

này sẽ tự hết trong 1-2 tuần hoặc chỉ cần sử dụng thêm một số thuốc hỗ trợ ngăn ngừa như nước mắt nhân tạo, thuốc nhỏ mắt có chứa steroid, giảm đau không steroid. Hiệu quả thẩm mỹ có thể thấy ngay sau khi can thiệp nếu phẫu thuật viên tôn trọng những nguyên tắc cơ bản trong khi thực hiện. Bệnh nhân thường hài lòng hơn vì hầu như không đau và không để lại sẹo ngoài da. Phương pháp này nên được áp dụng vào thực hành lâm sàng khi có chỉ định phù hợp để đạt hiệu quả tối ưu nhất.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình mi dưới lấy bỏ bọng mỡ qua đường xuyên kết mạc là một phương pháp đã có từ lâu, được cải tiến qua các năm, an toàn, mang lại hiệu quả cao, đặc biệt đối với những bệnh nhân trẻ, ít hoặc không thừa da mi nhiều [1, 3, 7]. Phương pháp này giúp tránh được các biến chứng không mong muốn so với phương pháp tiếp cận xuyên da truyền thống [4].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Spinelli, H.M.**, Chapter Five - Lower Lid Blepharoplasty, in Atlas of Aesthetic Eyelid and

- Periocular Surgery, H.M. Spinelli, Editor. 2004, W.B. Saunders: Philadelphia. p. 72-79.
2. **Kontoos, P.**, Step-by-Step Updated Blepharoplasty Technique, in State of the art in Blepharoplasty: From Surgery to the Avoidance of Complications, P. Kontoos, Editor. 2017, Springer International Publishing: Cham. p. 29-52.
3. **Bhattacharjee, K., et al.**, Lower eyelid blepharoplasty: An overview. Indian J Ophthalmol, 2020. 68(10): p. 2075-2083.
4. **Pacella, S.J., F.R. Nahai, and F. Nahai**, Transconjunctival Blepharoplasty for Upper and Lower Eyelids. Plastic and Reconstructive Surgery, 2010. 125(1).
5. **Rafaelof, M.A. and J.M. Joseph**, Transconjunctival Blepharoplasty, in Plastic Surgery of the Lower Eyelids, J.P. Tao, Editor. 2023, Springer International Publishing: Cham. p. 221-229.
6. **Nguyễn, N.T., Q.A. Nguyễn, and N.H. Nguyễn**, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THẨM MỸ MI DƯỚI ĐƯƠNG KẾT MẠC. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 521(2).
7. **Guo, L., et al.**, Comprehensive considerations in blepharoplasty in an Asian population: a 10-year experience. Aesthetic Plast Surg, 2010. 34(4): p. 466-74.
8. **Rancati, A., et al.**, Lower Blepharoplasty Review, Transcon-junctival vs. Transcutaneous Approach. Modern Plastic Surgery, 2014. 5(01): p. 1.

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG ĐỐI VỚI CAN THIỆP CHỌC HÚT Ổ ÁP XE Ở BỆNH NHÂN ÁP XE GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thị Ngọc Linh¹, Lê Thị Thu Hằng¹, Ngô Thị Hương¹,
Trần Việt Trinh¹, Nguyễn Thị Thùy¹, Phạm Thảo Tố¹,
Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Mai Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Áp xe gan là bệnh lý viêm cấp tính khu trú ở gan, và chọc hút ổ áp xe cần thực hiện ở từ 50-60% số trường hợp bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá vai trò của điều dưỡng trong thực hiện can thiệp này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 121 bệnh nhân áp xe gan được thực chọc hút tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2018 -8/2023, đánh giá các hoạt động của điều dưỡng trước, trong và sau can thiệp dựa trên hồ sơ lưu trữ, và kết quả đạt được đối với thành công và an toàn của kỹ thuật. **Kết quả:** 59,5% bệnh nhân được chọc hút 1 lần, hút được trung bình 69,5 ml dịch. Thủ thuật an toàn với 21,5% bệnh nhân

