hùng. Sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở trẻ từ 12-15 tuổi theo phân tích Ricketts. Tạp Chí Y Học Thực Hành. 2014; 6(923):67-71.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI KHUẨN HỌC, KHÁNG SINH ĐỒ VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE SỤN VÀNH TAI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Minh ¹, Lê Hồng Anh ¹, Lê Hồng Ánh ¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học, kháng sinh đồ và kết quả điều trị bệnh lý áp xe sụn vành tai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 105 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe sụn vành tai, điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023.

Kết quả: Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính là 69,5%, trong đó trực khuẩn mủ xanh chiếm tỷ lệ cao nhất (88,3%), ngoài ra có thể gặp tụ cầu vàng (7,8%), tụ cầu da (2,6%). Có sự đề kháng ở các mức độ khác nhau tùy theo chủng loại vi khuẩn và loại kháng sinh (ví dụ: trực khuẩn mủ xanh kháng Levofloxacin 3,6%; kháng Ceftriaxone 20,9%; kháng Amoxicilin tới 78,3%, còn nhạy với ceftazidime (93,8%); Tụ cầu vàng kháng Cephalosporin, kháng Meropenem...); Quá trình điều trị khó khăn, kéo dài, 17,14% trường hợp phải đổi phác đồ kháng sinh, 14,28% phải chích lại áp xe.

Kết luận: Vi khuẩn thường gặp nhất trong bệnh lý áp xe sụn vành tai là trực khuẩn mủ xanh và đã có sự đề kháng nhiều loại kháng sinh, đặc biệt là các cephalosporin; Ngoài ra có thể gặp tụ cầu vàng, tụ cầu da cũng ghi nhận kháng kháng sinh cao.

Từ khóa: Áp xe sụn vành tai, trực khuẩn mủ xanh, đề kháng kháng sinh

SUMMARY

CLINICAL AND BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS, ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY, AND TREATMENT OUTCOMES OF AURICULAR CARTILAGE ABSCESS AT VIETNAM NATIONAL ENT HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and bacteriological characteristics and to evaluate antibiotic susceptibility patterns and treatment outcomes of auricular cartilage abscess.

Patients and methods: A retrospective study was conducted on 105 patients diagnosed with auricular cartilage abscess and treated at Vietnam National ENT Hospital between January 2020 and December 2023. Clinical features, bacterial culture results, and antibiotic susceptibility tests were analyzed.

Results: The positive bacterial culture rate was 69.5%, with *Pseudomonas aeruginosa* being the predominant pathogen (88.3%), followed by *Staphylococcus aureus* (7.8%) and *Staphylococcus epidermidis* (2.6%). Antibiotic resistance varied across strains: *P. aeruginosa* showed high resistance to amoxicillin/clavulanic acid (78.3%) and second-generation cephalosporins, while retaining sensitivity to ceftazidime (93.8%) and fluoroquinolones (>95%). *S. aureus* isolates exhibited multidrug resistance but remained sensitive to vancomycin and levofloxacin. Treatment was challenging and often prolonged; 17.14% of patients required modification of antibiotic regimens, and 14.28% underwent repeat surgical drainage.

Conclusions: Auricular cartilage abscess is most commonly associated with *Pseudomonas aeruginosa*, which demonstrates significant resistance to multiple antibiotics, particularly cephalosporins. Effective management requires timely surgical intervention combined with targeted antibiotic therapy guided by susceptibility testing.

¹ Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Minh

Email: minhnguyenthanh.ori@gmail.com

Mã bài: N517

Ngày nhận bài: 26/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/2/2026

Ngày duyệt bài: 26/3/2026

Keywords: *auricular cartilage abscess, Pseudomonas aeruginosa, antibiotic resistance*

