

RESULTS OF THE ANTIBIOTICS TREATMENT COMBINED WITH LIVER ABSCESS DRAINAGE AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Huynh Thanh Long^{1,2*}, Nguyen Manh Khiem², Pham Viet Khuong²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, District 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 8, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 08/05/2023

Revised 08/06/2023; Accepted 05/07/2023

ABSTRACT

Background: Percutaneous drainage of liver abscess is the initial treatment of choice for abscesses more significant than 5 cm in size and has long been applied in many hospitals in Vietnam.

Object: Evaluation of the effectiveness of antibiotic treatment of liver abscess with drainage under ultrasound guidance.

Subjects and methods: Retrospective study of patients with a liver abscess who were treated with antibiotics and drained the abscess under ultrasound guidance at Nguyen Tri Phuong Hospital from January 2017 to March 12/2022.

Results: There were 61 patients included in the study. The male/female ratio of 1.65/ first; an average 56.1 ± 12.3 years old, history of diabetes accounted for 32.8%; The prominent clinical symptoms are fever (88.5%), and right upper quadrant pain (85.2%). The liver abscess located in the right liver accounted for 73.4%, most of which was a single abscess (78.7%). First-line antibiotic treatment is Cephalosporin III generation combined with intravenous metronidazole. Most are sensitive to third-generation Cephalosporins (49.2%), 8.2% are multi-resistant ESBL-secreting bacteria using Carbapenems. The treatment success rate is high (96.7%).

Conclusion: Treatment of liver abscess with antibiotics combined with ultrasound-guided drainage is an effective and safe measure. Most cases are only intervention one time with a high success rate.

Keywords: Liver abscess, antibiotics, ultrasound-guided drainage.

*Corresponding author

Email address: bs.huynhlong1967@gmail.com

Phone number: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.753>



KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH KẾT HỢP DẪN LƯU ÁP XE GAN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Nguyễn Mạnh Khiêm², Phạm Việt Khương²

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, Phường 13, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Đ. Nguyễn Trãi, Phường 8, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08 tháng 05 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 08 tháng 06 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 05 tháng 07 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dẫn lưu áp xe gan qua da là phương pháp điều trị ban đầu được lựa chọn cho những ổ áp xe có kích thước lớn hơn 5 cm đã hóa lỏng âm từ lâu đã được áp dụng tại nhiều bệnh viện tại Việt Nam.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân (BN) áp xe gan đã được điều trị kháng sinh vừa kết hợp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Có 61 BN được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1; trung bình $56,1 \pm 12,3$ tuổi, tiền sử đái tháo đường chiếm 32,8%; triệu chứng lâm sàng nổi bật là sốt (88,5%), đau hạ sườn phải (85,2%). Ổ áp xe gan nằm ở gan phải chiếm 73,4%, đa phần là đơn ổ (78,7%). Kháng sinh điều trị đầu tay là Cephalosporin thế hệ III kết hợp Metronidazol truyền tĩnh mạch, đa số nhạy với Cephalosporin thế hệ III (49,2%), 8,2% là vi khuẩn đa kháng tiết ESBL sử dụng Carbapenems. Tỷ lệ điều trị thành công cao (96,7%).

Kết luận: Điều trị áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm là một biện pháp hiệu quả và an toàn. Hầu hết các trường hợp đều chỉ cần thiệp thủ thuật 1 lần với tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Áp xe gan, kháng sinh, dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

*Tác giả liên hệ

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.753>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là tình trạng tụ mủ trong nhu mô gan, thường gặp do sự xâm nhập của vi trùng, ký sinh trùng qua đường máu hoặc hệ thống đường mật. Bệnh phổ biến ở các nước nhiệt đới, trong đó có Việt Nam. Mặc dù không có sự thống nhất về các hướng dẫn liên quan đến chiến lược điều trị tối ưu áp xe gan, dẫn lưu ổ áp xe qua da là phương pháp điều trị ban đầu được lựa chọn cho những ổ áp xe có kích thước lớn hơn 5 cm đã hóa lỏng.

