

tiến triển (74,3%) và không có sự khác biệt về chỉ số RCI giữa hai giới tính ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy nhu cầu cần có các biện pháp can thiệp dự phòng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng chuyên sâu, đặc biệt là vùng kẽ răng, nhằm cải thiện sức khỏe răng miệng cho đối tượng người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chan AKY, Tamrakar M, Jiang CM, et al. A Systematic Review on Caries Status of Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10662. doi:10.3390/ijerph182010662
2. Tuulainen E, Autonen-Honkonen K, Nihtilä A, et al. Oral Health and Hygiene and Association of Functional Ability: A Cross-Sectional Study Among Old Home Care Clients. *Oral Health Prev Dent*. 2020;18(2):253-262. doi:10.3290/j.ohpd.a43353
3. Gavinha S, Melo P, Costa L, et al. Dental tooth decay profile in an institutionalized elder population of Northern Portugal. *Braz Dent Sci*. 2020;23. doi:10.14295/bds.2020.v23i2.1940
4. Qi X, Zhang Y, Yu M, et al. How Root Caries Differs between Middle-aged People and the Elderly: Findings from the 4th National Oral Health Survey of China. *Chin J Dent Res* 2018;21(3):179-185.
5. Phan Thị Bích Hạnh, Lê Hưng, Nguyễn Thị Hạnh, et al. Thực trạng sâu chân răng ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện E năm 2021 - 2022. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2023;164(3):180-187.
6. Jordan AR, Meyer-Lueckel H, Kuhr K, et al. Caries experience and care in Germany: results of the 6th German Oral Health Study (DMS • 6). *Quintessence Int Berl Ger* 1985. 2025;56(11):S30-S39. doi:10.3290/j.qi.b5986212
7. Huang LR, Zhang CZ, Gong ML, et al. Development of a nomogram for root caries risk assessment in a Chinese elderly population. *J Dent*. 2025;156:105624. doi:10.1016/j.jdent.2025.105624
8. Tokumoto K, Kimura-Ono A, Mino T, et al. Risk factors for root caries annual incidence and progression among older people requiring nursing care: A one-year prospective cohort study. *J Prosthodont Res*. 2022;66(2):250-257. doi:10.2186/jpr.JPR_D_20_00272

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN VỠ TRONG Ổ BỤNG

Đỗ Hữu Liệt¹, Trương Hiếu Liêm², Trần Văn Phoi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe gan mủ là bệnh lý nhiễm trùng gan nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, đặc biệt khi có biến chứng vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc cấp. Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng thay thế mổ mở nhờ ít xâm lấn, hồi phục nhanh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân áp xe gan vỡ ổ bụng phẫu thuật nội soi từ 01/2023 đến 08/2025 tại khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $56,6 \pm 10,6$. Nam giới chiếm 63,3%. Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nền phổ biến nhất (56,7%). Triệu chứng điển hình: đau bụng (100%), sốt (56,7%), chán ăn (23,3%). Hình ảnh học: ổ áp xe chủ yếu ở gan phải (53,3%), kích thước ≥ 5 cm chiếm 80%. Tác nhân chính: *Klebsiella pneumoniae* (50%). Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ trung bình $119 \pm 25,6$ phút, tỷ lệ thành công 100%. Thời gian hậu phẫu trung bình $7,3 \pm 1,6$ ngày. Phân tích mối liên quan: ổ áp xe ≥ 5 cm làm kéo dài thời gian mổ ($p = 0,027$) và tăng nguy cơ viêm phúc mạc toàn thể lên 8,4 lần ($p = 0,009$). Vị

trí gan phải có thời gian mổ dài hơn gan trái ($p = 0,014$) và tăng nguy cơ viêm phúc mạc toàn thể gấp 6,1 lần ($p = 0,037$). Không ghi nhận liên quan giữa đặc điểm ổ áp xe và tỷ lệ biến chứng sau mổ. **Kết luận:** PTNS là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị AXG vỡ. Kích thước và vị trí ổ áp xe là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với độ khó của phẫu thuật và mức độ trầm trọng của tình trạng viêm phúc mạc. **Từ khóa:** Áp xe gan mủ, vỡ áp xe gan, viêm phúc mạc, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF RUPTURED LIVER ABSCESS INTO THE PERITONEAL CAVITY