đau tại vết chọc kim, không có tai biến nghiêm trọng. Hoạt động chăm sóc, tư vấn giáo dục sức khỏe đạt kết quả tốt ở nhiều nội dung, trong đó theo dõi biến chứng, xử trí kịp thời (95,0%); thực hiện cấp phát thuốc và dùng thuốc theo y lệnh đúng thời gian (91,8%); hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi theo bệnh (91,7%); hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc đúng cách (98,3%). Ngược lại, một vài nội dung kết quả còn hạn chế như thay ga trải giường, hỗ trợ vệ sinh cá nhân (83,4%); tư vấn để bệnh nhân hiểu rõ về tình trạng bệnh, chăm sóc tâm lý, trấn an người bệnh (85,7%). **Kết luận:** Các hoạt động của điều dưỡng góp phần nâng cao hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật chọc hút áp xe gan. Do đó, cần thường xuyên tập huấn, nâng cao chất lượng công tác điều dưỡng để nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị.

Từ khóa: áp xe gan, chọc hút ổ áp xe, vai trò của điều dưỡng

SUMMARY

ROLE OF NURSING IN PERCUTANEOUS DRAINAGE INTERVENTION FOR HEPATIC ABSCESS PATIENTS TREATED AT MILITARY

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình
Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024
Ngày duyệt bài: 28.5.2024

CENTRAL HOSPITAL 108

Objective: Hepatic abscess is an acute localized inflammation of the liver, and percutaneous drainage is required in 50-60% of cases. Our study evaluates the role of nursing in performing this intervention.

Subject and Methods: A retrospective study was conducted on 121 patients with hepatic abscesses undergoing percutaneous drainage at Military Hospital 108 from 1/2018 to 8/2023. Based on medical records, we assessed nursing activities before, during, and after the intervention, focusing on the procedure's success and safety. **Results:** 59.5% of patients underwent one-time drainage, with an average fluid volume of 69.5 ml. The procedure was safe, with 21.5% experiencing pain at the needle puncture site and no severe complications. Nursing care and health education activities yielded positive results in many aspects, including complication monitoring and timely management (95.0%); medication dispensing and adherence (91.8%); dietary, lifestyle, and rest guidance (91.7%); and proper patient medication education (98.3%). However, some aspects, such as changing bed linens and assisting with personal hygiene (83.4%), counseling for patient understanding of their condition, psychological care, and reassurance (85.7%), showed limited results. **Conclusion:** Nursing activities improve the effectiveness and safety of hepatic abscess drainage. Therefore, regular training and quality improvement in nursing practices are needed to enhance treatment outcomes further.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là sự viêm nhiễm khu trú thành ổ, có thể tồn tại đơn độc hoặc nhiều ổ rải rác, do các tác nhân vi khuẩn, ký sinh trùng hoặc nấm [7], phụ thuộc nhiều vào điều kiện sống, lối sống, văn hóa, phong tục... Amip là nguyên nhân chính gây bệnh thì ở các quốc gia phát triển ở khu vực Châu Á, châu Phi, trong khi đó vi khuẩn lại là nguyên nhân chính của áp xe gan tại Châu Âu, Bắc Mỹ [7]. Hoa Kỳ ước tính khoảng 4,1 trường hợp/100.000 dân, ở nam giới cao hơn nữ giới (3,3 so với 1,3/100.000 dân) mắc áp xe gan sinh mủ. Hiện nay, áp xe sinh mủ gặp tần suất ngày càng tăng, do nhiều loại vi khuẩn gây nên, trong đó thường gặp là E.coli, Klebsiella, Streptococcus, Staphylococcus và các vi khuẩn kỵ khí [7]. Các nghiên cứu trước đây ghi nhận nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi và các bệnh lý kèm theo (đái tháo đường, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch...) [7, 1]. Áp xe gan mủ có thể gây các biến chứng nặng toàn thân, đặc biệt là biến chứng nhiễm khuẩn huyết, và việc chẩn đoán điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Những ổ áp xe nhỏ (thường dưới 4cm), đơn độc có thể tự hấp thu, ngược lại sẽ gây ra những triệu chứng nặng của áp xe, và có thể gây vỡ khuẩn huyết dai dẳng nếu không được kiểm soát tốt [6]. Chọc hút áp xe gan đối với những ổ áp

