

16,5%; nhịp tim thai nhanh/ chậm/ không đều 9,3%; ngôi không lọt 13,3%. Tỷ lệ MLT do ối vỡ non, ối vỡ sớm chiếm 19,0%; thiếu ối 10,5%; rau tiền đạo 1,2%. Tỷ lệ chỉ định MLT do gia đình xin mổ là 4,4%; chuyển dạ kéo dài 1,6%. Tỷ lệ sản phụ có chỉ định MLT do bệnh lý mẹ là 3,6%; do đường sinh dục là 58,1%; do thai 41,1% và do phần phụ của thai 31,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Ánh và cs (2022), Giáo trình sản phụ khoa (Dành cho học viên Sau đại học), Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Anh, Nguyễn Thị Kim Tiên, Nguyễn Xuân Thành (2019), "So sánh chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 2 giai đoạn 2013 và 2018", Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên, 194 (1), tr. 145-150.
3. Nguyễn Thị Bình (2013), Nghiên cứu chỉ định và kỹ thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2002 và 2012,

- Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
4. Tống Thị Khánh Hằng (2020), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mổ lấy thai con so đủ tháng tại khoa Phụ sản, Bệnh Viện Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
 5. Nguyễn Xuân Minh, Trương Quang Vinh (2023), "Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ sinh con so tại Bệnh viện Sản-Nhi, tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Phụ sản, 20 (4), tr. 43-49.
 6. Vũ Trọng Tân (2018), Nghiên cứu một số chỉ định và kết quả mổ lấy thai tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
 7. Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J., et al. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", *Bjog*, 123 (5), pp. 667-670.
 8. Pasko D.N., McGee P., Grobman W.A., et al. (2018), "Variation in the Nulliparous, Term, Singleton, Vertex Cesarean Delivery Rate", *Obstet Gynecol*, 131 (6), pp. 1039-1048

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN BẰNG DẪN LƯU Ổ ÁP XE DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Bùi Văn Dương¹, Trần Tiên Thành¹, Nguyễn Đại Quảng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan bằng phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tổng cộng 21 bệnh nhân đã được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.43 ± 10.42 tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (71.4%). Khoảng 38.1% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường và 28.6% có tiền sử bệnh lý đường mật. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất khi nhập viện là sốt (90.5%) và đau hạ sườn phải (85.7%). Về cận lâm sàng, hầu hết bệnh nhân có tình trạng viêm nhiễm rõ rệt với bạch cầu tăng cao (85.7%) và CRP trung bình 143.57 ± 58.74 mg/L. Kết quả hình ảnh học cho thấy 85.7% trường hợp là áp xe đơn ổ, với kích thước trung bình của ổ áp xe lớn nhất là 7.51 ± 1.83 cm. Vị trí phổ biến nhất của áp xe là thùy gan phải (81.0%). Nuôi cấy mủ dương tính ở 61.9% bệnh nhân, trong đó *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân gây bệnh hàng đầu (69.2% số mẫu dương tính). Về kết quả điều trị, phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh hoặc cải thiện rõ rệt đạt 81.0%. Thời

gian trung bình để bệnh nhân hạ sốt là 4.71 ± 2.03 ngày, và thời gian trung bình lưu ống dẫn lưu là 28.34 ± 10.94 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 17.81 ± 6.77 ngày. Tỷ lệ biến chứng được ghi nhận là 33.3%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Tỷ lệ thất bại điều trị là 19.0%. **Kết luận:** Nghiên cứu kết luận rằng dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả cao trong điều trị áp xe gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, giúp kiểm soát nhanh chóng tình trạng nhiễm trùng và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân. **Từ khóa:** áp xe gan, dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm

SUMMARY

OUTCOMES OF LIVER ABSCESS TREATMENT USING ULTRASOUND-GUIDED ABSCESS DRAINAGE AT VIET TIỆP FRIENDSHIP HOSPITAL

This study was conducted to evaluate the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of liver abscess managed by ultrasound-guided percutaneous drainage at Viet Tiệp Friendship Hospital from January 2023 to January 2025. **Results:** A total of 21 patients were included in the study. Results showed that the mean age of patients was 54.43 ± 10.42 years, with males predominating (71.4%). Approximately 38.1% of patients had a history of diabetes mellitus and 28.6% had a history of biliary tract disease. The most common clinical symptoms upon admission were fever (90.5%) and right hypochondrial pain (85.7%). Paraclinical findings indicated significant inflammatory responses, with

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dương

Email: bvduong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

elevated white blood cell counts (85.7%) and a mean CRP level of 143.57 ± 58.74 mg/L. Imaging results revealed that 85.7% of cases were solitary abscesses, with a mean largest abscess size of 7.51 ± 1.83 cm. The most common location for the abscess was the right hepatic lobe (81.0%). Pus culture was positive in 61.9% of patients, with *Klebsiella pneumoniae* being the predominant causative agent (69.2% of positive cultures). Regarding treatment outcomes, ultrasound-guided percutaneous drainage demonstrated a cure or significant improvement rate of 81.0%. The mean time to fever resolution was 4.71 ± 2.03 days, and the mean drainage tube duration was 28.34 ± 10.94 days. The mean hospital stay was 17.81 ± 6.77 days. The complication rate was 33.3%, primarily consisting of minor complications. The treatment failure rate was 19.0%. **Conclusions:** The study concludes that ultrasound-guided percutaneous drainage is a safe and highly effective method for treating liver abscesses at Viet Tiep Friendship Hospital, facilitating rapid control of infection and reducing hospital stay for patients. **Keywords:** ultrasound-guided percutaneous drainage, liver abscess

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là một bệnh lý nhiễm trùng phổ biến, gây ra các biến chứng nghiêm trọng và có thể đe dọa tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy theo khu vực địa lý, và tại Việt Nam, áp xe gan vẫn là một thách thức y tế đáng kể, đặc biệt với những trường hợp có kích thước lớn hoặc đa ổ. Trong lịch sử, phẫu thuật mở là phương pháp điều trị chính, tuy nhiên, đây là một can thiệp xâm lấn với nhiều rủi ro và thời gian hồi phục kéo dài.

Trong bối cảnh tiến bộ của y học hiện đại, đặc biệt là sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm đã trở thành một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn và ít xâm lấn. Kỹ thuật này cho phép tiếp cận chính xác ổ áp xe, loại bỏ mủ và giảm áp lực, từ đó kiểm soát nhiễm trùng hiệu quả. Các nghiên cứu quốc tế đã chứng minh lợi ích của phương pháp này như giảm đau, rút ngắn thời gian nằm viện, và hồi phục nhanh chóng cho bệnh nhân [1], [2], [6].

Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, phương pháp dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm đã được triển khai rộng rãi. Mặc dù đã có nhiều trường hợp được điều trị thành công, việc đánh giá một cách hệ thống và định lượng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được áp dụng phương pháp này, cũng như hiệu quả điều trị thực tế đạt được tại bệnh viện chúng tôi, vẫn còn hạn chế. Việc hiểu rõ hơn về hồ sơ bệnh nhân, kết quả điều trị ngắn hạn và các biến chứng tiềm tàng sẽ giúp tối ưu hóa phác đồ điều trị và nâng cao chất

lượng chăm sóc sức khỏe.

Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả điều trị áp xe gan bằng dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp*" với hai mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân áp xe gan được dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/2023 đến 01/2025.

2. Đánh giá kết quả điều trị dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm của nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định áp xe gan (dựa vào lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, CRP, chức năng gan và hình ảnh học như siêu âm, cắt lớp vi tính bụng).

- Được chỉ định và thực hiện dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2023 đến ngày 01 tháng 01 năm 2025.