Background: Pyogenic liver abscess (PLA) is a severe hepatic infection with high mortality if undiagnosed or untreated, particularly when ruptured into the peritoneal cavity causing acute peritonitis. Laparoscopic surgery has increasingly replaced open surgery due to its minimally invasive nature and faster recovery. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with ruptured liver abscess into the peritoneal cavity who underwent laparoscopic surgery at the Department of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Chợ Rẫy Hospital, from January 2023 to August 2025. **Results:** The mean age was 56.6 ± 10.6 years. Males accounted for 63.3%. Diabetes mellitus (DM) was the most frequent underlying disease (56.7%). Typical symptoms included abdominal pain (100%), fever (56.7%), and anorexia (23.3%). Imaging showed abscesses primarily in the right lobe (53.3%), with 80% of cases

¹ Khoa ngoại Gan Mật Tụy - Bệnh viện Chợ Rẫy

² Bộ môn Ngoại Tổng quát - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hữu Liệt

Email: dohuuliet73@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026

having a size ≥ 5 cm. The main pathogen was *Klebsiella pneumoniae* (50%). The mean operative time was 119.0 ± 25.6 minutes, with a 100% success rate. The mean postoperative stay was 7.3 ± 1.6 days. Correlation analysis: abscess size ≥ 5 cm significantly prolonged operative time ($p = 0.027$) and increased the risk of generalized peritonitis by 8.4 times ($p = 0.009$). Right lobe location resulted in longer operative time ($p = 0.014$) and a 6.1-fold higher risk of generalized peritonitis ($p = 0.037$). No significant association was found between abscess characteristics and postoperative complications.

Conclusion: Laparoscopic surgery is a safe and effective method for ruptured PLA. Abscess size and location are critical prognostic factors for surgical difficulty and the severity of peritonitis.
Keywords: *Pyogenic liver abscess, ruptured liver abscess, peritonitis, laparoscopic surgery*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là bệnh lý nhiễm trùng thường gặp của gan, có xu hướng gia tăng cùng với tỷ lệ các bệnh nền như đái tháo đường, bệnh gan mạn và tình trạng suy giảm miễn dịch, nếu chẩn đoán và điều trị trễ có thể dẫn đến biến chứng nặng và tử vong. Trong số các biến chứng đó, áp xe gan vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc là tình huống cấp cứu ngoại khoa nặng nề, với nguy cơ nhiễm trùng huyết và suy đa cơ quan nếu không được xử trí kịp thời.

Sự phát triển của kháng sinh và các phương tiện dẫn lưu ít xâm lấn đã làm thay đổi chiến lược điều trị áp xe gan, tuy nhiên phẫu thuật vẫn giữ vai trò quan trọng ở những trường hợp có biến chứng vỡ, thất bại với điều trị bảo tồn hoặc dẫn lưu qua da. Phẫu thuật mở truyền thống giúp làm sạch nhanh ổ bụng nhưng đi kèm đường mổ lớn, đau nhiều, hồi phục chậm và nguy cơ biến chứng vết mổ, đặc biệt bất lợi ở bệnh nhân lớn tuổi và nhiều bệnh nội khoa.

Phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi trong ngoại khoa bụng nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện tính thẩm mỹ. Một số báo cáo trên thế giới cho thấy phẫu thuật nội soi có thể ứng dụng an toàn và hiệu quả trong xử trí áp xe gan vỡ vào ổ bụng ở những trung tâm có kinh nghiệm, song dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, phẫu thuật nội soi đã được triển khai thường quy trong điều trị áp xe gan vỡ, cần được đánh giá hệ thống về kết quả sớm và trung hạn nhằm khẳng định vai trò của phương pháp này.