Tại Việt Nam, phương pháp dẫn lưu ổ áp xe gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm từ lâu đã được áp dụng tại nhiều bệnh viện trên khắp cả nước. Tuy nhiên, việc vừa điều trị kháng sinh vừa kết hợp dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm chưa có nhiều báo cáo tổng kết. Do vậy, tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu qua da ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm” nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm vi sinh các bệnh nhân áp xe gan.
2. Đánh giá kết quả điều trị áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Thời gian - Địa điểm: Thực hiện từ 01/2023 - 06/2023 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

2.3. Đối tượng: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân (BN) đã được chẩn đoán là áp xe gan tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN > 15 tuổi

- BN được chẩn đoán xác định áp xe gan theo mã ICD - 10 K75.0 hoặc A06.4.

- BN được điều trị bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Áp xe gan vỡ.
- Ung thư gan áp xe hóa.

2.4. Phương pháp tiến hành

Hồi cứu qua hồ sơ cũ và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

- Đặc điểm lâm sàng áp xe gan. Đặc điểm cận lâm sàng. Đặc điểm vi sinh.

- Điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm (Ceftriaxon 2g x 1 cử + Metronidazole 0,5g x 3 cử). Sau khi có kết quả cấy & kháng sinh đồ, kháng sinh sẽ được cân nhắc điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng.

- Kết quả điều trị:

- + Thành công: Đặt được ống dẫn lưu vào khoang áp xe; Cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; Không cần can thiệp phẫu thuật; Ổ áp xe hết dịch, có dấu hiệu đang tái tạo và bệnh nhân được xuất viện sau đó.

- + Thất bại: Không đặt được ống dẫn lưu vào khoang áp xe; Không cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; Bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật hoặc tử vong.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 61 BN được đưa vào nghiên cứu.



3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n = 61)

	Giá trị	
Tuổi trung bình	56,1 ± 12,3	
Tỉ lệ nam/nữ	1,65:1 (38:23)	
Tiền căn	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	20	32,8
Bệnh lý đường mật	15	24,6
Bệnh tim mạch	12	19,7
Triệu chứng		
Sốt	54	88,5
Đau hạ sườn phải	52	85,2
Buồn nôn – chán ăn	36	59,0
Gan to	10	16,4
Viêm nội nhân	2	3,3

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1. Sốt, đau hạ sườn phải là triệu chứng thường gặp. Giá trị trung bình của bạch cầu là $15,2 \pm 5,0$ G/L, thấp nhất là 7 G/L, cao nhất là 28 G/L.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng và vi sinh

Kết quả hình ảnh học áp xe gan:

Kết quả xét nghiệm máu

Bảng 2. Kết quả siêu âm

	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Vị trí ổ áp xe	Thùy phải	45	73,4
	Thùy trái	11	18,0
	Hai thùy	5	8,2
Đặc điểm ổ áp xe	Đơn ổ	48	78,7
	Đa ổ	13	21,3
Thể tích ổ áp xe (ml)	Giá trị nhỏ nhất		300
	Giá trị lớn nhất		490
	Giá trị trung bình		$377,2 \pm 50,4$

Nhận xét: Vị trí ổ áp xe gan đa phần nằm ở gan phải (có 45 BN chiếm 73,4%).

Kết quả vi sinh

Bảng 3. Kết quả cấy máu và cấy mủ (n = 61)

		Số BN	Tỷ lệ (%)
Cấy máu	Âm tính	50	82
	Dương tính	11	18
Cấy mủ	Âm tính	26	42,6
	Dương tính	35	57,4

Nhận xét: Cấy mủ dương tính trong 35 (57,4%) trường hợp.

Bảng 4. Kết quả vi sinh (n = 35)

Vi khuẩn	Số BN	Tỷ lệ (%)
<i>Klebsiella pneumonia</i>	26	42,6
<i>Escherichia coli</i>	6	9,8
<i>Viridans streptococci</i>	1	1,6
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	2	3,3
Áp xe gan do amip	4	6,6
Áp xe gan không rõ nguyên nhân	22	36,1

Nhận xét: *Klebsiella pneumonia* có 26 (42,6%) trường hợp chiếm tỉ lệ cao nhất.