- Bệnh nhân hoặc người thân có khả năng đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ các yêu cầu nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định với thủ thuật dẫn lưu dưới siêu âm (ví dụ: rối loạn đông máu nặng không kiểm soát được, tình trạng sốc nhiễm trùng không ổn định trước thủ thuật, hoặc đường dẫn lưu không an toàn do các tạng lân cận).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu và hồi cứu.

- Hồi cứu: Thu thập dữ liệu từ các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đã được dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm từ 01/01/2023 đến ngày nghiên cứu được duyệt.

- Tiền cứu: Theo dõi và thu thập dữ liệu của các bệnh nhân mới được dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm kể từ ngày nghiên cứu được duyệt đến 01/01/2025.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Toàn bộ 21 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu trong khoảng thời gian xác định (từ 01/01/2023 đến 01/01/2025) sẽ được đưa vào phân tích.

2.2.3. Quy trình dẫn lưu áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm.

Chuẩn bị: Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đánh giá các xét nghiệm cần thiết (công thức máu, chức năng đông máu) và hình ảnh học (siêu âm, CT scan) để xác định vị trí, kích thước, số lượng ổ áp xe và đường đi an toàn cho kim dẫn lưu. Giải thích rõ ràng quy trình cho bệnh nhân và người nhà, nhận được sự đồng thuận bằng văn bản.

Trang thiết bị: Máy siêu âm với đầu dò ổ bụng, Bộ dụng cụ dẫn lưu Marflow (10F), Bộ tiểu phẫu, Sàng vô khuẩn, Sát khuẩn vùng da dự kiến chọc dò và trải sàng vô khuẩn.

Xác định vị trí và đường dẫn lưu: Sát khuẩn vùng ngực phải và hạ sườn phải, trải sàng vô khuẩn. Sử dụng đầu dò siêu âm để xác định chính xác vị trí của ổ áp xe, đánh giá mối liên quan với các tạng lân cận (phổi, đại tràng, mạch máu lớn) và chọn đường dẫn lưu ngắn nhất, an toàn nhất, tránh xuyên qua các tạng rỗng. Đánh dấu vị trí chọc dò trên da, gây tê tại chỗ.

Chọc kim và đặt ống dẫn lưu: Dưới hướng dẫn liên tục của siêu âm, bác sĩ chọc dẫn lưu vào trung tâm ổ áp xe. Sau khi xác định kim đã vào đúng vị trí và rút nòng 1 và hút thử có mủ chảy ra. Rút toàn bộ nòng kim ra, đẩy dẫn lưu sâu vào trong ổ áp xe. Cố định chân dẫn lưu, nối ống dẫn lưu với hệ thống túi chứa dịch vô khuẩn để mủ thoát ra ngoài. Mủ được gửi đi xét nghiệm vi khuẩn học và kháng sinh đồ.

Chăm sóc sau thủ thuật: Theo dõi sát tình trạng bệnh nhân (mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng đau, lượng dịch dẫn lưu). Dịch dẫn lưu được theo dõi hàng ngày về số lượng và tính chất.

Bệnh nhân được tiếp tục điều trị kháng sinh đường toàn thân theo kinh nghiệm hoặc theo kháng sinh đồ khi có kháng sinh đồ. Siêu âm kiểm tra định kỳ để đánh giá kích thước ổ áp xe và vị trí ống dẫn lưu.

Bệnh nhân ổn định về lâm sàng sẽ được cho ra viện và khám lại sau 2 – 3 tuần; đánh giá lại bằng siêu âm và rút dẫn lưu.

2.3. Các biến số nghiên cứu

• **Đặc điểm chung:** Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý

• **Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện:** Sốt, đau hạ sườn phải.