Từ thực tiễn đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp áp xe gan vỡ vào ổ bụng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Chợ

Rẫy, đồng thời đánh giá tai biến, biến chứng sớm, kết quả hồi phục và kết quả trung hạn sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm tất cả người bệnh được chẩn đoán áp xe gan vỡ vào ổ bụng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 01/2023 đến 08/2025.

○ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Chẩn đoán áp xe gan dựa trên lâm sàng và siêu âm/cắt lớp vi tính.

- Có bằng chứng vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc (lâm sàng và/hoặc hình ảnh học).

- Được phẫu thuật nội soi xử trí trong giai đoạn nghiên cứu.

○ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Áp xe gan vỡ vào khoang khác mà không có bằng chứng vỡ vào ổ bụng.

- Đã được mổ xử trí áp xe gan tại cơ sở khác trước khi chuyển đến.

- Hồ sơ thiếu dữ liệu chính để phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả hàng loạt ca, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án. Cỡ mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu (30 bệnh nhân).

2.3. Thu thập số liệu:

Số liệu được trích từ sổ mổ, hồ sơ bệnh án và kết quả cận lâm sàng, theo mẫu phiếu chuẩn, gồm:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh lý kèm theo.

- Lâm sàng trước mổ: triệu chứng, dấu hiệu viêm phúc mạc, thời gian từ khởi phát đến nhập viện.

- Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa gan-thận, CRP, INR; siêu âm, cắt lớp vi tính; kết quả cấy mủ/dịch (khi có).

- Phẫu thuật: thời gian từ nhập viện đến mổ, thời gian mổ, đặc điểm ổ áp xe và dịch ổ bụng, thao tác phẫu thuật chính, tai biến trong mổ, số và vị trí dẫn lưu.

- Sau mổ: biến chứng sớm, thời gian đặt dẫn lưu, thời gian nằm viện, tử vong trong viện.

- Theo dõi trung hạn: triệu chứng, siêu âm/cắt lớp vi tính kiểm tra, tái phát áp xe hay phải can thiệp lại.

2.4. Tóm tắt kỹ thuật phẫu thuật nội soi:

Quy trình phẫu thuật nội soi điều trị áp xe gan vỡ trong ổ bụng được thực hiện sau khi người bệnh được hồi sức với kháng sinh phổ rộng tĩnh mạch, bù dịch, điều chỉnh điện giải và kiểm soát đường huyết, đồng thời đánh giá nguy cơ gây mê theo ASA. Người bệnh được gây mê nội khí quản,

nằm ngửa, đầu cao nhẹ, chân thấp và nghiêng trái để thuận lợi tiếp cận hạ sườn phải.

Đặt một trocar 10 mm qua hoặc trên rốn cho camera, các trocar 5–10 mm còn lại bố trí linh hoạt vùng hạ sườn phải, hông phải, thượng vị hay hạ vị tùy vị trí ổ áp xe trên siêu âm/cắt lớp vi tính, sau đó tạo khoang phúc mạc với áp lực CO₂ phù hợp và thám sát toàn bộ ổ bụng, đánh giá tính chất dịch mủ và xác định vùng nghi ngờ ổ áp xe vỡ. Tiếp theo, hút mủ ổ bụng, rửa sạch khoang phúc mạc, tìm và mở rộng lỗ vỡ trên bề mặt gan, phá vách trong giới hạn an toàn để đảm bảo dẫn lưu tốt, hút tối đa mủ trong ổ áp xe và lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm vi sinh, lấy mô quanh ổ áp xe làm giải phẫu bệnh. Các mạch máu nhu mô tổn thương được cầm máu bằng dao điện đơn cực/bipolar hoặc clip, sau đó rửa lại ổ áp xe và ổ bụng nhiều lần bằng NaCl 0,9% ấm cho đến khi dịch rửa trong

Cuối cùng, đặt một hoặc nhiều ống dẫn lưu cỡ lớn vào ổ áp xe và các khoang thấp (dưới gan, túi cùng Douglas...) theo đường trocar rốn, cố định dẫn lưu và nối hệ thống kín, giảm áp lực ổ bụng, kiểm tra lại cầm máu rồi kết thúc cuộc mổ.