Kết quả kháng sinh đồ (n = 35)

Có 30 (85,7%) trường hợp nhạy với cephalosporin thế hệ III. Có 5 (14,3%) trường hợp vi khuẩn đa kháng tiết ESBL.

3.3. Kết quả điều trị

Thời gian cải thiện triệu chứng

- Thời gian bệnh nhân hết sốt sau đặt dẫn lưu ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 4 ngày, trung bình là $1,9 \pm 1,1$ ngày. Thời gian hết đau hạ sườn phải từ 1 đến 4 ngày, trung bình là $2,2 \pm 0,9$ ngày. Thời gian chỉ số bạch cầu về bình thường là từ 1 đến 5 ngày, trung bình là $2,9 \pm 1,1$ ngày.

So sánh các chỉ số cận lâm sàng

Bảng 5. So sánh các chỉ số cận lâm sàng ở thời điểm ngày thứ 3 và ngày rút ống dẫn lưu

	Ngày 3	Ngày rút ống	T	p
Bạch cầu (G/L)	$9,3 \pm 2,5$	$7,2 \pm 1,2$	5,6	$p < 0,05$
Thể tích ổ áp xe (ml)	$138,9 \pm 28,3$	$131,8 \pm 28,1$	10,8	$p < 0,05$
Thể tích mủ / 24 giờ (ml)	$19,8 \pm 3,4$	$2,9 \pm 1,4$	34,6	$p < 0,05$

Thời gian rút hết dẫn lưu và thời gian nằm viện

- Thời gian lưu ống dẫn lưu là 9 đến 18 ngày, trung bình là $11,6 \pm 2,3$ ngày.

- Thời gian nằm viện ngắn nhất là 11 ngày, dài nhất là 21 ngày, trung bình $13,9 \pm 2,4$ ngày.



Đánh giá kết quả**Bảng 6. Đánh giá kết quả (n = 61)**

	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thành công	59	96,7
Thất bại	2	3,3
Biến chứng sau thủ thuật	1	1,6

Nhận xét: Biến chứng sau thủ thuật ghi nhận 1 BN bệnh nhân tai biến di lệch ống dẫn lưu.

4. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng****Tuổi và giới tính**

Áp xe gan thường gặp ở những người lớn tuổi, nhất là trong độ tuổi từ 50 – 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi mắc bệnh trung bình là $56,1 \pm 12,3$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với ghi nhận của các tác giả khác như Dalong Yin (2020): $58,5 \pm 13,5$ tuổi¹, Cristina Serraino (2018): $65,4 \pm 14,3$ tuổi², Shuangjun He (2020): $64,2 \pm 13,3$ tuổi³. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc áp xe gan chiếm ưu thế ở nam giới với 62,3%, tỷ lệ nam/nữ là 1,65:1. Kết quả này cũng tương tự với ghi nhận tỷ lệ của Cristina Serraino và cộng sự (2018) là 1,32:1². Dalong Yin và cộng sự (2020) cũng nhận xét nam giới có tỷ lệ mắc bệnh áp xe gan cao hơn nữ giới với 62,6% nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,67:1¹. Tỷ lệ này có sự thay đổi theo địa lý và tập quán ăn uống sinh hoạt của dân cư. Bệnh phổ biến hơn ở nam giới là do tiền căn bệnh gan mật, cũng như tiếp xúc với độc tố môi trường, sử dụng bia rượu.

