

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC
BỆNH VIÊM AMIDAN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

*Tạ Chí Kiên¹, Quán Thành Nam¹, Lê Thị Tuyết Ngân¹
Đỗ Lan Hương¹, Nghiêm Đức Thuận¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh mô bệnh học viêm amidan mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả từng ca bệnh trên 38 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm amidan mạn tính, được phẫu thuật cắt amidan tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01 - 8/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung là $25,6 \pm 9,1$, nhóm tuổi hay gặp nhất là 16 - 25 (39,5%); tỷ lệ nam/nữ là 3,75. Đau họng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (84,2%), tiếp theo là nuốt vướng (78,9%). Amidan quá phát chiếm 94,7%, độ II và III gặp nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 39,5% và 42,1%. Thâm nhiễm nhẹ tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan gặp ở 100%, thâm nhiễm lan tỏa tế bào lympho trong biểu mô và/hoặc áp xe bề mặt biểu mô amidan gặp ở 71,1% BN. Sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt, vùng dưới biểu mô amidan và tăng số lượng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang gặp 100%. Tăng sản lympho gặp 84,2% BN, tỷ lệ xuất hiện cao nhất ở nhóm tuổi 6 - 15 (100%); 71,1% BN có số lượng trung tâm mầm mức độ ít và mức độ nhiều chiếm 28,9% (soi ở vật kính x100). Sự xuất hiện của teo và xơ hóa chiếm lần lượt là 50% và 36,8%. Phân nhóm mô bệnh học: Viêm mạn tính - tăng sản 50%, tăng sản đơn thuần 28,9%, viêm mạn tính 13,2%, viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa 7,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm mô bệnh học phù hợp với bệnh lý viêm amidan mạn tính và giúp củng cố chẩn đoán bệnh.

* *Từ khoá:* Viêm amidan mạn tính; Thâm nhiễm tế bào lympho; Tăng sản lympho.

¹Bộ môn Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 103

Người chịu trách nhiệm: Quán Thành Nam (dr.namb6@gmail.com)

Người phản hồi: Quán Thành Nam (dr.namb6@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/10/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 19/10/2022

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.207>

**RESEARCH ON THE CORRELATION BETWEEN
CLINICAL FEATURES AND HISTOPATHOLOGY OF CHRONIC
TONSILLITIS AT MILITARY HOSPITAL 103**

Summary

Objectives: To describe the clinical features and histopathology of chronic tonsillitis. **Subjects and methods:** 38 patients diagnosed with chronic a tonsillitis underwent tonsillectomy at the Department of Otolaryngology, Military Hospital 103, from January to August 2022. **Results:** The average age was 25.6 ± 9.1 , and the most common age group was 16 - 25 (39.5%); The male/female ratio was 3.75. The sore throat was the most common symptom (84.2%), followed by difficulty swallowing (78.9%). Tonsillar hypertrophy accounted for 94.7%; grades II and III were the most common with respective rates of 39.5% and 42.1%. Slight lymphocyte infiltration in the surface epithelium was observed in 100%, and diffuse lymphocyte infiltration and/or abscess in the surface epithelium occurred in 71.1%. The presence of polymorphonuclear leukocytes in the surface epithelium and in the subepithelial area and an increase in the plasma cell number in the subepithelial area and in the interfollicular area occurred in 100%. Lymphocytic hyperplasia was responsible for 84.2% of patients, the highest occurrence rate was in the age group of 6 - 15 years (100%); Regarding the number of germinal centers (microscope x100); the low level was 71.1%, the high level 28.9%. The occurrence of atrophy and fibrosis accounted for 50% and 36.8%. Histopathological groups: Chronic inflammation-hyperplasia 50%, pure hyperplasia 28.9%, chronic inflammation 13.2%, chronic inflammation-scarring/fibrosis 7.9%. **Conclusion:** Histopathological features are consistent with chronic tonsillitis and help confirm the diagnosis.

* *Keywords:* Chronic tonsillitis; Lymphocyte infiltration; Lymphoid hyperplasi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm amidan là bệnh lý tai mũi họng thường gặp ở cả trẻ em và người lớn. Các triệu chứng lâm sàng của viêm amidan mạn tính thường không đặc hiệu như sốt, mệt mỏi, đau họng tái phát, nuốt vướng, miệng hôi.