2.5. Xử lý số liệu:

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê: biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm; biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng giá trị. Khi so sánh, sử dụng các kiểm định thông dụng (Chi-square/Fisher, Mann–Whitney U); p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào điều trị; đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Chợ Rẫy chấp thuận, thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2023 đến 08/2025, có 30 người bệnh áp xe gan vỡ vào ổ bụng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình 56,6 ± 10,6, trong đó nam giới chiếm 63,3%. Tỷ lệ đái tháo đường là 56,7%, là bệnh đi kèm nổi bật nhất trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

Đặc điểm	Phân loại / Chi số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	19	63,3
	Nữ	11	36,7
Bệnh nền	Đái tháo đường	17	56,7
	Tăng huyết áp	10	33,3

Đặc điểm	Phân loại / Chi số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng	Đau bụng	30	100,0
	Sốt (> 38°C)	17	56,7
	Chán ăn	7	23,3
Xét nghiệm	Bạch cầu ≥ 10 G/L	25	83,3
	Hb < 11 g/dL	22	73,3

Ổ áp xe thường gặp ở gan phải (53,3%) và đa số có kích thước ≥ 5 cm (80%), phù hợp với cơ chế vỡ do áp lực ổ mủ lớn. Áp xe đơn ổ chiếm ưu thế (76,7%), cho thấy đa số trường hợp có nguồn nhiễm khuẩn khu trú. Về vi sinh, *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân thường gặp nhất (50%), phù hợp với mô hình dịch tễ áp xe gan hiện nay tại Việt Nam và các nước châu Á. Tỷ lệ nuôi cấy âm tính hoặc vi khuẩn khác (40%) có thể liên quan đến việc sử dụng kháng sinh trước nhập viện hoặc kỹ thuật lấy mẫu.

Bảng 2. Đặc điểm hình thái ổ áp xe và kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Đặc điểm	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Gan phải	16	53,3
	Gan trái	12	40,0
	Hai thùy	2	6,7
Kích thước	< 5 cm	6	20,0
	≥ 5 cm	24	80,0
Số lượng ổ áp xe	Đơn ổ	23	76,7
	Đa ổ	7	23,3
Vi sinh (nuôi cấy)	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	15	50,0
	<i>Escherichia coli</i>	3	10,0
	Am tính / Khác	12	40,0

Phẫu thuật nội soi cho kết quả khả quan với thời gian mổ trung bình 119 phút, thời gian hồi phục nhanh, thể hiện qua trung tiện sớm (2,1 ngày) và thời gian hậu phẫu trung bình 7,3 ngày. Không ghi nhận trường hợp chuyển mổ mở, cho thấy tính an toàn và khả thi của phương pháp. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 26,7%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ và đều được điều trị nội khoa thành công, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị chung.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật (n = 30)

Nhóm chỉ tiêu	Đặc điểm	Kết quả (TB ± ĐLC)
Trong mổ	Thời gian mổ (phút)	119,0 ± 25,6 (60-180)
Hồi phục sau mổ	Thời gian có trung tiện (ngày)	2,1 ± 0,3 (2-3)
	Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,4 ± 1,5 (4-11)
	Thời gian hậu phẫu	7,3 ± 1,6