xe kích thước lớn, từ 5cm trở lên khi có dấu hiệu hóa mủ là chỉ định đầu tay, giúp giảm bớt ổ nhiễm khuẩn tiên phát, đồng thời sử dụng làm chẩn đoán, cấy khuẩn và kháng sinh đồ nếu có thể [1, 3], thậm chí, nếu ổ áp xe kích thước quá lớn, nhiều ổ nhỏ liên kết sẽ phải dẫn lưu ổ áp xe. Vì vậy, việc chăm sóc, theo dõi tai biến, biến chứng trong quá trình điều trị và các biện pháp tư vấn, hướng dẫn điều trị dự phòng có ý nghĩa quan trọng giúp nâng cao hiệu quả điều trị và phòng ngừa tái phát; đặc biệt ở những bệnh nhân có can thiệp điều trị như chọc hút, dẫn lưu ổ áp xe. Để thực hiện tốt các nội dung này, yêu cầu người điều dưỡng phải có kinh nghiệm, có chuyên môn tốt, tích cực, tận tình chăm sóc, theo dõi bệnh nhân để kịp thời có các biện pháp hướng dẫn và xử trí.

Việt Nam là một quốc gia nông nghiệp, kinh tế đang phát triển; đồng thời văn hóa ẩm thực đường phố phát triển nên bệnh lý áp xe gan thường gặp trong nhóm bệnh lý tiêu hóa [5, 1, 4]. Nguyên nhân chủ yếu là do vi khuẩn, với sự phân lập được rất nhiều nhóm khuẩn, trong đó hay gặp nhất là Klebsiella chiếm hơn 90% [1, 4]. Trong quá trình điều trị bệnh nhân áp xe gan, từ 50% - 60% số bệnh nhân cần tiến hành chọc hút ổ áp xe để làm chẩn đoán hoặc / và điều trị [1, 2, 4], thậm chí là dẫn lưu ổ áp xe [3]. Những bệnh nhân chọc hút cho tỷ lệ thành công điều trị lên tới trên 95%, tuy nhiên với tỷ lệ biến chứng thấp [1, 2]. Để làm giảm nguy cơ tai biến nặng nề của kỹ thuật chọc hút, đặc biệt liên quan tới chảy máu, công tác điều dưỡng phụ quá trình chọc dẫn lưu, cũng như theo dõi sát bệnh nhân sau can thiệp đóng vai trò quan trọng. Mặc dù có nhiều báo cáo, thông báo tỷ lệ thành công và tai biến của kỹ thuật chọc hút ổ áp xe gan [1, 2], nhưng chưa có nhiều báo cáo phân tích, đánh giá giá trị của công tác điều dưỡng góp phần thực hiện thành công và an toàn của kỹ thuật. Xuất phát từ thực tiễn trên, với mong muốn tìm được những chứng cứ khoa học phục vụ cho công tác khám chữa bệnh, tư vấn và giáo dục sức khỏe cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân áp xe gan có can thiệp chọc hút dịch ổ áp xe tại bệnh viện TWQĐ 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trong 196 bệnh nhân áp xe gan, được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện TWQĐ 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2023 [4], có 121 bệnh

nhân được chọc hút ổ áp xe gan.

Tiêu chuẩn lựa chọn (Gồm các tiêu chuẩn sau): Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan với triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scan hoặc MRI) phù hợp với áp xe gan; được điều trị bằng phương pháp chọc hút dịch ổ áp xe.

Tiêu chuẩn loại trừ (Một trong các tiêu chuẩn) Bệnh nhân có lâm sàng phù hợp nhưng không có bằng chứng áp xe gan trên cận lâm sàng hình ảnh học; bệnh nhân không can thiệp chọc hút dịch ổ áp xe; ổ áp xe ung thư hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện (121 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ)

- Đánh giá các hoạt động của điều dưỡng trước, trong và sau can thiệp dựa trên hồ sơ lưu trữ.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Các chỉ tiêu lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh khi vào viện:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ bản thân, yếu tố dịch tễ, tiền sử, bệnh lý kèm theo.