Tổng quan

Áp xe sụn vành tai là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Chẩn đoán thường không khó nhưng điều trị gặp nhiều khó khăn, do nuôi dưỡng cho sụn vành tai nhờ thẩm thấu qua màng sụn, không có mạch lớn nuôi dưỡng trực tiếp vì vậy kháng sinh (KS) khó đến, khó phát huy tác dụng. Hơn nữa, trong bối cảnh sử dụng KS một cách bừa bãi, không đúng loại, không đúng liều lượng, không đủ thời gian... khiến cho tình trạng vi khuẩn đề kháng KS, thậm chí là đa kháng KS ngày một gia tăng, dẫn tới điều trị lâu dài, đôi khi dẫn tới biến chứng tiêu sụn làm biến dạng vành tai. Thực tế, nhiều bệnh nhân (BN) đến khám tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương đã tự mua và sử dụng kháng sinh trước đó mà không đỡ, trong quá trình điều trị có những trường hợp cấy mủ ra vi khuẩn đa kháng KS, dẫn tới phải đổi/phối hợp KS, BN phải nằm viện lâu dài kéo theo nhiều hệ lụy cả về sức khỏe và kinh tế. Bên cạnh đó, tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, hiện chưa có nghiên cứu lâu dài nào mô tả chi tiết riêng về đặc điểm vi khuẩn học, kháng sinh đồ (KSD) trong bệnh lý áp xe sụn vành tai, cũng như đánh giá kết quả của quá trình điều trị. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các BN được chẩn đoán áp xe sụn vành tai, điều trị nội trú tại bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

BN được chẩn đoán áp xe sụn vành tai

Được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

Tiêu chuẩn loại trừ:

Chích rạch không có mủ.

Chích rạch có mủ nhưng không tiến hành nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3. Xử lý số liệu:

Theo phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 105 BN, nhóm nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học

Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân

Chỉ số	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới		
Nữ	66	62,9
Nam	39	37,1
Tuổi		
< 10	5	4,8
10 – 30	76	72,4
31 – 50	18	17,1
> 50	6	5,7
Lý do vào viện		
Sau bấm khuyên tai	78	74,2
Sau chấn thương	13	12,4
Sau bông	5	4,8
Sau phẫu thuật	2	1,9
Không rõ	7	6,7
Tiền sử điều trị trước khi vào viện		
Không điều trị	79	75,2
Tự uống KS	09	8,6
Uống KS + chích áp xe	17	16,2

Nhận xét: Nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (62,9%); nhóm tuổi 10-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (72,4%); hầu hết BN viêm sụn vành tai là sau bấm khuyên tai (74,2%), thứ 2 là sau chấn thương (12,4%).

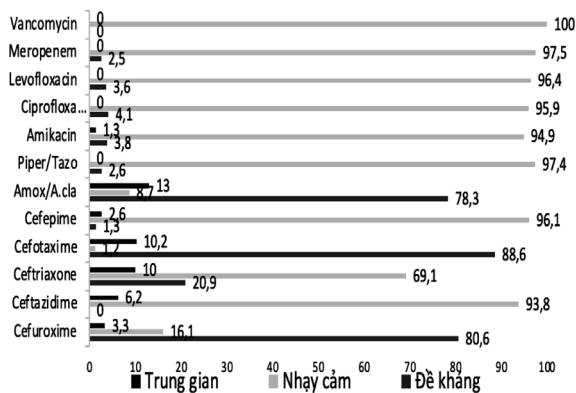
Đặc điểm vi khuẩn học

Bảng 2. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Chỉ số	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Kết quả nuôi cấy		
Dương tính	73	69,5
Âm tính	32	30,5
Chủng loại vi khuẩn		
P. aeruginosa	64	88,3
S. aureus	6	7,8
S. epidermidis	2	2,6
A. hydrophilia	1	1,3

Nhận xét: Tỷ lệ cấy dương tính: 69,5%; Trong số đó, trực khuẩn mủ xanh (TKMX) chiếm đa số (88,3%), đứng thứ 2 là tụ cầu vàng (7,8%), ngoài ra có thể gặp tụ cầu da, hoặc A. hydrophilia là một loại vi khuẩn hiếm gặp.

3.2. Kháng sinh đồ và kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Kết quả kháng sinh đồ với TKMX

Nhận xét: TKMX đề kháng rất cao với Amoxicilin, Cefuroxime, Cefotaxime; Còn nhạy cảm với các Quinolon, tuy nhiên cũng đã có hiện tượng kháng; Còn nhạy cảm cao với Ceftazidime, Piperaciline.

