

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ ÁP XE VÚ SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc¹, Nguyễn Thái Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ áp xe vú sau sinh và tình hình điều trị áp xe vú tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, thu thập toàn bộ bệnh nhân áp xe vú đến khám và điều trị tại BVPSTU từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân bị áp xe vú hay gặp từ tháng thứ nhất đến tháng thứ 4 sau sinh, thường có ổ áp xe khu trú và có số lượng bạch cầu bình thường. Tất cả các bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu áp xe vú, đường rạch chủ yếu là đường nan hoa. Thời gian điều trị dưới 15 ngày, kích thước áp xe dưới 5cm và đường rạch nan hoa làm tăng tỉ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân áp xe vú. **Kết luận:** điều trị áp xe vú bằng rạch dẫn lưu là phương pháp hiệu quả và sau điều trị, hầu hết bệnh nhân vẫn cho con bú cả 2 bên.

Từ khoá: sau đẻ, áp xe vú, rạch dẫn lưu, điều trị, cho bú

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF POSTNATAL BREAST ABSCESS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: To study and describe the clinical and subclinical characteristics of postpartum breast abscess woman and the breast abscess treatment at National Hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG). **Subjects and methods:** a cross sectional study, collecting all breast abscess patients who came for examination and treatment at NHOG from August 2020 to June 2021. **Results:** Patients with breast abscess were common from the first to the fourth month after birth, often had a localized abscess and had a normal white blood cell count. All patients had an incision to drain the breast abscess, the main incision was the radial incision. The treatment time is less than 15 days, the abscess size is less than 5cm and the radial incision increases the cure rate in breast abscess patients. **Conclusion:** Treatment of breast abscess with drainage incision is an effective method and at post-procedure time, most patients still breastfeed on both sides.

Keywords: postpartum, breast abscess, drainage incision, treatment, breastfeed

¹Bệnh viện Phụ sản trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi con bằng sữa mẹ giúp làm giảm bệnh tiêu chảy, viêm đường hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não do vi khuẩn và viêm hoại tử ruột ở trẻ. Dù có nhiều lợi ích như vậy, nhưng nhiều bà mẹ sau đẻ vẫn gặp nhiều khó khăn như ít sữa, tắc tuyến sữa, viêm vú và áp xe vú sau sinh. Bệnh tiến triển dần dần, gây nhiều phiền phức với người phụ nữ cho con bú, hậu quả là người mẹ bị đau phải ngừng cho con bú với biến chứng nặng là áp xe vú. Tổn thương vú làm giảm khả năng nuôi con và để lại sẹo xấu, mất thẩm mỹ cho người phụ nữ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ áp xe vú sau sinh cũng như tình hình điều trị áp xe vú tại BVPSTU từ tháng 8 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 116 bệnh nhân bị áp xe vú đến khám và điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn, BVPSTU từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021. Bệnh nhân được theo dõi sau điều trị 1 tháng để đánh giá diễn biến sau điều trị của ổ áp xe và ảnh hưởng tới việc cho con bú của các sản phụ.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân: sốt, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn...
- Vú sưng, nóng đỏ, đau khi thăm khám thấy các nhân mềm và có ổ chứa dịch ấn lõm.
- Siêu âm vú có nhiều ổ chứa dịch.
- Xét nghiệm công thức máu có bạch cầu trung tính tăng.
- Điều trị tại Khoa sản nhiễm khuẩn, BVPSTU
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bỏ điều trị
- Áp xe vú không phải sau sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu:** là nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

***Cỡ mẫu và chọn mẫu:** nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, thu thập toàn bộ bệnh nhân áp xe vú đến khám và điều trị tại BVPSTU từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021.

*** Các bước tiến hành, phương pháp thu thập số liệu:** Xây dựng phiếu thu thập số liệu

được dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

***Xử lý số liệu:** Phân tích và xử lý số liệu thu được bằng phương pháp thống kê y học thông qua chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm sản khoa, cách cho con bú và vệ sinh vú. Bệnh nhân áp xe vú sau sinh thường gặp ở nhóm sau đẻ từ 1 – 4 tháng, với tuổi trung bình là 27,3 tuổi, sống ở thành thị là chủ yếu, có trình độ từ tốt nghiệp cấp ba trở lên và nhóm nghề nghiệp phổ biến là cán bộ công chức, viên chức. Phần lớn bệnh nhân áp xe vú xảy ra sau sinh đơn thai, đủ tháng, con lần hai, không có tiền sử bệnh về vú và có đến 61,2% được mổ lấy thai.