- Đặc điểm triệu chứng lâm sàng: các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể, tam chứng Fontan (sốt, đau hạ sườn phải, gan to), vàng da, dịch ổ bụng, dịch màng phổi...

2.3.2. Các chỉ tiêu theo dõi, chăm sóc người bệnh áp xe gan:

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi tình trạng đau bụng, tính chất đau bụng, điểm đau, các triệu chứng khác.

- Kết quả can thiệp chọc hút ổ áp xe, số lần, đặc điểm dịch mủ, theo dõi tai biến, biến chứng, tình trạng bệnh nhân sau chọc hút.

- Số nằm viện điều trị nội trú.

2.3.3. Đánh giá kết quả chăm sóc hộ lý: Kết quả chăm sóc tốt khi:

- Người bệnh đỡ đau, hết sốt, các xét nghiệm trở về bình thường.

- Các y lệnh được thực hiện đầy đủ và chính xác.

- Người bệnh được theo dõi để phát hiện sớm các biến chứng và xử trí kịp thời (nếu có).

- Người bệnh được giải thích, tư vấn để biết được tình trạng bệnh và thực hiện được các y lệnh về ăn uống và nghỉ ngơi.

- Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh tái phát khi bệnh ổn định.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ và trong quá trình theo dõi BN; tổng hợp vào bệnh án nghiên cứu; nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Đặc điểm tuổi giới: tuổi trung bình là 59,8 ± 14,7, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, nhóm tuổi trên 55 chiếm 66,9%; tỉ lệ nam/nữ là 2,9/1.

- Yếu tố nguy cơ bản thân:

+ Tiền sử: áp xe gan (9,1%), phẫu thuật bụng (8,3%), phẫu thuật đường mật (8,3%), can thiệp ERCP (3,3%).

+ Bệnh lý kèm theo: đái tháo đường (29,8%), tăng huyết áp (13,2%), lạm dụng rượu bia (5,8%), sỏi mật (11,6%), xơ gan (1,7%), ung thư (4,1%).

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm một số chỉ số sinh tồn thời điểm nhập viện (n=121)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Mạch (lần/phút)	≥ 90	52	43,0
	< 90	69	57,0
HA tâm thu (mmHg)	≥ 140	14	11,6
	90 - 139	104	86,0
	< 90	3	2,4
Nhiệt độ (°C)	≥ 37,5	96	79,3
	< 37,5	25	20,7
Rối loạn ý thức	Có	3	2,5
	Không	118	97,5

Nhận xét: có 43,0% BN có mạch nhanh hơn 90 lần/phút; 86,0% có HA tâm thu trong giới hạn 90-139 mmHg; 79,3% có thân nhiệt trên 37,50C; chỉ có 2,5% biểu hiện rối loạn ý thức tại thời điểm nhập viện.

Bảng 3.2. Một số triệu chứng cơ năng (n = 121)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	96	79,3
Đau hạ sườn phải	112	92,6
Đau tăng liên quan đến nhịp thở	44	45,5
Mệt mỏi, chán ăn	82	67,8
Sụt cân	15	12,4
Tiêu chảy	5	4,1
Buồn nôn, nôn	12	9,9
Ho, khó thở	15	12,4

Nhận xét: triệu chứng cơ năng hay gặp là đau hạ sườn phải (92,6%), đau tăng liên quan đến nhịp thở (45,5%), sốt (79,3%), mệt mỏi chán ăn (67,8%); một triệu chứng khác như rối loạn tiêu hóa: buồn nôn, nôn (9,9%), tiêu chảy (4,1%), sụt cân (12,4%), ho khó thở (12,4%).