Hầu hết chẩn đoán và chỉ định cắt amidan ở bệnh lý viêm amidan mạn tính phụ thuộc vào triệu chứng lâm sàng của BN. Tuy nhiên, chẩn đoán viêm amidan mạn tính chính xác nhất cần dựa trên mô bệnh học [1]. Quan sát mô bệnh học của viêm amidan mạn

tính có thể thấy mức độ tăng sản lympho, thâm nhiễm tế bào lympho trong và dưới biểu mô, viêm hốc mạn tính và xơ hóa nhu mô của amidan. Theo một số nghiên cứu, các đặc điểm mô bệnh học như thâm nhiễm tế bào lympho, các nang lympho và vi áp xe lympho bào trong biểu mô đại diện cho viêm amidan mạn tính gặp ở 93% trường hợp [1, 2]. Tác giả Ripplinger và CS đã hệ thống hóa các đặc điểm mô bệnh học và chia thành 4 nhóm: Tăng sản đơn thuần, viêm mạn, viêm mạn - tăng sản, viêm mạn - sẹo/xơ hóa [3]. Theo y văn trên thế giới, đối với những nhóm mô bệnh học khác nhau của amidan sẽ có biểu hiện lâm sàng khác nhau, nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học của bệnh lý viêm amidan mạn tính sẽ giúp ích cho chẩn đoán và điều trị bệnh lý này. Hiện nay, vẫn còn ít các tài liệu trong và ngoài nước đề cập đến mô bệnh học của amidan; vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh mô bệnh học viêm amidan mạn tính.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 38 BN được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và phẫu thuật cắt

amidan tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01 - 8/2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán viêm amidan mạn tính và được phẫu thuật cắt amidan.

- BN được xét nghiệm mô bệnh học hai bên amidan.

- BN đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- BN đồng ý hợp tác nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN chỉ mắc amidan một bên.

- Thất lạc bệnh phẩm hay bệnh phẩm không đạt tiêu chuẩn.

- Hồ sơ bệnh án không theo mẫu.

- BN xin rút khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả tiến cứu từng trường hợp.

* Các biến số, chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính.

- Triệu chứng cơ năng: Mệt mỏi, sốt, đau họng, nuốt vướng, ho, ngủ ngáy, ngừng thở khi ngủ, hôi miệng, ngạt/chảy mũi.

- Triệu chứng thực thể: Amidan quá phát, xơ teo, không cân xứng, bề mặt hốc mũ bã đậu, sung huyết.

- Độ quá phát amidan: Theo phân độ của Brodsky [4]:

+ Độ 0: Amidan nằm hoàn toàn trong hố amidan.

+ Độ I: Amidan ngay bên ngoài hồ amidan và chiếm $\leq 25\%$ chiều rộng eo họng.

+ Độ II: Amidan chiếm 26 - 50% chiều rộng eo họng.

+ Độ III: Amidan chiếm 51 - 75% chiều rộng eo họng.

+ Độ IV: Amidan chiếm $> 75\%$ chiều rộng eo họng.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: 7 tiêu chí mô bệnh học viêm amidan mạn tính [1]:

+ Thâm nhiễm nhẹ tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan gặp.

+ Thâm nhiễm lan tỏa tế bào lympho trong biểu mô và/hoặc áp xe bề mặt biểu mô amidan.

+ Sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt, vùng dưới biểu mô amidan.

+ Tăng số lượng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang.

+ Tăng sản lympho.

+ Sự xuất hiện của teo và của xơ hóa.

- Nhóm mô bệnh học: Tăng sản đơn thuần, viêm mạn, viêm mạn - tăng sản, viêm mạn - xơ hóa.

* Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Tiếp nhận BN.

- Khai thác tiền sử và các triệu chứng cơ năng, nội soi tai mũi họng.

- Phẫu thuật cắt amidan, làm xét nghiệm giải phẫu bệnh

- Phân tích số liệu, đánh giá kết quả.

* Các định nghĩa:

- Chẩn đoán viêm amidan mạn tính:

+ Triệu chứng cơ năng: Nuốt vướng, cảm giác có dị vật, nuốt đau lên tai, ngủ ngáy, cơn ngưng thở khi ngủ...

+ Triệu chứng thực thể: Amidan viêm quá phát hoặc xơ chìm, có hốc, kén chứa mủ hoặc bã đậu.

+ Thời gian bị bệnh ≥ 12 tuần hoặc trên 4 đợt 1 năm mỗi đợt >10 ngày.

- Chỉ định phẫu thuật cắt amidan:

+ Viêm amidan cấp nhiều đợt trên 1 năm (trên 5 đợt/ năm).

+ Biến chứng tại chỗ: Viêm tấy, áp xe quanh amidan.

+ Biến chứng kế cận: Viêm tai giữa, viêm mũi xoang...

+ Viêm amidan gây biến chứng xa: Viêm cầu thận, thấp khớp, thấp tim...