Đa số các sản phụ vừa cho con bú vừa ăn ngoài, có vệ sinh núm vú trước và sau khi cho con bú, tuy nhiên vẫn có đến 13,7% không vệ sinh núm vú trước và sau khi cho bú. Trước khi nhập viện, phần lớn bệnh nhân được vắt sữa, chườm nóng vú và dùng kháng sinh

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Triệu chứng: Số bệnh nhân có triệu chứng sốt chiếm 79,3%. Chỉ có 6,9% bệnh nhân có nổi hạch nách, tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại vú. 94,8% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 10 G/l.

- Đặc điểm khô áp xe vú

Bảng 1. Đặc điểm khô áp xe vú

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng áp xe	Áp xe chưa vỡ	101	87,1
	Áp xe đã vỡ	15	12,9
Số ổ áp xe	Một ổ	111	95,7
	Đa ổ	5	4,3
Kích thước ổ áp xe	Dưới 5cm	87	75,0
	Trên 5 cm	29	25,0
Vị trí ổ áp xe	Bên phải	46	39,6
	Bên trái	69	59,5
	Cả 2 bên	1	0,9
Thời gian đến khi bị bệnh	Dưới 15 ngày	107	92,2
	≥ 15 ngày	9	7,8

3.3. Điều trị phẫu thuật áp xe vú

Bảng 2. Đường rạch dẫn lưu áp xe vú

Đường rạch	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nan hoa	101	87,0
Quanh núm vú	1	0,9
Rạch tại điểm vỡ	14	12,1
Nếp lằn vú	0	0
Tổng số	116	100

Tất cả 116 bệnh nhân trong nghiên cứu đều

được phẫu thuật áp xe vú và được điều trị kháng sinh sau đó. Không có bệnh nhân nào được chích rạch bằng đường nếp lằn vú.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3. Kết quả sau điều trị 1 tháng

Kết quả sau điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Seo liền tốt	104	89,7
Rò sữa	0	0
Tái phát	4	3,4
Than phiền vì thẩm mỹ	8	6,9
Tổng số	116	100

Bảng 4. Sự duy trì sữa sau điều trị

Duy trì sữa sau điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cho bú 2 bên	111	95,7
Cho bú 1 bên	2	1,7
Không cho con bú	3	2,6
Tổng số	116	100

3.5. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ khỏi bệnh. Bệnh nhân sau điều trị khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 96,6%. Chỉ có 4 trường hợp bệnh nhân không khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 3,4%.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ khỏi bệnh

Yếu tố nguy cơ	Không khỏi	Khỏi	p	OR	95% CI	
Thời gian bệnh	≥ 15 ngày	3	6	0,01	53,0	4,7-588,9
	< 15 ngày	1	106			
Kích thước áp xe	≥ 5 cm	3	26	0,048	9,0	1,4 - 99,5
	< 5 cm	1	86			
Đường rạch	Khác nan hoa	3	12	0,007	25,0	2,4-259,8
	Nan hoa	1	100			

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ khỏi của nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh trên 15 ngày và dưới 15 ngày, nhóm có đường kính khô áp xe trên 5cm và dưới 5cm, nhóm được rạch theo hình nan hoa và nhóm theo các đường khác.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm khô áp xe. Áp xe vú là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có kiến thức và kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ còn nhiều hạn chế. Phụ nữ có từ 2 con trở lên thường tự điều trị áp xe vú theo kinh nghiệm bằng thuốc kháng sinh và các biện pháp Y học cổ truyền và chỉ đến viện khi tình trạng nặng. Trong nghiên cứu, chúng tôi thường gặp áp xe vú sau sinh từ 1 - 4 tháng, lúc sữa mẹ nhiều, trẻ

bú không hết dẫn tới tắc tia sữa rồi áp xe vú. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Egbe năm 2020 [1] với khoảng thời gian trung bình từ khi sinh đến khi bị áp xe vú là $41,9 \pm 35,8$ ngày.

Phần lớn bệnh nhân đến với tình trạng khối áp xe sưng, nóng, đỏ nhưng chưa vỡ chiếm 87,1%, chỉ có 15 bệnh nhân (12,9%) đến trong tình trạng áp xe đã vỡ mủ. Năm 2010, cũng tại BVPSTU, tác giả Lê Thị Thanh Vân [2] thấy tỷ lệ áp xe vỡ là 31%, có thể lý giải bởi ý thức lo lắng về bệnh tốt hơn khiến bệnh nhân đến viện trong tình trạng sớm hơn.