Tiền căn

Hầu hết các nghiên cứu đã khẳng định yếu tố nguy cơ của áp xe gan bao gồm tình trạng đái tháo đường không kiểm soát và bệnh lý hệ gan mật tụy và tỷ lệ mắc bệnh cũng cao hơn trên những đối tượng suy giảm miễn dịch và có các thiệp thủ thuật trên hệ thống gan mật trước đó⁴. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đái tháo đường là bệnh đi kèm thường gặp nhất với 20 (32,8%) bệnh nhân (bảng 1). Kết quả này tương tự với các tác giả Dalong Yin (2020): bệnh lý nền thường gặp nhất là đái tháo

đường (38,1%), kế đến là bệnh lý đường mật (24,3%) và tim mạch (23,9%)¹, Shuangjun He (2018): 50% bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường, 30,7% bệnh nhân có bệnh lý đường mật³. So với các bệnh nhân khác, bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường dễ bị áp xe gan hơn.

Triệu chứng lâm sàng

Về đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sốt và đau hạ sườn phải là hai triệu chứng thường gặp nhất. Tỷ lệ bệnh nhân sốt ghi nhận 54 (88,5%) bệnh nhân, đau hạ sườn phải có 52 (85,2%) bệnh nhân. Buồn nôn – chán ăn cũng là triệu chứng hay gặp với 36 (59%) bệnh nhân (bảng 1). Kết quả này cũng tương đồng với ghi nhận của các tác giả Dalong Yin và cộng sự (2020) với 88,9% bệnh nhân có triệu chứng sốt, đau hạ sườn phải có 51,3% bệnh nhân¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 2 (3,2%) trường hợp áp xe gan bị viêm nội nhân, tỷ lệ này được công bố khoảng 0,84% – 6,9% trên toàn thế giới⁵. Đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ gây viêm nội nhân nên trên những bệnh nhân này cần khám nhãn khoa giúp chẩn đoán và điều trị sớm biến chứng nghiêm trọng này.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và vi sinh**Huyết học và sinh hoá**

Áp xe gan thường là một tình trạng nhiễm trùng toàn thân. Các xét nghiệm máu thường ghi nhận tình trạng nhiễm trùng, có thể có hay không có suy gan tùy mức độ tổn thương. Khoảng 60 – 70% trường hợp có tình trạng bạch cầu tăng trên 10 G/L, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Nếu số lượng bạch cầu tăng trên 20 G/L là một yếu tố tiên lượng xấu⁶.

Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm là hình ảnh học đầu tay trong chẩn đoán áp xe gan đồng thời cũng là phương tiện được sử dụng để thực hiện thủ thuật dẫn lưu ổ áp xe và theo dõi kết quả điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận áp

xe gan thường xuất hiện ở thùy phải với 45 (73,4%) trường hợp (bảng 2). Kết quả của chúng tôi giống với kết quả được trình bày trong nghiên cứu của Dalong Yin và cộng sự (2020): áp xe gan chủ yếu thùy phải có 72,7% trường hợp, thùy trái có 16,3% trường hợp và ở cả hai thùy có 10,9% trường hợp¹. Về đặc điểm ổ áp xe, nghiên cứu ghi nhận chủ yếu là áp xe gan có dạng đơn độc với 55 (90,2%) trường hợp (bảng 2). Shuangjun He (2020) báo cáo áp xe gan đơn ổ chiếm ưu thế hơn với 92,9% trường hợp và áp xe đa ổ có 7,1% trường hợp³. Về thể tích trung bình của khoang áp xe, trong nghiên cứu ghi nhận giá trị trung bình là $377,2 \pm 50,4$ ml (bảng 6). Thể tích trung bình của ổ áp xe theo nghiên cứu của Arpit Bansal (2016) là 405 ± 118 ml⁷.