+ Viêm amidan mạn tính quá phát gây hội chứng ngưng thở khi ngủ

* Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố theo nhóm tuổi và giới tính (n = 38).

Tuổi	Giới tính	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	(%)
6 - 15		6	20,0	0	0	6	15,8
16 - 25		13	42,4	2	25,0	15	39,5
26 - 35		6	20,0	5	62,5	11	28,9
36 - 45		5	16,7	1	12,5	6	15,8
Tổng		30	100	8	100	38	100
$\bar{X} \pm SD$		24,4 ± 9,4		30 ± 6,2		25,6 ± 9,1	

- Nhóm tuổi 16 - 25 có tỷ lệ cao nhất: 15/38 BN (39,5%).

- Tuổi trung bình là: 25,6 ± 9,1.

- Tỷ lệ nam/nữ là 3,75

Bảng 2: Phân bố triệu chứng cơ năng theo nhóm tuổi (n = 38).

Tuổi	Mệt mỏi	Sốt	Đau họng	Nuốt vướng	Ho	Ngủ ngáy	Ngừng thở khi ngủ	Hôi miệng	Ngạt /chảy mũi	
6 - 15	1	3	4	6	4	5	2	1	5	
16 - 25	7	7	14	11	8	10	1	9	12	
26 - 35	3	3	8	9	10	10	4	5	8	
36 - 45	5	6	6	4	4	3	1	3	3	
Tổng	n	16	19	32	33	26	28	8	18	28
	%	42,1	50	84,2	78,9	68,4	73,7	21,1	47,4	73,7

- Đau họng hay gặp nhất (84,2%), tiếp theo là nuốt vướng (78,9%).

- Nhóm tuổi 6 - 15, triệu chứng nuốt vướng và ngủ ngáy hay gặp nhất với 6/6 BN (100%) và 5/6 BN (83,3%).

- Nhóm tuổi 16 - 25: Đau họng là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 14/15 BN (93,3%)

- Nhóm tuổi 26 - 35: Ho và ngứa ngáy xuất hiện nhiều nhất với 10/11 BN (90,9%)

- Nhóm tuổi 36 - 45: Đau họng và sốt gặp ở tất cả BN.

Bảng 3: Phân bố triệu chứng thực thể (n = 38).

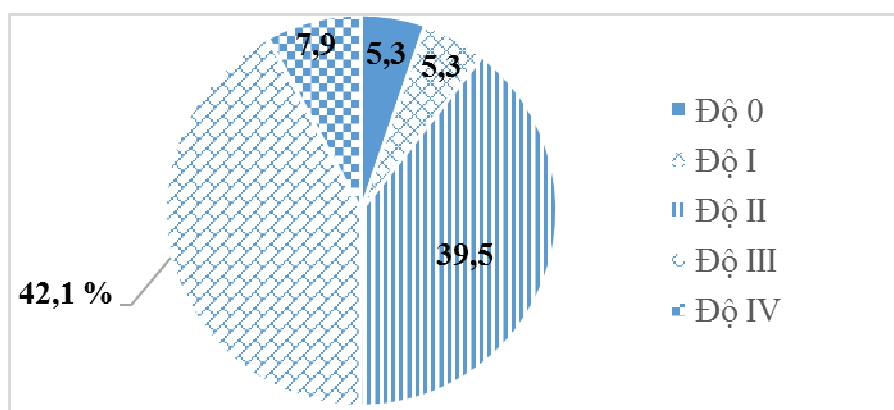
Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Amidan quá phát	36	94,7
Amidan xơ teo	2	5,3
Amidan không cân xứng	3	7,9
Amidan bề mặt hốc mũ bã đậu	26	68,4
Sung huyết	14	36,8

- Amidan quá phát gặp ở hầu hết các BN (36/38 BN chiếm 94,7%).

- Amidan bề mặt hốc mũ bã đậu gặp ở 27/38 BN (68,4%).

- Amidan sung huyết là 14/38 BN (36,8%).

- Amidan xơ teo và không cân xứng ít gặp hơn với 2/38 BN (5,3%) và 3/38 BN (7,9%).



Biểu đồ 1: Phân bố độ quá phát amidan.