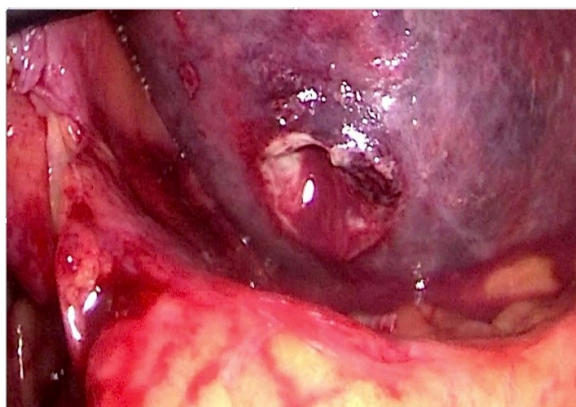
Nhóm chỉ tiêu	Đặc điểm	Kết quả (TB ± ĐLC)
	(ngày)	(5-11)
Biến chứng sau mổ	Đặc điểm	n (%)
	Tổng biến chứng	8 (26,7%)
	- Viêm phổi	4 (13,3%)
	- Tu dịch ổ bụng	3 (10,0%)
	- Nhiễm trùng vết mổ	1 (3,3%)

Chúng tôi tiến hành khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật bằng phân tích đa biến, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Yếu tố	So sánh	Kết cục liên quan	P	OR (95% CI)
Kích thước ổ áp xe	≥ 5 cm so với < 5 cm	Viêm phúc mạc toàn thể	0,009*	$\approx 8,4$
		Thời gian mổ kéo dài	0,027*	—
		Thời gian nằm viện	0,361	—
		Biến chứng hậu phẫu	0,087	—
Vị trí ổ áp xe	Gan phải so với gan trái	Viêm phúc mạc toàn thể	0,037*	6,11 (1,09–39,2)
		Thời gian mổ kéo dài	0,014*	—
		Thời gian nằm viện	0,152	—
		Biến chứng hậu phẫu	0,666	—

Có ý nghĩa thống kê* ($p < 0,05$): Kích thước ổ áp xe ≥ 5 cm và vị trí ổ áp xe gan phải liên quan thời gian mổ dài hơn ($p = 0,027$), ($p = 0,014$) và viêm phúc mạc toàn thể ($p = 0,009$), ($p = 0,037$) trên phép kiểm định Fisher's Exact và Mann-Whitney U.



"Nguồn: Lục Văn V, SN 1943, SNV 2240074006"

Nhìn chung, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là những trường hợp nặng, lớn tuổi, nhiều bệnh lý kèm theo, ổ áp xe lớn (đa số ≥ 5 cm), tỉ lệ viêm phúc mạc toàn thể cao và tác nhân *Klebsiella pneumoniae* chiếm ưu thế. Trong bối cảnh đó, phẫu thuật nội soi vẫn đạt tỉ lệ thành công 100%, không chuyển mổ mở, biến chứng sớm chấp nhận được, không có tử vong và thời gian nằm viện ngắn. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi là phương án điều trị khả thi, an toàn và hiệu quả cho ổ áp xe gan vỡ vào ổ bụng tại trung tâm có kinh nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình $56,6 \pm 10,6$ phản ánh đúng nhóm đối tượng nguy cơ cao của bệnh lý AXG sinh mổ, tương đồng với các nghiên cứu của Serraino et al [1] và Song et al [2]. Tuy nhiên, một đặc điểm nổi bật trong nghiên cứu là tỷ lệ đái tháo đường (ĐTĐ) khá cao, lên tới 56,7%. Theo Song et al [2], nồng độ glucose máu cao kéo dài gây ức chế khả năng hóa hướng động và thực bào của bạch cầu trung tính, đồng thời làm giảm sự hình thành vỏ bao xơ quanh ổ mủ. Điều này lý giải tại sao bệnh nhân ĐTĐ không chỉ dễ mắc AXG mà còn có xu hướng bị vỡ ổ mủ sớm hơn, dẫn đến viêm phúc mạc cấp tính. Kết quả này tái khẳng định ĐTĐ là một thực thể lâm sàng không thể tách rời khi bàn luận về AXG tại khu vực Châu Á [3, 4]. *Klebsiella pneumoniae* tiếp tục giữ vị trí tác nhân hàng đầu (50%) trong các mẫu cấy mủ. Sự trỗi dậy của vi khuẩn này so với *E. coli* đã được Kong et al [3] mô tả như một sự thay đổi dịch tễ học quan trọng. Mặc dù tỷ lệ cấy mủ âm tính là 30%, nhưng với kinh nghiệm lâm sàng 20 năm, chúng tôi nhận định điều này thường do bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh phổ rộng tại tuyến dưới trước khi chuyển