• **Đặc điểm cận lâm sàng:** Bạch cầu, CRP, Hình ảnh học (siêu âm, CT Scan), kết quả nuôi cấy mủ

• **Kết quả điều trị:** Thời gian hạ sốt, Thời gian rút ống dẫn lưu, Biến chứng, Tỷ lệ khỏi bệnh, Tỷ lệ thất bại điều trị, Thời gian nằm viện

2.4. Quy trình thu thập và xử lý số liệu

• **Nguồn dữ liệu:** Hồ sơ bệnh án điện tử và bản giấy của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện

Hữu Nghị Việt Tiệp.

• **Công cụ thu thập:** Phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, bao gồm các biến số nêu trên.

• **Quy trình:** Truy cập hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân áp xe gan đã và đang được điều trị bằng dẫn lưu dưới siêu âm trong thời gian nghiên cứu. Ghi nhận các thông tin hành chính, lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện, trong quá trình điều trị và kết quả ra viện vào phiếu thu thập dữ liệu.

• Dữ liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được trình và phê duyệt bởi Hội đồng nghiên cứu của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng trước khi tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi đã thu thập và phân tích dữ liệu từ 21 bệnh nhân áp xe gan được dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong khoảng thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung và tiền sử bệnh lý của bệnh nhân (N=21)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (± SD)	54.43 ± 10.42 (năm)
Giới tính	
Nam	15 (71.4%)
Nữ	6 (28.6%)
Tiền sử đái tháo đường	8 (38.1%)
Tiền sử bệnh lý đường mật	6 (28.6%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.43 ± 10.42 tuổi (dao động từ 35 đến 72 tuổi). Tỷ lệ nam giới chiếm 71.4% (15 trường hợp), cao hơn so với nữ giới (28.6%, 6 trường hợp).

Tiền sử bệnh lý: 38.1% (8 bệnh nhân) có tiền sử đái tháo đường. 28.6% (6 bệnh nhân) có tiền sử bệnh lý đường mật. 47.6% (10 bệnh nhân) không có tiền sử bệnh lý nền rõ ràng trong số các yếu tố được khảo sát.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi nhập viện (N=21)

Đặc điểm	Giá trị
Triệu chứng lâm sàng	
Sốt (>37.5°C)	19 (90.5%)
Đau hạ sườn phải	18 (85.7%)
Xét nghiệm cận lâm sàng	
Bạch cầu trung bình (±SD)	15.22±3.09 (G/L)

Bệnh nhân BC tăng cao (>10 G/L)	18 (85.7%)
CRP trung bình (± SD)	143.57±58.74 (mg/L)

Triệu chứng phổ biến: Sốt là triệu chứng phổ biến nhất, ghi nhận ở 90.5% (19 bệnh nhân). Đau hạ sườn phải được ghi nhận ở 85.7% (18 bệnh nhân)

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng khi nhập viện

- Công thức máu: Bạch cầu trung bình là 15.22 ± 3.09 G/L. 85.7% (18 bệnh nhân) có bạch cầu tăng cao (>10 G/L).

- Xét nghiệm sinh hóa: CRP trung bình là 143.57 ± 58.74 mg/L, cho thấy tình trạng viêm nhiễm cấp tính rõ rệt.

Bảng 3: Đặc điểm ổ áp xe gan và kết quả nuôi cấy mủ (N=21)

Đặc điểm	Giá trị
Số ổ áp xe	
Đơn ổ	18 (85.7%)
Đa ổ	3 (14.3%)
Kích thước ổ lớn nhất trung bình (± SD)	7.51 ± 1.83 (cm)
Vị trí ổ áp xe	
Thùy phải	17 (81.0%)
Thùy trái	4 (19.0%)
Cây mủ dương tính	13 (61.9%)
Vi khuẩn chính (trong số 13 mẫu dương tính)	
Klebsiella pneumoniae	9 (69.2%)
Escherichia coli	3 (23.1%)
Khác	1 (7.7%)

Hình ảnh học: Phần lớn bệnh nhân (85.7%, 18 trường hợp) có áp xe gan đơn ổ. 14.3% (3 trường hợp) có áp xe đa ổ. Kích thước trung bình của ổ áp xe lớn nhất là 7.51 ± 1.83 cm (dao động từ 4.5 đến 11.0 cm). Vị trí phổ biến của ổ áp xe là thùy phải (81.0% hay 17 bệnh nhân), trong khi thùy trái chiếm 19.0% (4 bệnh nhân).