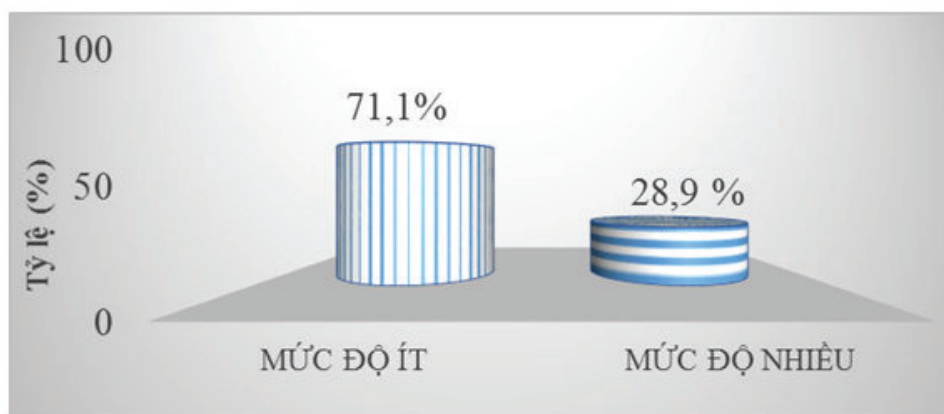
- Amidan quá phát độ II và độ III gặp nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 39,5% và 42,1%.

- Amidan quá phát độ IV gặp ở 7,9% BN, không gặp amidan quá phát độ IV ở độ tuổi 36 - 45.

- Amidan quá phát độ 0 và độ I ít gặp nhất với 5,3%.



Hình 1: Amidan quá phát độ III.



Biểu đồ 2: Số lượng trung tâm mầm.

- Tỷ lệ BN có số lượng trung tâm mầm mức độ ít (soi ở vật kính x 100) là 71,1% và mức độ nhiều là 28,9%.

3. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 4: Đặc điểm mô bệnh học theo nhóm tuổi.

Đặc điểm mô bệnh học	6 - 15		16 - 25		26 - 35		36 - 45		Tổng (n = 38)	Tỷ lệ (%)	p
	n = 6	%	n = 15	%	n = 11	%	n = 6	%			
Thâm nhiễm tế bào lympho trong biểu mô nhẹ/vừa	6	100	15	100	11	100	6	100	38	100	> 0,05
Thâm nhiễm tế bào lympho trong biểu mô lan tỏa/hoặc áp xe bề mặt	4	66,7	11	73,3	7	63,6	5	83,3	27	71,1	> 0,05
Bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt, vùng dưới bề mặt	6	100	15	100	11	100	6	100	38	100	> 0,05
Tăng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang	6	100	15	100	11	100	6	100	38	100	> 0,05
Tăng sản lympho	6	100	12	80	9	81,8	5	83,3	32	84,2	> 0,05
Xơ hóa	2	33,3	6	40	4	36,4	2	33,3	14	36,8	> 0,05
Teo	4	66,7	6	40	5	45,5	4	66,7	19	50	> 0,05

- Thâm nhiễm nhẹ/vừa tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan gặp ở 100% BN

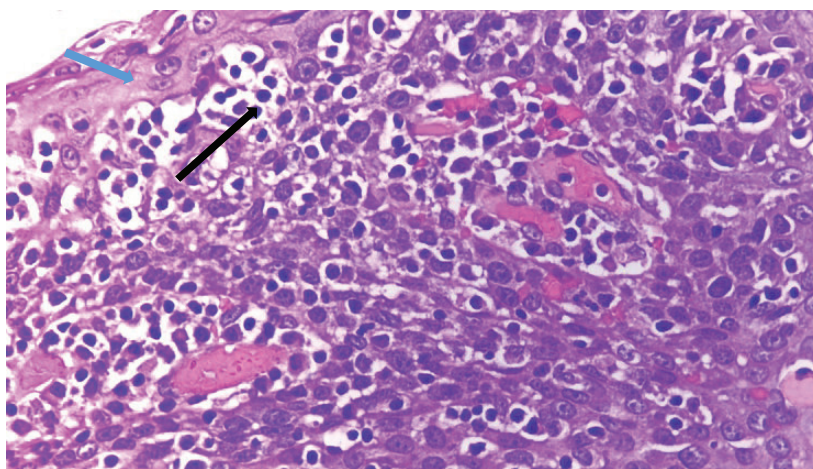
- Thâm nhiễm lan tỏa tế bào lympho trong biểu mô và/hoặc áp xe bề mặt biểu mô amidan gặp ở 27/38 BN (71,1%).

- Các đặc điểm sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt và vùng dưới biểu mô amidan và tăng số lượng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang đều gặp ở tất cả BN.