đến Bệnh viện Chợ Rẫy. Sự hiện diện của hơi trong ổ mủ (40%) là một dấu hiệu tiên lượng nặng, thường liên quan đến các chủng vi khuẩn sinh hơi có độc lực cao, làm gia tăng nguy cơ hoại tử nhu mô gan diện rộng và vỡ tự phát như Thng et al [6] đã cảnh báo. Đây là điểm mấu chốt mang tính khoa học của bài báo. Kết quả từ Bảng 4 cho thấy kích thước ổ áp xe ≥ 5 cm làm kéo dài thời gian mổ một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế ngoại khoa: các ổ mủ lớn thường đi kèm với tình trạng vách hóa phức tạp và lượng giả mạc bám dính dày đặc trong ổ bụng. Tương tự, vị trí gan phải (đặc biệt là các phân thùy VII, VIII) cũng làm tăng độ khó kỹ thuật ($p = 0,014$) do khó khăn trong việc bộc lộ gan và kiểm soát các mạch sâu dưới vòm hoành. Tuy nhiên, một phát hiện có giá trị thực tiễn rất cao trong nghiên cứu này là: mặc dù kích thước và vị trí ổ áp xe làm cuộc mổ trở nên phức tạp hơn, nhưng chúng không làm tăng tỷ lệ biến chứng hậu phẫu ($p=0,087$) hay kéo dài thời gian nằm viện ($p=0,361$). Điều này khẳng định rằng khi được thực hiện bởi đội ngũ phẫu thuật viên thuần thực kỹ thuật, PTNS có khả năng vượt qua các trở ngại về mặt hình thái của thương tổn. Nhờ hệ thống camera phóng đại, chúng tôi có thể làm sạch triệt để các túi mủ ở ngách gan thận hay túi cùng Douglas - những vị trí mà mổ mở qua đường dưới sườn nhỏ thường dễ bỏ sót mủ gây áp xe tồn lưu. Một ưu thế tuyệt đối của PTNS so với dẫn lưu qua da được chúng tôi nhấn mạnh là kỹ thuật phá bỏ các vách ngăn (septum) bên trong ổ mủ. Phân tích gộp của Cai et al [10] cho thấy dẫn lưu qua da thường thất bại ở các ổ áp xe đa vách vì không thể dẫn lưu triệt để các khoang mủ biệt lập. Trong nghiên cứu của bác sĩ Liêm, chúng tôi sử dụng dụng cụ nội soi để chuyển các khoang mủ rải rác thành một khoang duy nhất, kết hợp bơm rửa bằng khối lượng nước muối sinh lý lớn (3-5 lít). Thao tác này không chỉ làm sạch mủ mà còn loại bỏ tối đa tải lượng vi khuẩn và các mảnh nhu mô gan hoại tử, tạo điều kiện thuận lợi cho kháng sinh phát huy tác dụng. Tỷ lệ biến chứng chung 26,7% là con số chấp nhận được trong bối cảnh viêm phúc mạc cấp. Việc 100% biến chứng (viêm phổi, tụ dịch) được xử trí thành công bằng nội khoa khẳng định tính an toàn vượt trội của PTNS. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 7,3 ngày là rất ấn tượng, ngắn hơn đáng kể so với các báo cáo mổ mở truyền thống trước đây [7, 8]. Điều này không chỉ giúp bệnh nhân hồi phục nhanh,

giảm đau sau mổ mà còn tối ưu hóa chi phí điều trị và giảm tải cho bệnh viện.