Bảng 3.3. Một số triệu chứng thực thể (n=121)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gan to	62	51,2
Rung gan (+)	30	24,8
Vàng da	14	11,6
Dịch màng phổi	8	6,6
Dịch ổ bụng	7	5,8

Nhận xét: triệu chứng thực thể thường gặp là gan to (51,2%), dấu hiệu rung gan (+) (24,8%); triệu chứng ít gặp hơn là vàng da (11,6%), dịch màng phổi (6,6%), dịch ổ bụng (5,8%). Tỷ lệ tam chứng Fontan gặp trong nghiên cứu là 35,5%.

3.3. Đặc điểm chọc hút ổ dịch áp xe và hoạt động chăm sóc bệnh nhân sau chọc hút

Bảng 3.4. Đặc điểm chọc hút dịch mũ ổ áp xe (n=121)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần chọc hút	1 lần	72	59,5
	2 lần	36	29,8
	≥ 3 lần	13	10,7
Dịch mùi thối	Có	81	66,9
	Không	40	33,1
Màu sắc dịch mũ	Trắng, trắng xanh	35	28,9
	Vàng	38	31,5
	Nâu, nâu đỏ	29	23,9
	Khác	19	15,7
Số lượng dịch (ml)	Trung bình ± SD	69,5 ± 98,3	
	Ít nhất – Nhiều nhất	5 - 600	
Một số tai biến, biến chứng chọc hút	Đau mức độ trung bình/nhiều tại vết kim chọc	26	21,5
	Nhiễm trùng vết kim chọc	0	0
	Chảy máu trong ổ bụng	0	0
	Thủng tạng rỗng	0	0
	Khác	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chọc hút 1 lần (59,5%), lượng dịch mũ trung bình là 69,5 ± 98,3 ml, trong đó nhiều nhất là 600ml. Đặc điểm dịch mũ: có 66,9% có mùi thối, màu sắc dịch: vàng (31,5%), trắng (28,9%), nâu, nâu đỏ (23,9%).

- Tất cả bệnh nhân can thiệp chọc hút đều an toàn, không xảy ra các tai biến, biến chứng nghiêm trọng, chỉ có 26 (21,5%) bệnh nhân có đau, nề nhẹ tại vết kim chọc.

3.4. Kết quả chăm sóc người bệnh áp xe gan

Bảng 3.5. Hoạt động chăm sóc, theo dõi cơ bản

Hoạt động chăm sóc	Kết quả Tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Thay ga trải giường, hỗ trợ vệ	101	83,4

sinh cá nhân		
Thực hiện cấp phát thuốc, dùng thuốc theo y lệnh	111	91,8
Theo dõi biến chứng xảy ra, xử trí kịp thời	115	95,0
Thực hiện các xét nghiệm	112	92,6
Theo dõi chỉ số sinh tồn hàng ngày	109	90,0

Nhận xét: Bệnh nhân được theo dõi sát, xử lý kịp thời các triệu chứng và tai biến với tỷ lệ cao nhất là 95%. Hoạt động đo chỉ số sinh tồn hàng ngày đạt 90%. Tỷ lệ thấp nhất là hoạt động thay ga trải giường, đổi quần áo BN đúng quy định chiếm 83,4%.

Bảng 3.6. Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe

Nội dung đánh giá tư vấn, GDSK	Kết quả Tốt	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Về tình trạng bệnh, chăm sóc tâm lý, trấn an người bệnh	104	85,7
Về biến chứng có thể xảy ra trong điều trị	110	90,9
Về hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi	111	91,7
Về hướng dẫn dùng thuốc	119	98,3
Về các biện pháp phòng bệnh, vệ sinh cá nhân	108	89,3
Hướng dẫn tái khám	118	97,5

Nhận xét: Kết quả tốt đạt được ở nội dung hướng dẫn dùng thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất 98,3%; Nội dung tư vấn tình trạng bệnh, chăm sóc tâm lý, trấn an người bệnh chiếm 85,7%.

* Kết quả điều trị ở 121 bệnh nhân chọc hút ổ áp xe

- Số ngày cắt sốt trung bình là 11,0 ± 6,3 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 43 ngày.

- Số ngày nằm viện trung bình là 15,7 ± 8,1, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 50 ngày.