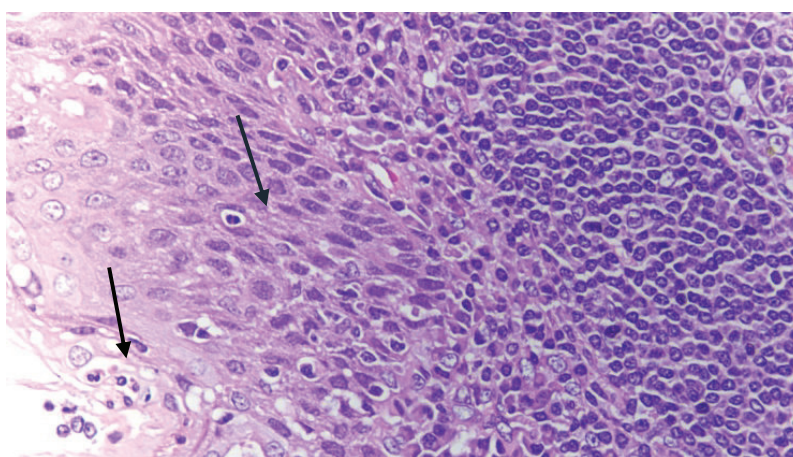
- Sự hiện diện của tăng sản lympho gặp ở 32/38 (84,2%) BN.

- Sự xuất hiện của teo và xơ hóa ít gặp nhất, lần lượt là 19/38 (50%) và 14/38 (36,8%).

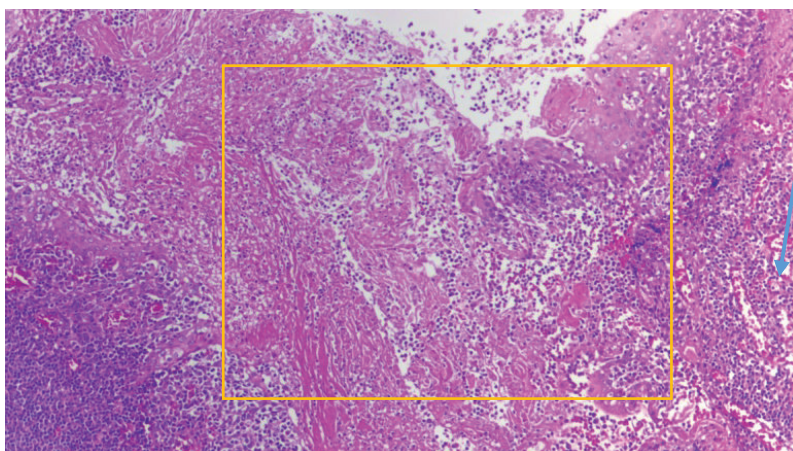
- Trong các nhóm tuổi, nhóm 6 - 15 tuổi có tỷ lệ tăng sản lympho cao nhất với 6/6 BN (100%) và có tỷ lệ xơ hóa thấp nhất với 2/6 BN (33,3%).



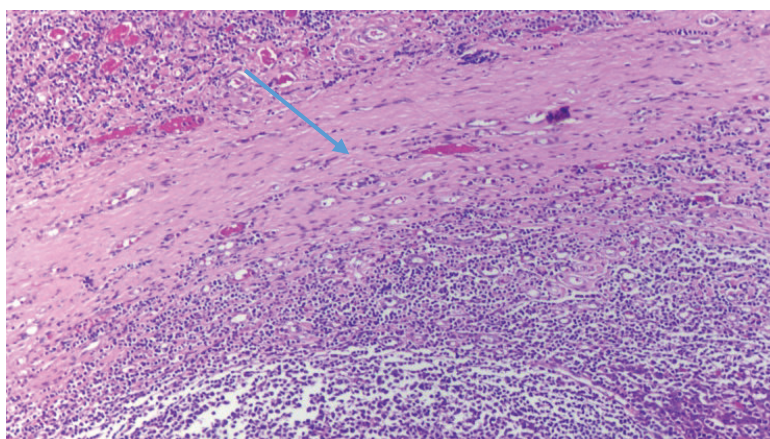
Hình 2: Thâm nhiễm lympho bào trong lớp biểu mô bề mặt amidan (mũi tên đen). Lớp biểu mô bề mặt bị teo (Mũi tên xanh) (Nhuộm H.E 40X)



Hình 3: Thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính trong lớp biểu mô bề mặt amidan (mũi tên đen) (Nhuộm H.E 40X)



Hình 4: Ổ áp xe bề mặt amidan (vùng ô vàng). Bề mặt amidan bị hoại tử với nhiều xác bạch cầu N, các mạch máu xung quanh bị sung huyết mạnh (mũi tên xanh) (Nhuộm H.E 10X).



Hình 5: Tăng sinh mô liên kết xơ dày trong amidan (mũi tên xanh) (Nhuộm H.E 10X).