Dựa trên kết quả bảng 4, kích thước ổ áp xe ≥ 5 cm và vị trí gan phải là hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với viêm phúc mạc toàn thể ($p = 0,009$; $OR \approx 8,4$ và $p = 0,037$; $OR 6,11$) cũng như thời gian mổ kéo dài ($p = 0,027$ và $p = 0,014$). Kết quả này phù hợp với nhận định trong y văn rằng ổ áp xe lớn thường đi kèm gánh nặng nhiễm trùng cao hơn và nguy cơ biến chứng tại chỗ (trong đó có vỡ) nhiều hơn, dẫn đến tình trạng viêm phúc mạc nặng khi ổ mủ thoát vào ổ bụng [1]. Trên loạt bệnh nhân lớn, áp xe gan kích thước lớn cũng được ghi nhận liên quan đến tỷ lệ biến chứng cao hơn, trong đó có vỡ áp xe [9]. Về vi sinh, sự hiện diện thường gặp của *Klebsiella pneumoniae* trong áp xe gan tại châu Á (đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh nền) có thể góp phần làm ổ áp xe tiến triển nhanh và đạt kích thước lớn trước khi được phát hiện, qua đó làm tăng nguy cơ vỡ [2,6]. Về mặt kỹ thuật, các trường hợp ổ lớn hoặc ở gan phải thường đòi hỏi rửa ổ bụng rộng hơn, gỡ dính nhiều hơn và kiểm soát dẫn lưu kỹ hơn, nên thời gian mổ kéo dài là hợp lý. Điểm đáng chú ý là dù nặng hơn về mức độ viêm phúc mạc và thời gian mổ, kích thước và vị trí ổ áp xe không làm tăng có ý nghĩa thống kê thời gian nằm viện hay biến chứng hậu phẫu. Điều này gợi ý vai trò của phẫu thuật nội soi trong chuẩn hóa hồi phục sau mổ, giảm sang chấn thành bụng và tối ưu dẫn lưu – kiểm soát nhiễm trùng, tương tự các báo cáo về nội soi điều trị áp xe gan vỡ cho thấy tính khả thi và an toàn cao [8], cũng như quan điểm “điều trị hiện đại” nhấn mạnh kiểm soát nguồn nhiễm và can thiệp ít xâm lấn giúp cải thiện kết cục [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khẳng định phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn và hiệu quả tối ưu trong điều trị áp xe gan vỡ vào ổ bụng. Kích thước ổ áp xe ≥ 5 cm và vị trí tại gan phải là những yếu tố tiên lượng chính làm tăng độ phức tạp của phẫu thuật và mức độ lan tỏa của nhiễm trùng ổ bụng. Tuy nhiên, PTNS cho thấy khả năng kiểm soát tốt các yếu tố này, đảm bảo kết quả phục hồi ổn định và tỷ lệ biến chứng thấp. Việc chẩn đoán sớm và can thiệp nội soi kịp thời là chìa khóa để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Serraino C, Elia C, Bracco C, Rinaldi G, Pomero F, Silvestri A, Melchio R, Fenoglio LM. Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(19):e0628.