- Tình trạng bệnh nhân khi ra viện: tất cả bệnh nhân đều ổn định khi ra viện, đã cắt sốt, không còn đau bụng.

IV. BÀN LUẬN

Áp xe gan là bệnh lý cấp tính, có thể gặp biến chứng nặng nếu không được điều trị kịp thời. Chọc hút ổ áp xe gan cần được thực hiện ở trên 50% số bệnh nhân áp xe gan, để làm chẩn đoán nguyên nhân và điều trị [2, 4]. Góp phần giúp kỹ thuật này thành công và an toàn, công tác điều dưỡng đóng một phần quan trọng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá vai trò của điều dưỡng trong điều trị 121 bệnh nhân áp xe gan đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên

cứ: $59,8 \pm 14,7$, thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, nhóm tuổi trên 55 chiếm 66,9%; tỉ lệ nam/nữ là 2,9/1. Bệnh lý kèm theo hay gặp là: đái tháo đường (29,8%), tăng huyết áp (13,2%), lạm dụng rượu bia (5,8%), sỏi mật (11,6%), xơ gan (1,7%), ung thư (4,1%). Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận nam giới là đối tượng hay bị mắc bệnh hơn so với nữ giới; tuổi cao, mắc bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, sỏi mật... là một yếu tố thuận lợi cho sự hình thành và phát triển của bệnh [7, 6]. Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh, áp xe gan thường xuất hiện sau một nhiễm trùng nguyên phát ở ổ bụng hoặc sau khi các tác nhân vi sinh vật xâm nhập vào cơ thể qua đường tiêu hóa; hệ thống miễn dịch suy giảm là một trong những điều kiện thuận lợi giúp bệnh bùng phát và diễn biến nặng nề hơn.

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng: kết quả ở bảng 3.2 cho thấy triệu chứng cơ năng hay gặp là đau hạ sườn phải (92,6%), đau tăng liên quan đến nhịp thở (45,5%), sốt (79,3%), mệt mỏi chán ăn (67,8%); đau và sốt là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân nhập viện khám và điều trị. Có 52 BN (43,0%) mạch nhanh, chỉ có 2,5% biểu hiện rối loạn ý thức tại thời điểm nhập viện, ngoài ra một số triệu chứng khác ít gặp hơn như rối loạn tiêu hóa (buồn nôn, nôn, đại tiện phân lỏng...), ho, khó thở... Triệu chứng thực thể thường gặp là gan to (51,2%), dấu hiệu rung gan dương tính (24,8%) (bảng 3.3). Trong y văn ghi nhận triệu chứng kinh điển của áp xe gan đó là tam chứng Fontan gồm sốt, đau hạ sườn phải, gan to và đau. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận có 43 trường hợp (35,5%) biểu hiện đầy đủ 3 triệu chứng trên, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để đại diện cho quần thể, đồng thời với thói quen sử dụng kháng sinh tràn lan như hiện nay, chỉ với một số triệu chứng biểu hiện chưa rõ ràng người bệnh đã tự ý dùng thuốc kháng sinh nên các triệu chứng không còn biểu hiện điển hình như trong y văn đề cập đến. Một số nghiên cứu trước đây cũng cho kết quả tương tự, nghiên cứu của Đào Đức Tiến cũng ghi nhận phần lớn bệnh nhân nhập viện với triệu chứng sốt (89,6%) và đau hạ sườn phải (81,3%) [6], nghiên cứu của Đoàn Anh Dũng có tỷ lệ đau hạ sườn phải 92,3%, sốt 92,3%, gan to 61,5%, tam chứng Fontan đầy đủ chiếm 48,7% [2].