Bảng 5: Liên quan giữa hình thái amidan và số lượng trung tâm mầm.

	Quá phát	Xơ teo	Tổng	
			n	%
Mức độ ít	25	2	27	71,1
Mức độ nhiều	11	0	11	28,9

- Tất cả BN có số lượng nang trung tâm mầm mức độ nhiều đều có amidan quá phát

Bảng 6: Phân bố các nhóm mô bệnh học (n = 38).

Nhóm mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng sản đơn thuần	11	28,9
Viêm mạn tính	5	13,2
Viêm mạn tính - tăng sản	19	50
Viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa	3	7,9
Tổng số	38	100

- Nhóm viêm mạn tính - tăng sản chiếm cao nhất với 19/38 BN (50%).
- Nhóm tăng sản đơn thuần đứng thứ hai với 11/38 BN (28,9%); tiếp theo nhóm viêm mạn tính với 5/38 BN (13,2%).
- Nhóm viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa có số lượng BN ít nhất với 3/38 BN (7,9%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

* Theo nhóm tuổi và giới tính:

Độ tuổi trung bình: $25,6 \pm 9,1$, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nghiêm Đức Thuận [5] với độ tuổi trung bình là $26,2 \pm 9,7$ và tác giả Nguyễn Thị Bảo Chi [6] với độ tuổi trung bình là $26,25 \pm 10,57$. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 16 - 25: 15/38 (39,5%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lý Xuân Quang [7] và Trương Kim Tri [8].

Tỷ lệ nam/nữ là 3,75. Sự chênh lệch giữa nam và nữ có thể được giải thích là do đối tượng trong nghiên cứu này là quân nhân; vì vậy, số lượng BN nam nhiều hơn nữ.

* Triệu chứng lâm sàng:

Đau họng là triệu chứng chính hay gặp nhất (84,2%), cao hơn so với nghiên cứu của Ruta Pribuisiene [9] với 74,1% BN đau họng, tiếp theo là triệu chứng nuốt vướng (78,9% BN).

Đối với mỗi nhóm tuổi, có các triệu chứng bệnh đặc trưng: Nhóm tuổi 6 - 15 có hai triệu chứng hay gặp là ngủ ngáy và nuốt vướng với tỷ lệ lần lượt là 5/6 (83,33%) và 6/6 (100%), do nhóm tuổi này thường gặp viêm amidan, tình trạng viêm amidan quá phát làm bí tắc đường hô hấp trên, khoang họng nên gây ngủ ngáy và nuốt vướng.

Amidan quá phát gặp ở hầu hết BN (94,7%). Theo Nguyễn Nam Hà [10], tỷ lệ amidan quá phát là 68,3% và xơ

teo là 31,7% [10]. Trong đó, amidan quá phát độ II và độ III gặp nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 39,5% và 42,1%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ruta Pribuisiene [9] với tỷ lệ amidan quá phát độ II, III là 79%.

Amidan bề mặt hốc mũi bã đậu gặp ở 68,4% BN, kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Ruta Pribuisiene (61,7%) [9]. Bề mặt hốc mũi bã đậu phù hợp với đặc tính của viêm amidan mạn tính, bình thường chúng ta không thể quan sát được các hốc ở bề mặt amidan, nhưng khi quá trình viêm mạn tính tái đi tái lại nhiều lần làm cho các khe hốc giãn ra do chứa đầy mủ và các tế bào biểu mô, giống chất bã đậu, khi bong ra để lộ các khe hốc.

2. Đặc điểm mô bệnh học

Thâm nhiễm nhẹ/vừa tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan gặp ở 100% BN, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Serdar Ugras với 97% [1]. Thâm nhiễm lan tỏa tế bào lympho trong biểu mô và/ hoặc áp xe bề mặt biểu mô amidan 71,1%, thấp hơn nghiên cứu của Serdar Ugras với 93%. Thâm nhiễm tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan mức độ nhẹ hay lan tỏa hoặc sự xuất hiện của áp xe Ugras đều không xuất hiện ở amidan bình thường, do đó có thể dựa vào cả ba đặc điểm trên để chẩn đoán viêm amidan

mạn tính khá chính xác. Sự hiện diện của một trong các tiêu chí này không đủ để chẩn đoán bệnh viêm amidan mạn tính, tác giả cho rằng ít nhất hai trong số ba tiêu chí có thể được tìm thấy ở tất cả trường hợp viêm amidan mạn tính [1]. Theo Ugras, việc chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật cắt amidan dựa trên số đợt tái phát cấp tính là không an toàn vì viêm amidan mạn tính có thể được chẩn đoán ở các BN có tần suất tái phát cấp tính ít hơn 3 đợt/năm trong 3 năm hoặc 5 đợt/năm trong 2 năm hoặc 7 đợt/năm [1]. Việc chẩn đoán viêm amidan mạn tính theo các tiêu chí mô bệnh học giúp chẩn đoán đúng trước phẫu thuật, hạn chế cắt amidan trong những trường hợp không cần thiết và chẩn đoán sai.