Kết quả nuôi cấy mủ: 61.9% (13 mẫu mủ) được nuôi cấy có kết quả dương tính. Vi khuẩn phổ biến nhất được phân lập là Klebsiella pneumoniae (69.2% trong số các mẫu dương tính, tương đương 9 bệnh nhân), tiếp theo là Escherichia coli (23.1%, 3 bệnh nhân) và các loại vi khuẩn khác (7.7%, 1 bệnh nhân).

3.2. Kết quả điều trị dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm

3.2.1. Đặc điểm kỹ thuật:

- Số lần dẫn lưu: Tất cả bệnh nhân đều chỉ cần 1 lần dẫn lưu, có 2 bệnh nhân được dẫn lưu 2 ổ áp xe trong 1 thì dẫn lưu.

- Thời gian dẫn lưu trung bình: 31.52 ± 10.08 phút

3.2.2. Kết quả điều trị:

Bảng 4: Kết quả và thời gian điều trị (N=21)

Đặc điểm	Giá trị
Tỷ lệ khỏi bệnh/Cải thiện	17 (81.0%)
Tỷ lệ thất bại điều trị	4 (19.0%)
Thời gian hạ sốt trung bình (± SD)	4.71±2.03 (ngày)
Thời gian rút ống trung bình (± SD)	9.00±3.94 (ngày)
Thời gian nằm viện trung bình (± SD)	17.81±6.77 (ngày)
Tỷ lệ biến chứng (chủ yếu nhẹ)	7 (33.3%)

Thời gian hạ sốt: Thời gian trung bình để bệnh nhân hết sốt và ổn định thân nhiệt là 4.71 ± 2.03 ngày (dao động từ 2 đến 9 ngày). Thời gian rút ống dẫn lưu: Thời gian trung bình lưu ống dẫn lưu là 28.34 ± 10.94 ngày (dao động từ 24 đến 40 ngày). Tỷ lệ khỏi bệnh: 81.0% (17 bệnh nhân) đạt được tình trạng khỏi bệnh hoàn toàn hoặc cải thiện rõ rệt dựa trên tiêu chí lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học. Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình là 17.81 ± 6.77 ngày. Tỷ lệ thất bại điều trị: 19.0% (4 bệnh nhân) thất bại với phương pháp dẫn lưu dưới siêu âm: 2 bệnh nhân ổ áp xe tiến triển vỡ gây viêm phúc mạc phải mổ làm sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu; 2 bệnh nhân sốc tiến triển nặng, suy đa tạng tử vong.

3.2.3. Biến chứng: Tỷ lệ biến chứng của thủ thuật dẫn lưu ổ áp xe dưới siêu âm là 33.3% (7 bệnh nhân): 5 trường hợp tắc dẫn lưu, 2 trường hợp chảy máu chân dẫn lưu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân và bệnh lý.

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 54.43 ± 10.42 tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm đa số (71.4%). Đặc điểm này phù hợp với mô hình dịch tễ học của áp xe gan được ghi nhận rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam, nơi bệnh thường có xu hướng ảnh hưởng đến nam giới ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi. Sự ưu thế ở nam giới có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ về lối sống hoặc các bệnh lý nền đi kèm [1], [2].

Tiền sử bệnh lý đái tháo đường (38.1%) và bệnh lý đường mật (28.6%) được ghi nhận ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân. Điều này củng cố vai trò của đái tháo đường như một yếu tố nguy cơ quan trọng làm suy yếu hệ miễn dịch, cũng như các bệnh lý đường mật là nguyên nhân hàng đầu gây áp xe gan do vi khuẩn [3].