Phương pháp điều trị. 116 bệnh nhân nghiên cứu đều được nhập viện và rạch dẫn lưu áp xe với ba đường rạch chính là đường nan hoa theo hướng các ống dẫn sữa, đường quanh núm với các ổ áp xe tại núm vú và đường rạch tại vị trí vỡ của ổ áp xe. Với những áp xe dưới 5cm nhiều nghiên cứu cho rằng nên điều trị bằng phương pháp chọc hút kim nhiều lần. Tác giả Schawarz thấy tỷ lệ thành công của phương pháp này với khối áp xe có đường kính nhỏ hơn 5cm là 100% [3]. Nghiên cứu của Ramazan [4] nhận thấy khi áp xe lớn hơn 5cm được chọc hút bằng kim có 41% thất bại phải điều trị bằng chích rạch dẫn lưu. Việc chọc hút bằng kim có nhiều ưu điểm so với chích dẫn lưu, quan trọng nhất ở đây là về mặt thẩm mỹ sau điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ mới dừng lại ở những bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu mủ, trong tương lai chúng tôi hy vọng có những nghiên cứu sâu hơn tại Việt Nam về phương pháp điều trị chọc hút kim dưới hướng dẫn của siêu âm.

Kết quả sau điều trị 1 tháng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được theo dõi sau điều trị trong thời gian là 1 tháng. Bệnh nhân được đánh giá vết rạch dẫn lưu xem sự liền của vết rạch, sự tiết sữa của bệnh nhân, quan trọng nhất là các biến chứng của áp xe. Lựa chọn thời gian sau một tháng, chúng tôi có thể đánh giá về vết chọc, việc tiếp tục cho con bú hay không, đa số những bệnh nhân có biến chứng rò sữa hay tái phát sau điều trị thường tự quay lại viện sau 1 tuần. Hầu hết bệnh nhân có sẹo liền tốt, tổ chức lấp đầy miệng nơi dẫn lưu.

Ở Việt Nam các bệnh nhân thường không đề cao thẩm mỹ sau điều trị mà chủ yếu quan tâm tới khỏi bệnh, nên chỉ có 8 trường hợp trong nghiên cứu than phiền về thẩm mỹ của vết rạch dẫn lưu. Nghiên cứu của Ramazan [4], có đến 70% bệnh nhân than phiền về thẩm mỹ của vú sau điều trị. Các bệnh nhân không hài lòng về sẹo trên da, tổ chức mới cứng hơn. Có 4 trường

hợp tái phát sau chích áp xe là những khối áp xe phức tạp chúng tôi đã tiên lượng được khả năng tái phát cao. Những bệnh nhân bị tái phát sau điều trị có 4 bệnh nhân, tất cả những bệnh nhân này đều có hơn một khối áp xe vú, kích thước áp xe thường lớn hơn 5cm và đến viện trong tình trạng đã vỡ mủ tại 1 ổ trong số các ổ áp xe. Thực tế là các bệnh nhân này bị ở vị trí khác thậm chí là ở vú bên kia, có những ổ viêm chúng tôi thấy khi khám chưa hóa mủ nên chưa thể chích ngay, những trường hợp này chúng tôi hẹn bệnh nhân về. Các trường hợp này đều được chúng tôi tiên lượng trước về khả năng tái phát áp xe tại vị trí khác và tư vấn trước cho bệnh nhân nên bệnh nhân đã được chuẩn bị tâm lý trước khi vào viện lần thứ hai.

Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh của nhóm bệnh nhân có thời gian bệnh trên 15 ngày và dưới 15 ngày khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian bệnh nhân bắt đầu có triệu chứng đến khi được nhập viện điều trị trên 15 ngày làm tăng tỷ lệ bệnh nhân có kết cục điều trị không khỏi bệnh. Điều này có thể do các bệnh nhân đến viện quá muộn, có những trường hợp toàn bộ vú sưng tấy đỏ, có thể do bệnh nhân dùng nhiều phương pháp điều trị trước khi vào viện như đắp lá, tự chườm, chiếu đèn nhưng các phương pháp này không có hiệu quả càng làm khối áp xe to lên và khó điều trị hơn về sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ khỏi giữa nhóm bệnh nhân có khối áp xe vú lớn hơn 5cm và nhóm bệnh nhân có khối áp xe vú nhỏ hơn 5cm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kích thước khối áp xe lớn hơn 5cm làm tăng tỷ lệ không khỏi bệnh với $OR = 9$ (95%CI: 0,99 - 99,5). Sở dĩ chúng tôi chọn mốc 5cm vì rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chọn mốc này để chỉ định phương pháp điều trị chích dẫn lưu hay chọc hút bằng kim. Nghiên cứu của Ramazan [4] cho thấy nhóm bệnh nhân có đường kính khối áp xe nhỏ hơn 5cm được chọc hút bằng kim đều thành công, không có bệnh nhân nào bị tái phát.

