

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## The clinical and para-clinical characteristics of patients with liver abscesses at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Thị Huyền Trang, Trần Thị Ánh Tuyết,  
Nguyễn Anh Tuấn, Mai Thanh Bình

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh vật học ở bệnh nhân áp xe gan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 196 bệnh nhân áp xe gan được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $57,8 \pm 16,0$ ; tỉ lệ nam/nữ là 3,1/1. Bệnh kèm theo thường gặp là đái tháo đường (28,1%), tăng huyết áp (14,3%), sỏi mật (7,8%). Yếu tố nguy cơ dịch tễ trong quần thể nghiên cứu: Không tẩy giun định kỳ (99%), ăn rau sống (49%), ăn gỏi sống (44,9%). Tam chứng Fontan điển hình gặp ở 26% số bệnh nhân. Bên cạnh đó, trong 196 bệnh nhân, 57,15% có thiếu máu, 70,9% có tăng số lượng bạch cầu (trong đó tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính 73% và số lượng bạch cầu ưa acid tăng 26,0%); 56/57 bệnh nhân (98,2%) có tăng procalcitonin. Ổ áp xe được phát hiện bằng chẩn đoán hình ảnh: Chủ yếu gan phải (74,0%), một ổ đơn độc (82,6%), kích thước trung bình là  $63,3 \pm 29,1$ , ổ lớn nhất có kích thước 172mm. Có 63 bệnh nhân phân lập mọc vi khuẩn, trong đó *Klebsiella* chiếm tỉ lệ cao nhất (80,9%), *E. coli* (7,9%). **Kết luận:** Áp xe gan là bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính, thường gặp ở đối tượng cao tuổi, có bệnh nền, nam giới, có liên quan trực tiếp tới thói quen sinh hoạt không hợp vệ sinh. Nguyên nhân chủ yếu do vi khuẩn Gram âm; Và chẩn đoán hình ảnh là phương tiện chẩn đoán hữu hiệu.

**Từ khóa:** Áp xe gan, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và vi sinh vật học.

### Summary

**Objective:** To present a clinical, paraclinical, and microbiological profile of patients with liver abscesses receiving treatment at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** This retrospective cross-sectional investigation examined 196 patients diagnosed with hepatic abscesses treated at 108 Military Central Hospital from January 2018 to August 2023. The average age of the individuals in the study was  $57.8 \pm 16.0$  years, with a male-to-female ratio of 3.1/1. Frequently associated comorbidities included diabetes mellitus (28.1%), hypertension (14.3%), and gallstones (7.8%). Epidemiological risk factors within the study population encompassed irregular deworming practices (99%), consumption of raw vegetables (49%), intake of raw salads (44.9%), and inadequate hand hygiene following restroom use (44.9%). The classic Fontan's triad was identified in 26% of patients. Among the 196 patients, 57.15% exhibited anemia, 70.9% displayed an elevated white blood cell count (with 73% indicating an increase in neutrophil counts and 26.0% showing an elevation in eosinophil counts), and 98.2% had elevated procalcitonin levels. Liver abscesses were predominantly situated in the right lobe (74.0%), primarily as

Ngày nhận bài: 01/12/2023, ngày chấp nhận đăng: 14/12/2023

Người phản hồi: Mai Thanh Bình, Email: [Maibinhctieuhoa108@gmail.com](mailto:Maibinhctieuhoa108@gmail.com) - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

solitary abscesses (82.6%), with an average size of  $63.3 \pm 29.1$ mm, and the largest documented abscess measured 172mm. Bacterial isolates were detected in 63 patients, with *Klebsiella* being the most prevalent (80.9%), followed by *E. coli* (7.9%). *Conclusion:* Typically found in elderly individuals with underlying diseases, and directly related to unsanitary lifestyle habits. The primary cause is Gram-negative bacteria, and imaging diagnosis is an effective diagnostic tool.

*Keywords:* Liver abscess, clinical characteristics, imaging, and microbiology.