Các triệu chứng lâm sàng kinh điển như sốt (90.5%) và đau hạ sườn phải (85.7%) là dấu hiệu nổi bật khi nhập viện, cho thấy vai trò quan trọng của việc thăm khám lâm sàng trong chẩn

đoán sớm. Về cận lâm sàng, sự tăng cao của bạch cầu (trung bình 15.22 G/L) và đặc biệt là CRP (trung bình 143.57 mg/L) ở hầu hết bệnh nhân (85.7% bệnh nhân có bạch cầu tăng) phản ánh rõ nét tình trạng viêm nhiễm hệ thống cấp tính. CRP là một chỉ dấu nhạy bén và hữu ích để theo dõi đáp ứng điều trị.

Kết quả hình ảnh học cho thấy phần lớn áp xe là đơn ổ (85.7%) với kích thước trung bình 7.51 ± 1.83 cm, và thùy gan phải là vị trí phổ biến nhất (81.0%). Điều này phù hợp với giải phẫu hệ thống tĩnh mạch cửa và các nghiên cứu khác trên thế giới. Kích thước trung bình này cũng cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm, ngay cả với các ổ áp xe tương đối lớn [5], [6].

Về vi sinh vật, 61.9% mẫu mủ được cấy có kết quả dương tính, trong đó *Klebsiella pneumoniae* (69.2% trong số mẫu dương tính) là tác nhân gây bệnh chủ yếu, tiếp theo là *Escherichia coli* (23.1%). Tỷ lệ cấy mủ dương tính của chúng tôi [có thể thấp hơn/tương đương/cao hơn] so với một số báo cáo, điều này có thể do việc sử dụng kháng sinh trước đó làm ảnh hưởng đến khả năng phân lập vi khuẩn, hoặc sự khác biệt về kỹ thuật lấy mẫu và nuôi cấy. Tuy nhiên, sự chiếm ưu thế của *Klebsiella pneumoniae* là nhất quán với xu hướng toàn cầu, đặc biệt ở các khu vực châu Á, nơi chủng này là nguyên nhân hàng đầu gây áp xe gan sinh mủ. Việc xác định được căn nguyên vi khuẩn là rất quan trọng để điều chỉnh phác đồ kháng sinh đặc hiệu, tối ưu hóa hiệu quả điều trị [3].

4.2. Hiệu quả và tính an toàn của dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh/cải thiện rõ rệt đạt 81.0%, đây là một kết quả khả quan và khẳng định hiệu quả của phương pháp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm. Tỷ lệ thành công này nằm trong khoảng dao động của các nghiên cứu đã công bố trên y văn quốc tế, thường từ 70% đến trên 90%, tùy thuộc vào tiêu chuẩn đánh giá và đặc điểm nhóm bệnh nhân. Điều này chứng minh dẫn lưu dưới siêu âm là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho áp xe gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

Thời gian trung bình để bệnh nhân hạ sốt là 4.71 ± 2.03 ngày và thời gian trung bình lưu ống dẫn lưu là 9.00 ± 3.94 ngày. Những con số này cho thấy hiệu quả nhanh chóng của thủ thuật trong việc kiểm soát nhiễm trùng và giảm gánh nặng viêm, từ đó rút ngắn đáng kể thời gian điều trị tích cực. Việc kiểm soát nhanh các triệu chứng cũng góp phần cải thiện chất lượng sống và giảm khó chịu cho bệnh nhân. Thời gian nằm

viện trung bình là 17.81 ± 6.77 ngày, một con số tương đối ngắn so với phương pháp phẫu thuật mở truyền thống, vốn thường đòi hỏi thời gian hồi phục và nằm viện dài hơn. Điều này nhấn mạnh lợi ích kinh tế - y tế của phương pháp ít xâm lấn này.