Ngoài ra, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng thấy rằng có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân chích dẫn lưu theo đường nan hoa và nhóm chích theo các đường rạch khác với $p < 0,05$ và $OR = 25$. Điều này khẳng định lại lần nữa ưu điểm của đường rạch nan hoa tránh làm tổn thương các đường dẫn sữa và giảm tối thiểu tổn thương nhu mô tuyến [5,6].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân bị áp xe vú hay gặp từ tháng thứ nhất đến tháng thứ 4 sau sinh, thường có ổ áp xe khu trú và có số lượng bạch cầu bình thường.
- Tất cả các bệnh nhân được chích rạch dẫn lưu áp xe vú, đường rạch chủ yếu là đường nan hoa.
- Thời gian điều trị dưới 15 ngày, kích thước áp xe dưới 5cm và đường rạch nan hoa làm tăng tỉ lệ khỏi bệnh ở bệnh nhân áp xe vú. Sau điều trị, hầu hết bệnh nhân vẫn cho con bú cả 2 bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Egbe TO, Njamen TN, Essome H, Tendongfor N.** The estimated incidence of lactational breast abscess and description of its management by percutaneous aspiration at the Douala General

- Hospital, Cameroon. Int Breastfeed J. 2020; 15(1):26. doi:10.1186/s13006-020-00271-2.
2. **Lê Thị Thanh Vân.** Điều trị áp xe vú tại Khoa sản nhiễm khuẩn – Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2010. Tạp Chí Học Thực Hành. 2011;768(6).
3. **Schwarz RJ, Shrestha R.** Needle aspiration of breast abscesses. Am J Surg. 2001;182(2):117-119.
4. **Ramazan Eryilmaz, Sahin M, Tekelioglu MH, Daldal E.** Management of lactational breast abscesses. The Breast. 2005;14(5):375-379.
5. **Colin C, Delov AG, Peyron-Faure N, Rabilloud M, Charlot M.** Breast abscesses in lactating women: evidences for ultrasound-guided percutaneo
6. **Đặng Thị Việt Hằng.** Nghiên cứu tắc tuyến sữa ở phụ nữ sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2017.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN VÙNG MŨI XOANG

Nguyễn Xuân Quang¹, Tống Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và cắt lớp vi tính với các type mô bệnh học u lympho ác tính không Hodgkin vùng mũi xoang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán là U lympho ác tính không Hodgkin nguyên phát mũi xoang đến khám tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Huyết học và Truyền máu Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 9/2012. **Kết quả:** U có nguồn gốc tế bào B phần lớn tổn thương có dạng u sùi (84,6%), hay xâm lấn vòm mũi họng (33,3%); nguồn gốc tế bào T hay gặp tổn thương dạng loét thâm nhiễm (50%), xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt (50%); nguồn gốc tế bào T/NK hay gặp dạng u sùi (46,7%) và phần lớn cũng xâm lấn da và tổ chức dưới da vùng mặt (83,3%). **Kết luận:** Đặc điểm tổn thương (sùi, loét, thâm nhiễm) và cơ quan xâm lấn (hốc mắt, da và tổ chức dưới da,...) của khối u có mối liên quan với nguồn gốc tế bào học (tế bào B, T, T/NK).

Từ khóa: U lympho không Hodgkin; vùng mũi xoang; lâm sàng và cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA OF NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

¹Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc Phúc Trường Minh

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Quang

Email: xuanquangy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

Objectives: Comparison of clinical features and computed tomography with histopathological types of non-hodgkin's lymphoma of nasal cavity and paranasal sinuses. **Subjects and methods:** Descriptive study on 46 patients with primary Non-Hodgkin's Lymphoma of nasal cavity and paranasal sinuses in National Otorhinolaryngology Hospital and National Institute Of Hematology & Blood Transfusion from 1/2011 to 9/2012. **Results:** Tumors of B-cell origin have generally polypoid lesions, invade the nasopharynx (33,3%); T-cell origin are common in infiltrated ulcerative lesions (50%), invading facial skin and subcutaneous tissues (50%); and T/NK-cell origin are often in polypoid lesions, mostly invading skin and subcutaneous tissues of the face. **Conclusion:** Lesion features and invasive organs of the tumor are each related to the cytological origin.

Keywords: Non-Hodgkin Lymphoma; nasal cavity and paranasal sinuses; clinical characteristics, subclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của hiệp hội ung thư Mỹ 1993 (American Cancer Society) tỷ lệ u lympho ác tính chiếm khoảng 4% tổng số ung thư ở Mỹ. Tỷ lệ bệnh Hodgkin và u lympho không Hodgkin là khoảng 1:5. Khoảng 40% đến 60% ULKH biểu hiện ở vị trí ngoài hạch và 1/3 đến 2/3 trong số này xuất hiện ở vùng đầu cổ.²⁻⁴

Trong ULKH nói chung, ULKH mũi xoang là bệnh lý hiếm gặp và tỷ lệ mắc có sự thay đổi giữa các vùng địa lý khác nhau. Bệnh ít gặp ở các cộng đồng Âu Mỹ, chiếm khoảng 0,2% đến 2% tổng số ULKH nói chung, nhưng gặp nhiều hơn ở Châu Á, khoảng 3% đến 10% tổng số