Bảng 3. Kháng sinh đồ với *S. aureus*

TT	Tên kháng sinh	Kết quả		
		R	S	I
1	Meropenem	6	0	0
2	Cefuroxime	6	0	0
3	Ceftazidime	6	0	0
4	Ceftriaxone	6	0	0
5	Clindamycin	6	0	0
6	Cefepime	4	2	0
7	Amikacin	4	2	0
8	Vancomycin	0	6	0
9	Ciprofloxacin	1	5	0
10	Levofloxacin	0	6	0

Nhận xét: Tụ cầu vàng ghi nhận kháng KS rất nhiều, đặc biệt kháng các KS nhóm cephalosporin với tỷ lệ rất cao, ngay cả meropenem cũng ghi nhận đề kháng ở cả 6 trường hợp. Còn nhạy cảm cao với Vancomycin (6/6), Levofloxacin (6/6); Có 1 trường hợp kháng với Ciprofloxacin.

Bảng 4. Kháng sinh đồ với *S. epidermidis* và *A. hydrophilia*

<i>S. epidermidis</i>					<i>A. hydrophilia</i>				
TT	Tên kháng sinh	Kết quả			TT	Tên kháng sinh	Kết quả		
		R	S	I			R	S	I
1	Meropenem	2	0		1	Imipenem			X
2	Cefuroxime	2	0		2	Amox/A. Cla			X
3	Cefpodoxime	2	0		3	Ceftazidime		X	
4	Cefixime	2	0		4	Cefepim		X	
5	Vancomycin	0	2		5	Piperacillin		X	
6	Clindamycin	0	2		6	Gentamicin		X	
7	Gentamicin	0	2		7	Amikacin		X	
8	Ciprofloxacin	1	1		8	Ciprofloxacin		X	
9	Levofloxacin	1	1		9	Levofloxacin		X	

Nhận xét: *S. epidermidis* kháng nhiều KS, đặc biệt nhóm cephalosporin, kháng cả meropenem;

Còn nhạy với Vancomycin, đã có kháng Quinolon; *A. hydrophilia* còn nhạy cảm với hầu hết KS

Bảng 5. Phác đồ sử dụng KS ban đầu

TT	Kháng sinh	n
1	Levofloxacin/ Ciprofloxacin + Metronidazol	55
2	Levofloxacin/ Ciprofloxacin	18
3	Ceftriaxone/Ceftazidime + Metronidazol	11
4	Ceftriaxone/Ceftazidime	7
5	Meropenem + Levofloxacin/ Ciprofloxacin	5
6	Levofloxacin + Metronidazol + Ceftriaxone/Ceftazidime	9

Nhận xét: Có nhiều phác đồ KS được sử dụng, phổ biến nhất là kết hợp Quinolon và Metronidazol; hoặc phối hợp Cephalosporin III với Metronidazol.

Bảng 6. Điều chỉnh phác đồ KS trong quá trình điều trị

TT	Kháng sinh	n	Lý do
1	Ceftriaxon/Ceftazidim ? Meropenem	7	TKMX kháng Cephalosporin
2	Levofloxacin/Ciprofloxacin ? Meropenem	3	TKMX kháng Quinolon
3	Ceftriaxon ? Vancomycin	1	Tụ cầu vàng kháng Cephalosporin
4	Meropenem ? Vancomycin	1	Tụ cầu vàng kháng Meropenem
5	Levofloxacin ? Vancomycin	2	Cấy (-), đáp ứng lâm sàng kém
6	Ceftriaxon ? Vancomycin	3	Cấy (-), đáp ứng lâm sàng kém
7	Levo ? Vancomycin ? kết hợp thêm Dalacin C	1	Tụ cầu da kháng Levo, đổi thành Vancomycin tuy nhiên LS kém

Nhận xét: Nhiều trường hợp phải đổi KS, hầu hết là do kết quả KSD; Bên cạnh đó, những trường hợp nuôi cấy âm tính, đáp ứng lâm sàng (LS) kém cũng được đổi KS theo kinh nghiệm điều trị.