Vai trò của công tác điều dưỡng trước khi tiến hành thủ thuật: tất cả các bệnh nhân đều được động viên trấn an tâm lý, giải thích rõ ràng về các tai biến, biến chứng có thể xảy ra. Đa số

bệnh nhân được chọc hút 1 lần (59,5%), kết thúc thủ thuật bảo đảm an toàn, không có trường hợp nào xảy ra tai biến biến chứng nghiêm trọng; 21,5% bệnh nhân sau chọc hút có đau, nề nhẹ tại vết kim chọc và đã được hướng dẫn dùng thuốc giảm đau và trườm ấm xung quanh vết chọc, tất cả đều cải thiện tốt sau 24-48h; vết chọc kim được theo dõi và chăm sóc, thay băng hằng ngày không để xảy ra biến chứng nhiễm trùng. Sau chọc hút phần lớn bệnh nhân đều cải thiện triệu chứng lâm sàng như đỡ đau vùng hạ sườn phải, giảm sốt và cắt sốt. Số lượng dịch mủ trung bình ở mỗi lần chọc hút là $69,5 \pm 98,3$ ml, đặc biệt có trường hợp cần phải chọc hút tới 4 lần, thu được tổng khoảng 600ml, bệnh nhân sau đó được điều trị ổn định và ra viện. Nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ có số lượng dịch mủ trung bình là 190 ml [2]. Y văn ghi nhận, mủ trong áp xe gan do amip thường có màu nâu sôcôla hoặc đỏ nâu, còn mủ của áp xe gan do vi khuẩn thường có màu xanh, xám trắng hoặc kem.

Kết quả các hoạt động chăm sóc bệnh nhân; tư vấn, giáo dục sức khỏe được tổng hợp ở bảng 3.5 và 3.6. Một số hoạt động có kết quả cao nổi bật là hoạt động theo dõi biến chứng, xử trí kịp thời (945,0%); thực hiện cấp phát thuốc và dùng thuốc theo y lệnh đúng thời gian đạt 91,8%; hướng dẫn chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi theo bệnh (91,7%); hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc đúng cách (98,3%). Mặc dù vậy còn một số hạn chế trong công tác chăm sóc, tư vấn của điều dưỡng như: thay ga trải giường, hỗ trợ vệ sinh cá nhân (83,4%); tư vấn để bệnh nhân hiểu rõ về tình trạng bệnh, chăm sóc tâm lý, trấn an người bệnh (85,7%). Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng có thể kể đến như: nhân lực còn hạn chế, có thời điểm còn phân tán để thực hiện nhiều nhiệm vụ khác nhau, đặc biệt trong bối cảnh dịch bệnh Covid-19 diễn biến phức tạp đã tác động không nhỏ đến nhiều hoạt động điều trị, chăm sóc bệnh nhân; số lượng công việc vào giờ trực, ngày nghỉ rất nhiều, chúng tôi ghi nhận những hoạt động chăm sóc chưa đạt kết quả tốt thường xảy ra vào những thời điểm này. Đây cũng là nguyên nhân thường gặp ở các cơ sở y tế, đặc biệt là ở các bệnh viện tuyến trên và tuyến cuối với tình trạng quá tải bệnh nhân [8]. Mặc dù vậy, vẫn còn một số nguyên nhân chủ quan như công tác kiểm tra, giám sát điều dưỡng; chất lượng chuyên môn chưa đồng bộ.

Kết quả điều trị áp xe gan ở bệnh nhân được chọc hút: Thời gian nằm viện trung bình trong

ngiên cứu là $15,7 \pm 8,1$ ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất là 50 ngày, tại thời điểm ra viện các bệnh nhân có tình trạng lâm sàng ổn định, đã cắt sốt, không còn đau bụng với số ngày cắt sốt trung bình là $11 \pm 6,3$ ngày, nhỏ nhất là 2 ngày, lớn nhất là 43 ngày; ca bệnh sốt kéo dài do có tình trạng nhiễm khuẩn huyết, bệnh nhân sau đó được chăm sóc điều trị ổn định và ra viện; trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong. Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Nguyễn Công Long thời gian nằm viện trung bình là $17,83 \pm 8,47$ ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất là 39 ngày [3]. Có thể thấy áp xe gan là bệnh lý nhiễm trùng tiên lượng nặng nề, thời gian điều trị còn kéo dài, do vậy công tác chăm sóc hộ lý có vai trò hết sức quan trọng, góp phần quan trọng giúp bệnh nhân nhanh chóng phục hồi sức khỏe và khỏi bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chọc hút áp xe gan là chỉ định cần thiết và an toàn đối với bệnh nhân áp xe gan. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong suốt quá trình can thiệp, góp phần nâng cao tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật, đặc biệt là hướng dẫn bệnh nhân liên quan tới bệnh lý, trấn an tâm lý