Kết quả vi sinh

Có 22 BN (36%) không phân lập được vi sinh vật gây bệnh, cấy mũ dương tính trong 35 BN (57,4%), cấy máu dương tính trong 11 BN (18%) (bảng 3). Trong nghiên cứu của Shuangjun He và cộng sự (2020): tỷ lệ cấy mũ dương tính là 70,7%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 26,8%³. Kết quả vi sinh trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 26 BN (42,6%) *Klebsiella pneumoniae*, 6 BN (9,8%) *Escherichia coli*. Kết quả của chúng tôi tương tự với các ghi nhận trong nghiên cứu: Dalong Yin và cộng sự (2020): 36,6% là *Klebsiella pneumoniae*, 1,9% là *Escherichia coli*, 2,9% là các vi khuẩn khác¹. Về kết quả kháng sinh đồ, nghiên cứu ghi nhận 30 BN (85,7%) nhạy với cephalosporin thế hệ III, 5 BN (14,3%) vi khuẩn đa kháng tiết ESBL. Với 30 BN trên chúng tôi tiếp tục với phác đồ cephalosporin thế hệ III kết hợp với metronidazole, còn 5 trường hợp vi khuẩn đa kháng, bệnh nhân được đổi sang nhóm kháng sinh carbapenem. Các BN này đều ổn định. Có 4 BN áp xe gan do amip được chuyển sang phác đồ metronidazole kết hợp paromomycin cũng đáp ứng tốt. Tóm lại, phần lớn các trường hợp đáp ứng với phác đồ kết hợp cephalosporin thế hệ III và metronidazole nên cần được chỉ định sử dụng sớm sau khi có chẩn đoán.

4.3. Kết quả điều trị

Thời gian bệnh nhân cải thiện lâm sàng

Nghiên cứu ghi nhận thời gian hết triệu chứng sốt dao động từ 1 đến 4 ngày, trung bình là $1,9 \pm 1,1$ ngày. Thời gian hết triệu chứng đau hạ sườn phải từ 1 đến 4 ngày, trung bình là $2,2 \pm 0,9$ ngày. Thời gian cải thiện triệu chứng lâm sàng được báo cáo của Sukhjeet Singh và cộng sự (2013) là $4,5 \pm 1,5$ ngày⁸, báo cáo của Arpit Bansal và cộng sự (2015) là $4,2 \pm 1,7$ ngày⁷.

Các thay đổi trên cận lâm sàng

Nghiên cứu ghi nhận thời gian chỉ số bạch cầu về bình thường sau dẫn lưu là từ 1 đến 5 ngày, trung bình là $2,9 \pm 1,1$ ngày. Trường hợp áp xe gan đa ổ có các ổ áp xe nhỏ không hóa lỏng không thể dẫn lưu nên bạch cầu về bình thường muộn hơn. Vào ngày rút dẫn lưu, chỉ số bạch cầu về giá trị bình thường, trung bình là $7,2 \pm 1,2$ G/L. Thể tích ổ áp xe trung bình là $131,8 \pm 28,1$ ml, thể tích mũ trong 24 giờ là $2,9 \pm 1,4$ ml, giảm hơn so với ngày thứ 3 có ý nghĩa ($p < 0,05$). Trên siêu âm cũng ghi nhận ổ áp xe bên trong rất ít dịch, chủ yếu mố đặc và có dấu hiệu đang tái tạo.

Thời gian lưu ống

Ống dẫn lưu ổ áp xe được theo dõi và đánh giá mỗi ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được thời gian dẫn lưu trung bình là $11,6 \pm 2,3$ ngày, thấp nhất là 9 ngày và cao nhất là 18 ngày. Kết quả của chúng tôi tương tự với các ghi nhận được trình bày trong các nghiên cứu: Sukhjeet Singh và cộng sự (2013) ghi nhận $10,4 \pm 3,7$ ngày (dao động 6 – 23 ngày)⁸. Arpit Bansal (2016) ghi nhận thời gian dẫn lưu trung bình là $9,8 \pm 3,5$ ngày⁷.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là $15,2 \pm 5,0$ ngày, ngắn nhất là 11 ngày, dài nhất là 21 ngày. Kết quả của các tác giả: Arpit Bansal và cộng sự (2016) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là $10,8 \pm 3,5$ ngày⁷.