Bảng 7. Kết quả điều trị

Chỉ số	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Thời gian nằm viện		
< 7 ngày	12	11,43
7 - 14 ngày	88	83,81
> 14 ngày	5	4,76
Kết quả hình thái vành tai		
Vành tai hồi phục tốt	94	89,53
Sẹo xấu	9	8,57
Biến dạng vành tai	2	1,9
Quá trình điều trị		
Phải mở lại ổ áp xe	15	14,28
Phải thay đổi phác đồ KS	18	17,14

Nhận xét: Điều trị lâu dài, nằm viện 1 đến 2 tuần (83,81%); Có 15 trường hợp phải mở lại ổ áp xe; 18 trường hợp phải thay đổi phác đồ KS.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học

Có 74,2% nhập viện sau bấm khuyên tai, tất cả đều là bấm vào phần sụn vành tai; Điều này phù hợp với các báo cáo trước đó, áp xe sụn vành tai là biến chứng thường gặp nhất sau bấm khuyên tai, đặc biệt là bấm vào phần cao của sụn (high ear piercing) [1,2]; Tỷ lệ càng cao nếu bấm khuyên tai tại các cơ sở không đảm bảo khử khuẩn, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam với hàng loạt cơ sở, thẩm mỹ làm đẹp không đạt tiêu chuẩn, không đảm bảo vô khuẩn.

Có 8,6% số BN tự uống KS trước khi đến viện; Điều này rất phổ biến tại Việt Nam, khi KS được bán một cách dễ dàng tại các hiệu thuốc mà không cần đơn; Ngay cả với những trường hợp đã được chích rạch dẫn lưu mủ + điều trị KS trước đó tại các cơ sở

y tế (16,2%), có trường hợp đáp ứng lâm sàng không tốt, BN vẫn chảy mủ, đau nhiều, sốt và vẫn phải đến bệnh viện TMH trung ương - điều này càng cho thấy tính khó khăn trong điều trị bệnh lý áp xe sụn vành tai: về nội khoa, cần phải sử dụng KS phù hợp (đúng loại, đúng liều, đủ thời gian), về ngoại khoa, cần đảm bảo chích rạch đúng, lấy hết tổ chức sụn viêm hoại tử, làm sạch kỹ vùng sụn viêm, kỹ thuật khâu ép sụn/ băng ép và thay băng hàng ngày cũng phải đảm bảo đúng thì mới tăng tỷ lệ thành công điều trị.

Tỷ lệ cấy mủ dương tính đạt 69,5%; Kết quả phân lập: TKMX vẫn là căn nguyên hàng đầu (88,3%) – đứng thứ 2 là tụ cầu vàng (7,8%); Điều này cũng phù hợp với các báo cáo trước đó: Theo Prasad (2007), TKMX chiếm 90% - tụ cầu vàng là 7%[2]; Theo tác giả Klug (2019): TKMX chiếm 70%, tụ cầu vàng chiếm 10% căn nguyên của áp xe sụn vành tai [3].

Ngoài ra, có 2 trường hợp tụ cầu da (*S. epidermidis*) và 1 trường hợp gặp *A. hydrophillia*; Tụ cầu da - *S. epidermidis*, là một loại cầu khuẩn Gram dương không có men coagulase, thuộc giống *Staphylococcus*, là thành viên trong vi hệ trên da và niêm mạc của người khỏe mạnh, tuy nhiên, chúng cũng là tác nhân gây bệnh cơ hội quan trọng, thường gặp nhất là các nhiễm trùng ngoài da và trong các trường hợp có can thiệp như đặt nội khí quản, xông dạ dày, cấy ghép thiết bị nhân tạo ... Tụ cầu da sinh trưởng trên các bề mặt dụng cụ và vật liệu y tế kể trên, hình thành màng sinh học biofilm, có tác dụng bao bọc và bảo vệ vi khuẩn, dẫn đến ngăn cản tác dụng diệt tụ cầu của KS và hệ miễn dịch của cơ thể. Nếu không phát hiện và có điều trị thích hợp, BN có thể nhiễm khuẩn huyết và tử vong.