và hướng dẫn về tuân thủ lối sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Đức Tiến, Trần Hà Hiếu, Trần Văn Hiền,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan do vi khuẩn điều trị tại Bệnh viện Quân y 175. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2022. 17: p. 72-77.
- Đoàn Anh Vũ,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh áp xe gan bằng phương pháp nội khoa hoặc chọc hút mủ tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2017. Tạp chí y dược học Cần Thơ, 2018. 13-14: p. 54-62.
- Nguyễn Công Long, T.V. Sơn,** Đánh giá kết quả điều trị ổ áp xe gan trên 5 cm bằng Sonde dẫn lưu. 2021. 507(2).
- Nguyễn Thị Huyền Trang, et al.,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2024. 19(1).
- Blessmann, J., et al.,** Epidemiology of amebiasis in a region of high incidence of amebic liver abscess in central Vietnam. Am J Trop Med Hyg, 2002. 66(5): p. 578-83.
- Lardiere-Deguelte, S., et al.,** Hepatic abscess: Diagnosis and management. J Visc Surg, 2015. 152(4): p. 231-43.
- Roediger, R., M. Lisker-Melman,** Pyogenic and Amebic Infections of the Liver. Gastroenterol Clin North Am, 2020. 49(2): p. 361-377.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC SAU CHẤN THƯƠNG

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Trần Kiên An¹, Lê Nhật Nam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc nhiễm trùng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù/giảm thị lực trầm trọng. Bệnh khởi phát do sự mất cân bằng giữa hệ thống phòng thủ của bề mặt nhãn cầu và sự phát triển quá mức của vi sinh vật, trong đó chấn thương là yếu tố hàng đầu và là điều kiện tiên quyết tạo cơ hội cho vi sinh tấn công trực tiếp mô giác mạc. Do sự khác biệt về vị trí địa lý, trình độ kinh tế - xã hội nên loại vi sinh gây bệnh cũng phát triển khác nhau. Song song đó ý thức người dân còn hạn chế về độ nghiêm trọng của bệnh nên có những hành vi góp phần gây biến chứng. Như vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị đúng từ đầu là vấn đề rất quan trọng, quyết định đến hiệu quả điều trị. Theo thời gian với tình hình kinh tế xã hội phát triển, tác nhân vi sinh ở các vùng

địa lý, dân cư cũng có thể thay đổi do đó các biểu hiện lâm sàng, đặc điểm vi sinh có thể có nhiều sự biến đổi theo. Nhằm cập nhật vấn đề mang tính thời sự và góp phần vào việc chẩn đoán, nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, vi sinh và mối liên quan của các đặc điểm đó với tiên lượng thị lực và kết quả điều trị viêm loét giác mạc nhiễm trùng sau chấn thương. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc có tiền căn bị chấn thương đến khám và điều trị tại khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5/2023 đến 11/2023. Có phiếu thu thập thông tin được sử dụng để ghi nhận bệnh sử, các yếu tố nguy cơ, kết quả xét nghiệm vi sinh, theo dõi điều trị và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng tại mắt trước và sau điều trị. Viêm loét giác mạc do các nguyên nhân khác (virus, amip, bệnh lý tự miễn, đeo kính tiếp xúc) được loại khỏi nghiên cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 60 mắt, tuổi trung bình là $47 \pm 11,1$ tuổi, nam mắc bệnh cao hơn nữ (71,7%). Đa số chấn thương là do tai nạn sinh hoạt (67%), trong đó tác nhân bụi đất chiếm hàng đầu (36,7%). Thời gian bị chấn thương trước vào viện trung vị là 10 ngày. Tỷ lệ soi tươi dương tính 62,7%, nuôi cấy dương tính 37,5% cho kết

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Kiên An

Email: kienan.nguyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 27.5.2024