Các đặc điểm về sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt và vùng dưới biểu mô amidan và tăng số lượng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang đều gặp ở 100% BN, cao hơn kết quả nghiên cứu của Serdar Ugras là 46% và 75% [1]. Điều này đặt ra vấn đề có phải các đợt viêm cấp tính ở BN trong nghiên cứu xảy ra nhiều hơn do tình trạng ô nhiễm và chăm sóc y tế? Và BN cần điều trị nội khoa trước mổ dài hơn? Cần có các nghiên cứu về vấn đề này. Các tế bào này chủ yếu nằm xung quanh các mao mạch của amidan, do đó việc xác định sự xuất hiện của

các tế bào này trong bề mặt và vùng dưới biểu mô, đặc biệt là vùng giữa các nang có ý nghĩa trong việc xác định tình trạng viêm mạn tính của amidan [1].

Sự hiện diện của tăng sản lympho gặp ở 32/38 BN (84,2%), trong đó tỷ lệ xuất hiện cao nhất ở nhóm tuổi 6 - 15, phù hợp với nghiên cứu của Serdar Ugras [1]. Về số lượng trung tâm mầm (soi ở vật kính x100), chúng tôi thấy rằng nhóm mức độ ít có tỷ lệ 71,1% và mức nhiều là 28,9%. Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Luciana Guedes Vilela Reis, nhóm ít 25,2%, nhóm nhiều 74,8% [11]. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu trên là trẻ em, cụ thể trong nghiên cứu của Luciana Guedes Vilela Reis, độ tuổi dao động từ 2 - 11 tuổi, có sự phát triển của các nang lympho hơn so với các đối tượng lớn tuổi [11]. Nghiên cứu của Luciana Guedes Vilela Reis cũng chỉ ra rằng nhóm amidan quá phát có sự tập trung các trung tâm mầm cao hơn so với nhóm viêm mạn tính đơn thuần. Sự hiện diện của trung tâm mầm chứng tỏ nang lympho rất tích cực sản xuất tế bào lympho, số lượng trung tâm mầm là tiêu chí mô bệnh học duy nhất có thể phân biệt viêm amidan quá phát với viêm amidan không quá phát. Khi có ≥ 6 trung tâm mầm trên mỗi trường ở độ

phóng đại 100x thì đó là amidan quá phát [11]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận trên ở tất cả các trường hợp có số lượng trung tâm mầm ≥ 6 đều có amidan quá phát ở các độ khác nhau. Tuy nhiên, Serdar Ugras và CS cho rằng tăng sản lympho là một triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp trong quá phát amidan, viêm amidan cấp tính và mạn tính [1]. Do đó, không nên sử dụng tiêu chí đơn độc này để chẩn đoán viêm amidan mạn tính bởi vì tăng sản lympho là sự mở rộng của các cơ quan lympho do hậu quả của sự tăng sản một số hoặc tất cả các thành phần tế bào miễn dịch, phản ánh sự kích thích của các tế bào lympho bởi các loại dị nguyên khác nhau [1].

Sự xuất hiện của teo và xơ hóa ít gặp nhất, lần lượt là 50% và 36,8%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nam Hà với 39,16% có xơ hóa [10], cao hơn Serdar Ugras với 43% xuất hiện teo, 32% xuất hiện xơ hóa [1]. Theo Serdar Ugras và CS xuất hiện xơ hóa và teo có tỷ lệ cao hơn ở BN trên 11 tuổi so với BN nhóm 1 - 10 tuổi, teo và xơ hóa có liên quan đến nhưng đợt viêm tiến triển hoặc nhiễm viêm mạn tính trong thời gian dài; vì vậy, khi khám lâm sàng, có thể thấy amidan bị teo và/hoặc xơ ở những BN bị viêm amidan mạn tính > 10 tuổi [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi viêm mạn tính - tăng sản chiếm cao nhất (50%), tăng sản đơn thuần đứng thứ hai (28,9%), hai nhóm ít gặp hơn là viêm mạn tính và viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa với tỷ lệ lần lượt là 13,2% và 7,9%. Theo nghiên cứu của Ruta Pribuisiene, viêm mạn tính- tăng sản 38,3%, viêm mạn tính 32,1%, viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa 22,2%, tăng sản đơn thuần 7,4% [12]. Theo Ripplinger, viêm mạn tính cao nhất với 42%, tiếp theo là viêm mạn tính- tăng sản 36%, tăng sản đơn thuần 12%, viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa 10% [3]. Kết quả của chúng tôi và Ruta đều cho thấy nhóm viêm mạn tính - tăng sản chiếm tỷ lệ cao nhất, còn kết quả của tác giả Ripplinger là nhóm viêm mạn tính, điều này có thể giải thích là do đối tượng nghiên cứu của Ripplinger là trẻ em < 6 tuổi [3].

KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung: $25,6 \pm 9,1$, nhóm tuổi 16 - 25 chiếm 39,5%.
- Tỷ lệ nam/nữ là 3,75.
- Đau họng 84,2%, nuốt vướng 78,9%.
- Amidan quá phát chiếm 94,7%, độ II và III lần lượt là 39,5% và 42,1%.
- Amidan bề mặt hốc mũ bã đậu 68,4%
- Thâm nhiễm nhẹ tế bào lympho trong biểu mô bề mặt amidan gặp ở 100%, thâm nhiễm lan tỏa tế bào

lympho trong biểu mô và/hoặc áp xe bề mặt biểu mô amidan gặp ở 71,1% BN.

- Sự hiện diện của bạch cầu đa nhân trung tính trong bề mặt, vùng dưới biểu mô amidan và tăng số lượng tương bào trong vùng dưới biểu mô và vùng giữa các nang gặp 100%.

- Tăng sản lympho gặp ở 84,2% BN, trong đó gặp ở 100% nhóm tuổi 6 - 15; 71,1% BN có số lượng trung tâm mầm mức độ ít và 28,9% mức độ nhiều.

- Sự xuất hiện của teo 50,0% và xơ hóa 36,8%.

- Phân nhóm mô bệnh học: Viêm mạn tính - tăng sản 50%, tăng sản đơn thuần 28,9%, viêm mạn tính 13,2%, viêm mạn tính - sẹo/xơ hóa 7,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ugras Serdar, Kutluhan Ahmet (2008). Chronic Tonsillitis Can Be Diagnosed With Histopathologic Findings. *European Journal of General Medicine*; 5:95-103
2. Ashraf M. J. et al. (2010). Fine needle aspiration cytology of palatine tonsils: a study of 112 consecutive adult tonsillectomies. *Cytopathology*; 21(3):170-5.
3. Ripplinger T., Theuerkauf T., Schultz-Coulon H. J. (2007). Significance of the medical history in decisions on whether tonsillotomy is indicated. *Hno*; 55(12):945-9.

4. Brodsky L. (1989) Modern assessment of tonsils and adenoids. *Pediatr Clin North Am*; 36(6):1551-69.
5. Nghiêm Đức Thuận, Đào Gia Hiền, Phạm Minh Tuấn (2010) Nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật amidan dưới gây mê nội khí quản bằng dao kim điện đơn cựccao tần đơn cực và phẫu thuật kinh điển. *Tạp chí Y học Việt Nam tháng 12, số 2/2010*:125-130.
6. Nguyễn Thị Bảo Chi, Trần Phan Chung Thủy, Võ Quang Phúc (2017). Đánh giá hiệu quả sử dụng dao plasma trong phẫu thuật cắt amidan tại bệnh viện tai mũi họng tp. HCM. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 21:81-85.
7. Lý Xuân Quang, Phạm Kiên Hữu (2007) Đánh giá kết quả sử dụng dao mổ siêu âm trong cắt amidan. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*; 11:5-8.
8. Trương Kim Chi, Nguyễn Tư Thế, Võ Lâm Phước (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn ái khí của viêm amidan mạn tại bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Y Dược học*; 2(6):46.
9. Pribušienė R. et al. (2013) The most important throat-related symptoms suggestive of chronic tonsillitis as the main indication for adult tonsillectomy. *Medicina (Kaunas)*; 49(5):219-222.
10. Nguyễn Nam Hà và CS (2009) Đặc điểm giải phẫu bệnh của amidan viêm mạn tính ở người lớn được cắt amidan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, TP.HCM. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*; 13:273.
11. Reis L. G. et al. (2013) Tonsillar hyperplasia and recurrent tonsillitis: clinical-histological correlation. *Braz J Otorhinolaryngol*; 79(5):603-8.
12. Pribušienė Rūta et al. (2015) Correlation between throat-related symptoms and histological examination in adults with chronic tonsillitis. *Medicina*; 51(5):286-290.