A. hydrophillia, là loại trực khuẩn Gram âm, có khả năng gây bệnh nặng tương tự những loại trực khuẩn Gram âm khác như *E. coli*, *P. aeruginosa*...; Nó thường hiện diện trong nước ngọt hoặc nước lợ bẩn, nước bùn lầy, cống rãnh; trong trường hợp người có nguy cơ cao như da bị vết cắt, trầy xước, chấn thương... có tiếp xúc với nguồn nước bẩn thì có nguy cơ nhiễm bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp cấy mẫu cho kết quả *A. hydrophillia*, đây là 1 BN nam 44 tuổi, nhiễm khuẩn sau một vết thương vành tai.

4.2. Kháng sinh đồ và kết quả điều trị

Trên thế giới, TKMX kháng và đa kháng KS là một vấn đề báo động và đã có nhiều nghiên cứu, như Pitt (2003) trên bệnh nhân xơ nang [4], tác giả Fatitma (2012) nghiên cứu trên BN nhiễm trùng đường hô hấp dưới [5].

Tại Việt Nam, theo Bùi Khắc Hậu, TKMX đa kháng là một vấn đề báo động trong nhiễm trùng bệnh viện [6]. Còn với nhiễm khuẩn tại tai mũi họng mà cụ thể là tại vành tai, hiện chưa có báo cáo một cách hệ thống.

Biểu đồ 1 cho thấy TKMX đã có sự đề kháng rất cao với các nhóm Amoxicilin/A.Clavulanic (78,3%); kháng Cephalosporin thế hệ 2 (Cefuroxim – 80,6%); kháng với một số Cephalosporin thế hệ 3 như Cefotaxime – 88,6%, kháng Ceftriaxone – 20,9%; thậm chí ghi nhận kháng cả Cephalosporin thế hệ 4 là Cefepim (1,3%); Rõ ràng sử dụng KS uống Augmentin (Amoxicilin/A. Clavulanic) hay Zinnat (Cefuroxime), vốn rất phổ biến và bán dễ dàng tại các nhà thuốc là không hợp lý, không hiệu quả, tốn kém, đồng thời làm chậm trễ việc điều trị khiến bệnh nặng thêm; Ngay cả trong cơ sở y tế, dù sử dụng KS tiêm truyền Cephalosporin thế hệ 3 – nhưng với dòng Cefotaxime đã kháng rất cao, hay cả Ceftriaxone cũng đã có dấu hiệu kháng thuốc, có thể cũng dẫn tới hiệu quả điều trị kém; Hiện tại Cephalosporin thế hệ 3 còn giữ được độ nhạy cao, theo nghiên cứu chỉ còn Ceftazidime (93,8%); May mắn là TKMX còn giữ được mức nhạy cảm cao với các KS nhóm Quinolone, là KS ưu tiên được lựa chọn

trong điều trị abscess sụn vành tai, tuy nhiên cũng đã có hiện tượng kháng KS: kháng Ciprofloxacin: 4,1%; kháng Levofloxacin: 3,6%;

Một KS kết hợp giữa Piperacilline (thuộc nhóm Penicillin phổ rộng) và Tazobactam (thuộc nhóm betalactam) – được chỉ định điều trị nhiễm khuẩn kỵ khí & Gram dương hiếu khí & 1 số Gram âm nhạy cảm; KS này còn giữ được độ nhạy cảm cao với TKMX (97,4%), hơn nữa có ưu điểm là không chống chỉ định cho trẻ em, là lựa chọn rất phù hợp để điều trị với trường hợp áp xe sụn vành tai ở trẻ em, hoặc trong những trường hợp nghi có nhiễm khuẩn kỵ khí. Đây cũng là một trong những lựa chọn hàng đầu để điều trị áp xe sụn vành tai (theo khuyến cáo của Bệnh viện Tai và Mất hoàng gia Victorian [7]).