## 1. Đặt vấn đề

Áp xe gan là sự tụ mủ khu trú trong gan tạo thành một ổ đơn độc hoặc nhiều ổ mủ rải rác do sự xâm nhập và nhân lên của vi sinh vật trong nhu mô gan. Nguyên nhân gây bệnh có thể do vi khuẩn, ký sinh trùng (chủ yếu là amip), hoặc hiếm gặp hơn là nấm. Nguyên nhân thay đổi tùy theo khu vực địa lý, ở Đông Nam Á và châu Phi là khu vực có khí hậu nhiệt đới, điều kiện an sinh xã hội còn thấp, nhiễm amip là nguyên nhân thường gặp nhất; trong khi đó ở các nước phát triển 80% áp xe gan là do vi khuẩn. Hầu hết các trường hợp nhiễm amip đều do *Entamoeba histolytica* gây ra; áp xe sinh mủ có thể do nhiều loại vi khuẩn gây nên, trong đó thường gặp là *E. coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* và các vi khuẩn kỵ khí [1].

Áp xe gan là bệnh lý hiếm gặp, tỷ lệ mắc có thể thay đổi theo từng quốc gia và khu vực địa lý, ước tính áp xe gan do vi khuẩn ở Bắc Mỹ khoảng 2,3 trường hợp/100.000 dân, ở nam giới cao hơn nữ giới (3,3 so với 1,3/100.000 dân), nguy cơ mắc tăng dần theo tuổi và các bệnh lý kèm theo (đái tháo đường, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch...) [2]. Việc chẩn đoán áp xe gan mặc dù đã có nhiều thay đổi tích cực trong những năm qua nhờ những tiến bộ về xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh tuy nhiên việc chẩn đoán xác định bệnh vẫn còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở giai đoạn sớm bệnh nhân thường biểu hiện với một số triệu chứng không đặc hiệu (đau bụng, sốt, rối loạn tiêu hóa...), tỷ lệ chẩn đoán nhầm vẫn còn dao động từ 16-60%; tiên lượng bệnh còn nặng với tỷ lệ tử vong 4,4-16,7% [3], [4]. Vì vậy, việc xác định các triệu chứng để chẩn đoán sớm nhằm đưa ra một phác đồ điều trị hiệu quả là rất quan trọng. Việt Nam là một quốc gia đang phát triển, nằm ở khu vực nhiệt đới gió mùa, điều kiện an sinh xã hội còn hạn chế, mặc dù chưa có một số liệu thống kê cụ thể về tỉ lệ mắc bệnh trong cộng đồng

nhưng áp xe gan cũng là bệnh lý thường gặp ở các khoa tiêu hóa, điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Xuất phát từ thực tiễn trên, với mong muốn tìm được những chứng cứ khoa học phục vụ cho công tác khám chữa bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh vật học ở bệnh nhân áp xe gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 196 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan, điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 8/2023.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* 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.

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân có lâm sàng phù hợp nhưng không có bằng chứng áp xe gan trên cận lâm sàng hình ảnh học; ổ áp xe ung thư hóa.

### 2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện (196 bệnh nhân).

Phương pháp thu thập số liệu: Từ hồ sơ bệnh án được lưu trữ, thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu các chỉ tiêu chính bao gồm:

Triệu chứng lâm sàng: Tam chứng Fontan (sốt, đau hạ sườn phải, gan to), vàng da, dịch ổ bụng, dịch màng phổi, yếu tố nguy cơ dịch tễ, bệnh lý kèm theo.

Xét nghiệm sinh hóa: AST bình thường 5-40U/L, ALT bình thường 5-40U/L, bilirubin toàn phần bình thường 5-17,1 $\mu$ mol/L.

Xét nghiệm huyết học: Huyết sắc tố bình thường (nữ: 120-150g/L; nam: 130-170 g/L); số lượng bạch cầu bình thường 4-10G/L, tỷ lệ bạch cầu đa

nhân trung tính bình thường 55-70%, số lượng bạch cầu ưa acid bình thường 0-0,8G/L.

Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scan, MRI): Xác định vị trí, kích thước và số lượng ổ áp xe gan.

Kết quả chọc hút dịch, mủ và cấy dịch, mủ ổ áp xe (nếu có).

Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

### 3. Kết quả

Từ năm 2018 đến 2023, chúng tôi thu thập được 196 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Một số kết quả nghiên cứu như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm tuổi giới: Tuổi trung bình là  $57,8 \pm 16,0$ , thấp nhất là 15 tuổi, cao nhất là 87 tuổi, nhóm tuổi trên 60 chiếm 46,4%; tỉ lệ nam/nữ là 3,1/1.

Yếu tố nguy cơ bản thân: Tiền sử: Áp xe gan (8,7%), phẫu thuật bụng (6,1%), phẫu thuật đường mật (6,6%); bệnh lý kèm theo: Đái tháo đường (28,1%), tăng huyết áp (14,3%), lạm dụng rượu bia (6,6%), sỏi mật (8,7%), xơ gan (3,6%), ung thư (5,1%).

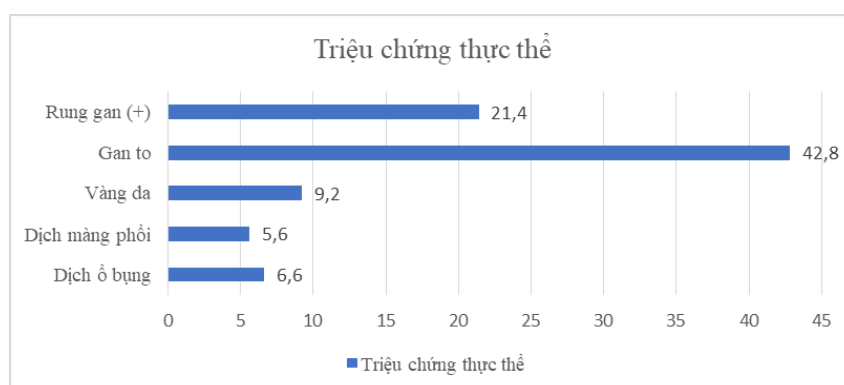
Yếu tố nguy cơ dịch tễ: Thường xuyên ăn rau sống (49,0%), ăn gỏi, nem chua sống (44,9%), không tẩy giun sán định kỳ (6 tháng/lần) (99,0%).

#### 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng



**Biểu đồ 1.** Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng: Triệu chứng hay gặp là đau hạ sườn phải (94,4%), đau tăng liên quan đến nhịp thở (42,9%), sốt (70,4%), mệt mỏi chán ăn (64,3%); một số ít gặp hơn là buồn nôn, nôn (11,2%), tiêu chảy (4,1%), sụt cân (10,2%), ho khó thở (8,1%) (Biểu đồ 1).



**Biểu đồ 2.** Đặc điểm triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể: Thường gặp là gan to (42,8%), dấu hiệu rung gan (+) (21,4%); triệu chứng ít gặp hơn là vàng da (9,2%), dịch màng phổi (5,6%), dịch ổ bụng (6,6%) (Biểu đồ 2).

Tỷ lệ tam chứng Fontan gặp trong nghiên cứu là 26%.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm một số chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu:

**Bảng 1. Đặc điểm một số chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu (n = 196)**

Đặc điểm bất thường	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Huyết sắc tố giảm (g/L)	Có	112	57,1
	Không	84	42,9
Số lượng Bạch cầu tăng (G/L)	Có	139	70,9
	Không	57	29,1
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (%)	Có	143	73,0
	Không	55	27,0
Số lượng bạch cầu ưa acid tăng (G/L)	Có	51	26,0
	Không	145	74,0
AST tăng (U/L)	Có	99	50,5
	Không	97	49,5
ALT tăng (U/L)	Có	106	54,1
	Không	90	45,9
Bilirubin toàn phần tăng ( $\mu\text{mol/L}$ )	Có	75	38,3
	Không	121	61,7
Procalcitonin (PCT) tăng (n = 57)	Có	56	98,2
	Không	01	1,8

Số lượng bạch cầu tăng (70,9%), tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng (73%).