2. Song H, Wang X, Lian Y, Wan T. Analysis of the clinical characteristics of 202 patients with liver abscess associated with diabetes mellitus and biliary tract disease. *Journal of International Medical Research*. 2020;48(8):0300060520949404.
3. Kong H, Yu F, Zhang W, Li X. Clinical and microbiological characteristics of pyogenic liver abscess in a tertiary hospital in East China. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(37):e8053.
4. Nie S, Lin D, Li X. Clinical characteristics and management of 106 patients with pyogenic liver abscess in a traditional Chinese hospital. *Frontiers in Surgery*. 2023;9:1041746.
5. Long Q, Zhao X, Chen C, Hao M, Qin X. Clinical features and risk factors for pyogenic liver abscess caused by multidrug-resistant organisms: A retrospective study. *Virulence*. 2024;15(1):2356680.
6. Thng CB, Tan YP, Shelat VG. Gas-forming pyogenic liver abscess: A world review. *Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2018;22(1):11-18.
7. Le Quang Minh, Le Cong Tri, Vu Thi Minh Thuc, Huynh Quang Huy, Ho Hoang Phuong and Nguyen Quoc Vinh. Laparoscopic Surgery for Intra-Abdominal Ruptured Liver Abscess: A Study of 32 Cases. *World Journal of Surgery and Surgical Research*. 2019;2:1144.
8. Jindal A, Pandey A, Sharma MK, Mukund A, Vijayaraghavan R, Arora V, Shasthry SM, Choudhary A, Sarin SK. Management Practices and Predictors of Outcome of Liver Abscess in Adults: A Series of 1630 Patients from a Liver Unit. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 2021;11(3):312-320.
9. Pang TCY, Fung T, Samra J, Hugh TJ, Smith RC. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. *World Journal of Gastroenterology*. 2011;17(12):1622-1630.
10. Cai YL, Xiong XZ, Lu J, Cheng Y, Yang C, Lin YX, Wu SJ, Zhou RX, Cheng NS. Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: a systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*. 2015;17(3):195-201.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA DIỆN TÍCH CẮT HOẠI TỬ BỎNG VỚI SỰ BIẾN ĐỔI CÁC CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG ĐO BẰNG USCOM TRONG PHẪU THUẬT CẮT HOẠI TỬ VÀ GHÉP DA

Võ Văn Hiến^{1,*}, Nguyễn Văn Quỳnh¹, Lê Ngọc Anh¹,
Trần Phi Hùng¹, Vy Xuân Thắng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt hoại tử và ghép da ở bệnh nhân bỏng nặng có thể gây biến đổi huyết động do mất máu và mất dịch. USCOM là phương pháp theo dõi huyết động không xâm lấn, song dữ liệu ứng dụng trong phẫu thuật bỏng còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá mối tương quan giữa diện tích cắt hoại tử bỏng và các chỉ số huyết động đo bằng USCOM (CI, SVI, SVR). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, phân tích tương quan trên 30 bệnh nhân bỏng nặng ≥ 16 tuổi, ASA I-III, được phẫu thuật cắt hoại tử 5-15% diện tích cơ thể dưới gây mê toàn thể. Phân tích tương quan Pearson giữa diện tích cắt hoại tử bỏng với các chỉ số CI, SVI, SVR được đo tại bảy thời điểm. **Kết quả:** Không ghi nhận mối tương quan tuyến tính có ý nghĩa thống kê giữa diện tích cắt hoại tử và các chỉ số huyết động tại tất cả các thời điểm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Diện tích cắt hoại tử bỏng không cho thấy mối tương quan tuyến tính với các chỉ số huyết động đo bằng USCOM. Biến đổi huyết động

trong phẫu thuật cắt hoại tử bỏng không thể dự đoán dựa trên diện tích cắt hoại tử. **Từ khóa:** Bỏng nặng, Cắt hoại tử bỏng, Huyết động, USCOM

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN BURN EXCISION AREA AND HEMODYNAMIC PARAMETERS MEASURED BY USCOM DURING EXCISIONAL BURN EXCISION AND SKIN GRATING SURGERY

Background: Burn excision and skin grafting in severely burned patients may induce hemodynamic alterations due to blood and fluid loss. USCOM is a non-invasive hemodynamic monitoring technique. However, data regarding its application in burn surgery remain limited. **Objective:** To evaluate the correlation between burn excision area and hemodynamic parameters measured by USCOM (CI, SVI, SVR). **Methods:** A prospective descriptive study with correlation analysis was conducted in 30 severely burned patients aged ≥ 16 years, ASA I-III, undergoing excision of 5-15% total body surface area under general anesthesia. Pearson correlation analysis was performed between burn excision area and CI, SVI, and SVR measured at seven perioperative time points. **Results:** No statistically significant linear correlation was observed between burn excision area and hemodynamic parameters at any study time point

¹ Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Hiến

Email: vanhien@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026