Trong nghiên cứu, tụ cầu vàng tuy chỉ có 6 trường hợp, tuy nhiên đây đều là những trường hợp đa kháng KS. Theo bảng 3, cả 6 trường hợp đều kháng với các loại cephalosporin từ thế hệ 2 và 3 (100%) và thế hệ 4 (4/6); Kháng cả meropenem ở tất cả 6 trường hợp; Rất may là chúng vẫn nhạy cảm với Vancomycin (100%), nhạy cảm với Quinolone (Ciprofloxacin nhạy 5/6; Levofloxacin nhạy 6/6).

Có 2 trường hợp cấy ra tụ cầu da *S. epidermidis*, cho thấy chúng cũng kháng hầu hết các kháng sinh Cephalosporin, kháng Meropenem, có kháng Quinolone (Ciprofloxacin và Levofloxacin), còn nhạy cảm với Vancomycin, Clindamycin (Bảng 3.5); Có 1 trường hợp cấy ra *A. hydrophillia*, đây là loại vi khuẩn ít gặp tuy nhiên có thể để lại hậu quả nặng nề. Rất may mắn là ở trường hợp này còn nhạy cảm với các KS cephalosporin thế hệ 3&4, quinolon, các aminosid như amikacin, gentamicin...

Tại bệnh viện TMH trung ương, điều trị áp xe sụn vành tai sử dụng một số phác đồ sử dụng kháng sinh ban đầu như sau: Với bệnh nhân trẻ em, sử dụng Cephalosporin III đơn trị liệu (như Ceftriaxone/ Ceftazidim...), hoặc phối hợp Cephalosporin III + Metronidazol; Với bệnh nhân người lớn, sử dụng Quinolone đơn trị liệu (Levofloxacin/ Ciprofloxacin) hoặc phối hợp Quinolone + Metronidazol; Với những bệnh nhân tình trạng toàn thân và tại chỗ nặng, thường sử dụng phối hợp 3 KS là Cepha III + Quinolone + Metronidazol hoặc phối hợp 2 KS là Meropenem + Quinolone (bảng 5).

Việc thay băng, đánh giá toàn thân và tại chỗ hàng ngày rất quan trọng, đặc biệt trong trường hợp cấy mẫu âm tính, nếu đáp ứng lâm sàng tốt thì có thể giữ nguyên phác đồ; Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp đổi Levofloxacin thành Vancomycin và 3 trường hợp Ceftriaxon thành Vancomycin, do đáp ứng lâm sàng kém, khi đó nghĩ nhiều đến tụ cầu kháng thuốc và khi thay KS Vancomycin cho đáp ứng lâm sàng tốt.

Khi có kết quả KSD, việc thay đổi KS cũng dễ dàng hơn (bảng 6), có 18 trường hợp phải đổi KS

do vi khuẩn đề kháng với KS đang sử dụng; Đặc biệt trong đó có 1 trường hợp nhiễm tụ cầu da, kháng Levofloxacin, còn nhạy cảm với Vancomycin, đã thay KS Vancomycin tuy nhiên đáp ứng lâm sàng kém, lúc này phải phối hợp thêm một KS là Clindamycin với đặc tính ngấm vào mô sụn tốt hơn, điều trị tổng cộng 24 ngày KS thì tình trạng ổn định, để thấy rằng điều trị áp xe sụn vành tai là rất nan giải, đặc biệt trong trường hợp vi khuẩn kháng thuốc.

Trong nghiên cứu, dù được dùng KS đầy đủ, tích cực, điều trị ngoại khoa triệt để (chích rạch, băng ép/khâu ép), tuy nhiên điều trị áp xe sụn vành tai vẫn là một vấn đề khó khăn nan giải, do đặc tính vùng sụn được nuôi dưỡng kém, KS khó tới một cách trực tiếp, vi khuẩn nhiều trường hợp kháng, thậm chí là đa kháng KS. Điều này được thể hiện rõ qua thời gian nằm viện điều trị, trung bình là 17 ngày; Hầu hết (83,81%) phải nằm điều trị từ 7 đến 14 ngày với KS được sử dụng liên tục (bảng 7)