Đánh giá kết quả

Liệu pháp kháng sinh toàn thân vẫn là điều trị chủ yếu. Phác đồ phải được xem xét thay đổi thích hợp nhằm vào mục tiêu các vi sinh vật cụ thể được phân lập từ dịch hút ổ áp xe hoặc cấy máu. Thời gian khuyến nghị cho liệu pháp kháng sinh đường tiêm là 2 – 3 tuần hoặc cho đến khi có cải thiện triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 61 BN đều được xét nghiệm vi sinh tìm tác nhân gây bệnh. Bệnh nhân sau khi có chẩn đoán áp xe gan sẽ được lấy mẫu máu làm huyết thanh kháng amip và cấy trước khi sử dụng kháng sinh. Bệnh phẩm mũ ổ áp xe cũng được gửi đi sau đó. Có 22 BN (36,1%) không phân lập được vi sinh vật gây bệnh. Giải thích cho vấn đề này, ngoài lý do áp xe gan vô căn còn do tình trạng sử dụng thuốc kháng sinh hoặc thuốc kháng amip trước khi đến bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điều trị 61 trường

hợp áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu ổ áp xe, điều trị thành công 59 (96,7%) BN. Tỷ lệ điều trị thành công được báo cáo trong các nghiên cứu: Arpit Bansal (2016) ghi nhận là 98% trường hợp thành công⁷. Abusedera và cộng sự (2014) báo cáo tỷ lệ thành công là 98% trường hợp⁹. Tỷ lệ điều trị thành công của chúng tôi không khác nhiều so với các tác giả. Có 2 (3,3%) BN điều trị thất bại. Trường hợp đầu, nguyên nhân thất bại là ổ áp xe nhiều thùy kích thước lớn, ống dẫn lưu còn đúng vị trí nhưng thoát mủ không tốt. Bệnh nhân sau đó được phẫu thuật nội soi dẫn lưu ổ áp xe. Trường hợp thứ hai là ổ áp xe nhiều thùy kích thước lớn nằm gần bao gan. Ống dẫn lưu còn đúng vị trí nhưng mủ rò rỉ theo chân ống vào ổ bụng gây viêm phúc mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi rửa bụng dẫn lưu. Cả 2 BN đều cải thiện lâm sàng sau mổ và xuất viện sau đó.

5. KẾT LUẬN

Điều trị áp xe gan bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm là một biện pháp hiệu quả và an toàn với tỷ lệ thành công cao 96,7%. Không ghi nhận biến chứng nặng dẫn đến tử vong hoặc kéo dài thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Yin D, Ji C, Zhang S et al., Clinical characteristics and management of 1572 patients with pyogenic liver abscess: A 12-year retrospective study. *Liver international : official journal of the International Association for the Study of the Liver*, Apr 2021;41(4):810-818. doi:10.1111/liv.14760
- [2] Serraino C, Elia C, Bracco C et al., Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience, 2018; 97(19)
- [3] He S, Yu J, Wang H et al., Percutaneous fine-needle aspiration for pyogenic liver abscess (3-6 cm): a two-center retrospective study. *BMC infectious diseases*, Jul 16 2020;20(1):516. doi:10.1186/s12879-020-05239-5
- [4] Meddings L, Myers RP, Hubbard J et al., A population-based study of pyogenic liver abscesses in the United States: incidence, mortality, and temporal trends. *The American journal of gastroenterology*. Jan 2010;105(1):117-24. doi:10.1038/ajg.2009.614
- [5] Van Keer J, Van Keer K, Van Calster J et al., More Than Meets the Eye: Klebsiella pneumoniae Invasive Liver Abscess Syndrome Presenting with Endophthalmitis. *The Journal of emergency medicine*. Jun 2017;52(6):e221-e223. doi:10.1016/j.jemermed.2017.01.043
- [6] Sanchez WM, Abaunza HO, Hepatic Abscess: Current Concepts, 2009.
- [7] Bansal A, Bansal AK, Bansal V et al., Liver abscess: catheter drainage v/s needle aspiration. *J International Surgery Journal*, 2016;2(1):20-25.
- [8] Singh S, Chaudhary P, Saxena N et al., Treatment of liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Annals of gastroenterology*, 2013;26(4):332-339.
- [9] Abusedera MA, El-Badry AM, Percutaneous treatment of large pyogenic liver abscess, 2014;45(1):109-115.