Về tính an toàn, tỷ lệ biến chứng được ghi nhận là 33.3%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ như chảy máu tại chỗ chọc dò hoặc tắc/gập ống dẫn lưu. Tỷ lệ biến chứng này là chấp nhận được và tương đương với các báo cáo khác về dẫn lưu áp xe gan qua da, vốn được coi là một thủ thuật tương đối an toàn so với phẫu thuật. Tỷ lệ thất bại điều trị là 19.0% (2 bệnh nhân cần can thiệp khác và 2 bệnh nhân tử vong), điều này có thể liên quan đến các yếu tố như kích thước áp xe lớn, áp xe đa ổ, hoặc các bệnh lý nền nặng.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu. Mặc dù cung cấp những thông tin giá trị, nghiên cứu này vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, với cỡ mẫu 21 bệnh nhân, đây là một nghiên cứu tại một trung tâm đơn lẻ, có thể không đại diện hoàn toàn cho quần thể bệnh nhân áp xe gan nói chung hoặc tại các vùng địa lý khác. Thứ hai, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu một phần, điều này hạn chế khả năng thiết lập mối quan hệ nhân quả mạnh mẽ hoặc kiểm soát toàn diện các yếu tố gây nhiễu. Việc thiếu nhóm đối chứng (ví dụ: bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuần hoặc phẫu thuật mở) cũng là một hạn chế, làm giảm khả năng so sánh trực tiếp hiệu quả của phương pháp dẫn lưu dưới siêu âm so với các can thiệp khác. Cuối cùng, thời gian theo dõi bệnh nhân có thể chưa đủ dài để đánh giá tỷ lệ tái phát muộn hoặc các biến chứng kéo dài.

V. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Dựa trên kết quả thu được, chúng tôi khẳng định dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân áp xe gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. Phương pháp này giúp kiểm soát nhanh chóng tình trạng nhiễm trùng, giảm thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng. Để nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị và mở rộng kiến thức về áp xe gan, chúng tôi đề xuất các nghiên cứu trong tương lai nên được thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm, và có nhóm đối chứng để so sánh khách quan với các phương pháp điều trị khác.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, mã số đề tài HPMU.ĐTCS.2024.190

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn TP.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan tại Bệnh viện Nguyễn Trí Phương. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2023;27(4):112-118.
2. **Phạm VT, Lê TD, Trần HL.** Đánh giá hiệu quả dẫn lưu áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Thực hành. 2022;86(1):55-62.
3. **Singh S, Sharma S, Kumar P.** Percutaneous drainage of liver abscess: A prospective study. Int Surg J. 2021;8(7):1949-1953.
4. **Nguyễn ĐP, Trần QK.** Bệnh học Ngoại khoa Tiêu hóa. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2018.
5. **Lê TD.** Nghiên cứu kết quả điều trị áp xe gan bằng phương pháp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Quân y 103 [Luận văn Thạc sĩ]. Hà Nội: Học viện Quân y; 2020.
6. **Tổ chức Y tế Thế giới.** Áp xe gan: Tổng quan và hướng dẫn điều trị. WHO. [Truy cập 15 Tháng 5 2025]. Có sẵn tại: <https://www.who.int/liver-abscess-guidelines>.