Mặc dù điều trị tích cực nội, ngoại khoa, tuy nhiên vẫn còn trường hợp để lại sẹo xấu vành tai, có 1,9% có vành tai bị biến dạng sau điều trị; 14,28% đáp ứng điều trị không tốt và cần phải chích rạch lại.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân thường gặp nhất của áp xe sụn vành tai là sau bấm khuyên tai. Vi khuẩn thường gặp nhất là TKMX, đứng thứ 2 là tụ cầu vàng. KSD cho thấy TKMX đã kháng nhiều loại KS, đặc biệt là các cephalosporin, đã ghi nhận có trường hợp kháng quinolone; Điều trị bệnh khó khăn và cần kết hợp giữa

điều trị kháng sinh tích cực, tốt nhất là theo KSD, kết hợp với chích rạch áp xe, nạo vét sụn viêm và quá trình thay băng/chăm sóc vết mổ tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Davidi E, Paz A, Duchman H, et al** (2011), Perichondritis of the auricle: analysis of 114 cases. *Isr Med Assoc J.* Jan;13(1):21-4
2. **Prasad HK, Sreedharan S, et al.** (2007), Perichondritis of the auricle and its management. *J Laryngol Otol.* 2007 Jun;121(6):530-4. Epub 2007 Feb 26
3. **Klug, Tejs Ehlers, et al.** "Perichondritis of the auricle: bacterial findings and clinical evaluation of different antibiotic regimens." *European Archives of Oto-rhinolaryngology* 276.8 (2019): 2199-2203.
4. **TL Pitt, M Sparrow, M Warner, M Stefanidou** (2003); "Survey of resistance of *Pseudomonas aeruginosa* from UK patients with cystic fibrosis to six commonly prescribed antimicrobial agents" *Thorax*; 58 (9); 794-796.
5. **Anab Fatima, Syed Baquir Naqvi, Sheikh Abdul Khaliq, Shaheen Perveen, Sahabat Jabeen** (2012); "Antimicrobial susceptibility pattern of clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from patients of lower respiratory tract infections" *SpringerPlus*; 1(1); 70
6. **Bùi Khắc Hậu** (2008); Dịch tễ học phân tử các chủng *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc nhiễm trùng bệnh viện tại Hà Nội; Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ Y tế; Đại học Y Hà Nội.
7. **Clinical practice guideline:** Perichondritis of the Pinna (2021). The Royal Victorian Eye and Ear hospital Emergency department

HỘI CHỨNG VỠ ĐỘNG MẠCH CẢNH SAU XẠ TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VÒM HỌNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Hà Phương Thảo¹, Ngô Thị Linh Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Ca lâm sàng mô tả một biến chứng hiếm gặp nhưng vô cùng nghiêm trọng, đe dọa tính mạng bệnh nhân: hội chứng vỡ động mạch cảnh sau xạ trị ung thư biểu mô vòm họng. Bệnh cần được chẩn đoán sớm và xử trí khẩn trương, phối hợp của nhiều chuyên khoa.

Ca lâm sàng:

Bệnh nhân nữ 45 tuổi xuất hiện chảy máu mũi ồ ạt. Tiền sử ung thư biểu mô vòm họng cách 10 năm, đã hóa xạ trị nhiều đợt. Trên phim cắt lớp mạch não thấy hình ảnh ổ giả phình đoạn C4 động mạch cảnh trong bên trái. Bệnh nhân đã được nút mạch và hiện không có tình trạng chảy máu tái phát.

Kết luận:

Hội chứng vỡ động mạch cảnh sau xạ trị ung thư vòm mũi họng là biến chứng hiếm gặp nhưng vô cùng nghiêm trọng, gây ra tình trạng chảy máu ồ ạt, đe dọa tính mạng bệnh nhân. Bệnh cần được chẩn đoán sớm và xử trí khẩn trương, hơn nữa cần sự phối hợp nhanh chóng của nhiều chuyên khoa. Nhân báo cáo ca lâm sàng, chúng tôi muốn cập nhật chẩn đoán và phương hướng điều trị chảy máu do vỡ động mạch cảnh sau xạ trị ung thư vòm mũi họng hiện nay.

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Hà Phương Thảo

Email: thaohaphuong88@gmail.com

Mã bài: N458

Ngày nhận bài: 7/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/2/2026

Ngày duyệt bài: 7/4/2026