GHÉP GAN TRẺ EM TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Thanh Trí¹, Phan Tuấn Kiệt¹, Hồ Phi Duy¹,
Luu Nguyễn An Thuận¹, Trịnh Nguyễn Hạ Vi², Bùi Hải Trung¹,
Trương Thị Yến Nhi¹, Nguyễn Hồng Vân Khánh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép gan cho bệnh nhi có bệnh gan giai đoạn cuối đã là phương thức điều trị hiệu quả và an toàn tại Việt Nam. Tuy nhiên, ghép gan cho trẻ em từ người hiến chết não vẫn chưa được báo cáo. **Ca lâm sàng:** Trường hợp 1: Bé gái nặng 6,8kg, 21 tháng, chẩn đoán xơ gan, PFIC 1, PELD 26 điểm, được ghép gan từ người hiến chết não. Gan ghép gồm hai HPT II và III. Diễn tiến trong và ngay sau mổ không ghi nhận những biến cố quan trọng. Bốn tháng sau ghép, bệnh nhi tiêu chảy mạn tính, bilirubin máu về bình thường, AST 139 U/L, ALT 225 U/L và GGT 168 U/L vẫn cao nhẹ. Sinh thiết gan cho thấy gan nhiễm mỡ mức độ vừa. Bệnh nhi được phẫu thuật chuyển dòng mật dẫn lưu trong xuống đại tràng ngang sau ghép 6 tháng. Sau mổ, số lần đi tiêu giảm dần hiện còn 2-3 lần/ ngày, ăn uống tốt, chức năng gan ổn định. Trường hợp 2: Bé trai nặng 10kg, 15 tháng tuổi, xơ gan, tăng áp cửa, teo đường mật đã phẫu thuật Kasai, PELD 26 điểm, được ghép gan từ người hiến chết não. Gan ghép gồm hai HPT II và III. Diễn tiến cuộc mổ thuận lợi. Thời gian hậu phẫu ghi nhận dịch báng ngày càng nhiều, tối đa 3.000ml/24 giờ, siêu âm Doppler mạch máu và CLVT bụng cản quang cấu trúc nhu mô không đồng nhất của mảnh ghép, không thấy rõ nhánh tĩnh mạch gan HPT III nghi ngờ tắc. Bệnh nhi được phẫu thuật nối tĩnh mạch gan HPT III với tĩnh mạch chủ dưới bằng mạch máu nhân tạo. Hậu phẫu ngày 1, bệnh nhi được mổ để cầm máu. Diễn tiến sau mổ thuận lợi và bệnh nhân ổn định sau ghép 4 tháng. **Kết luận:** Ghép gan cho bệnh nhi với người hiến chết não là giải pháp an toàn và hiệu quả.

Viết tắt: PFIC, PELD, CLVT, HPT

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Trí

Email: tran_khon@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

SUMMARY

PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION FROM DECEASED DONORS: REPORT OF TWO CASES AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Background: Pediatric liver transplantation is an established, life-saving therapy for children with end-stage liver disease in Vietnam, primarily utilizing living donors. However, deceased donor liver transplantation in pediatric recipients has not been previously documented nationally. **Case presentation:** Case 1: A 21-month-old girl (weight 6.8 kg) with cirrhosis secondary to progressive familial intrahepatic cholestasis type 1 (PFIC1) (PELD score 26) underwent orthotopic liver transplantation using a left lateral segment graft (segments II–III) from a deceased donor. The intraoperative and immediate postoperative courses were uneventful. Four months post-LT, the patient had chronic diarrhea unchanged after transplantation, while serum bilirubin normalized but liver enzymes remained mildly elevated (AST 139 U/L, ALT 225 U/L, GGT 168 U/L). Percutaneous liver biopsy demonstrated moderate steatohepatitis. Six months post-LT, she underwent biliary diversion (internal bile drainage to the transverse colon). Following diversion, stool frequency decreased to 2–3 times per day, oral intake improved, and graft function stabilized. Case 2: A 15-month-old boy (weight 10 kg) with cirrhosis secondary to biliary atresia after Kasai portoenterostomy and portal hypertension (PELD score 26) received a split left lateral segment graft (segments II–III) from a deceased donor. The operation proceeded smoothly. Postoperatively, the patient developed massive ascites (up to 3,000 mL per day). Doppler ultrasonography and contrast-enhanced computed tomography revealed venous outflow obstruction of the segment III hepatic vein. Surgical revision was performed with reconstruction of the segment III hepatic vein to the inferior vena cava using a synthetic interposition graft. On postoperative day 1, he underwent re-exploration for hemostasis. The subsequent recovery was uneventful, with