Đặc điểm ổ áp xe trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scan, MRI)

**Bảng 2. Đặc điểm ổ áp xe gan trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Vị trí	Gan trái	38	19,4
	Gan phải	145	74,0
	Cả 2 bên	13	6,6
Số lượng	1 ổ	162	82,6
	2 ổ	27	13,8
	$\geq 3$ ổ	7	3,6
Đặc điểm khác	Chưa hóa dịch một phần	155	79,1
	Ổ áp xe dịch hóa hoàn toàn	33	16,8
	Có khí trong ổ áp xe	6	3,1
	Ổ áp xe vỡ mũ	2	1,0

Kích thước ổ lớn nhất (mm)	< 30mm	17	8,7
	30-50mm	57	29,1
	> 50mm	122	62,2
	Trung bình ± SD	63,3 ± 29,1	
	Nhỏ nhất-Lớn nhất	13-172	

Tính chất ổ áp xe dựa trên chẩn đoán hình ảnh: Vị trí bên phải (74%), một ổ áp xe đơn độc (82,6%), kích thước > 50mm (62,2%). Tại thời điểm nhập viện, chỉ có 16,8% số bệnh nhân có ổ áp xe hóa dịch hoàn toàn, và 3,1% số bệnh nhân có khí trong ổ áp xe.

*Đặc điểm kết quả chọc hút dịch mũ ổ áp xe*

**Bảng 3. Đặc điểm kết quả chọc hút dịch mũ ổ áp xe**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Chọc hút	Có	121	61,7
	Không	75	38,3
Dịch mùi thối	Có	81	66,9
	Không	40	33,1
	<b>Tổng</b>	<b>121</b>	<b>100</b>
Nuôi cấy vi khuẩn dịch mũ	Mọc vi khuẩn	63	69,2
	Không mọc vi khuẩn	28	20,8
	<b>Tổng</b>	<b>91</b>	<b>100</b>
Đặc điểm vi khuẩn của ổ áp xe	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	51	80,9
	<i>Escherichia Coli</i>	5	7,9
	<i>Streptococcus</i>	5	7,9
	<i>Staphylococcus aureus</i>	1	1,6
	<i>Enterococcus faecalis</i>	1	1,6
	<b>Tổng</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Phân lập vi khuẩn: Có 69,3% số bệnh phẩm dịch mũ từ ổ áp xe gan (từ 63 BN) phân lập mọc vi khuẩn, trong đó chủ yếu là vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* (80,9%). Không phát hiện trường hợp nào do amip hoặc nấm.

#### 4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 196 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018-2023 đủ các tiêu chuẩn lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi trung bình là 57,8 ± 16,0, thấp nhất là 15 tuổi,

cao nhất là 87 tuổi, nhóm tuổi trên 60 chiếm 46,4%; tỉ lệ nam/nữ là 3,1/1. Bệnh lý kèm theo hay gặp là đái tháo đường (28,1%), tăng huyết áp (14,3%), lạm dụng rượu bia (6,6%), sỏi mật (8,7%). Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận nam giới là đối tượng hay bị mắc bệnh hơn so với nữ giới, đồng thời bệnh thường gặp ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, đi kèm đó là các bệnh lý như tăng huyết áp, đái tháo đường, sỏi mật... [2], [5], [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.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số yếu tố dịch tễ ở bệnh nhân áp xe gan như thường xuyên ăn rau sống (49,0%), ăn gỏi, nem chua sống (44,9%), trong khi đó chỉ có 1% là tẩy giun sán định kỳ 6 tháng/lần. Đây là những thói quen ăn uống chưa hợp vệ sinh, tạo điều kiện thuận lợi cho việc mắc bệnh áp xe gan nói riêng cũng như các bệnh truyền nhiễm lây qua đường tiêu hóa nói chung, cần phải tuyên truyền rộng rãi, nâng cao ý thức “ăn chín, uống sôi”, giữ nếp sống vệ sinh khoa học đến mọi người dân trong cộng đồng.

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng: Kết quả ở Biểu đồ 1 cho thấy triệu chứng cơ năng hay gặp là đau hạ sườn phải (94,4%), đau tăng liên quan đến nhịp thở (42,9%), sốt (70,4%), mệt mỏi chán ăn (64,3%); đau và sốt là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân nhập viện khám và điều trị. 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 (42,8%), dấu hiệu rung gan dương tính (21,4%) (Biểu đồ 2). 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 51 trường hợp (26%) 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%) [7], 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% [8].

Đặc điểm một số xét nghiệm cận lâm sàng (Bảng 1): Kết quả xét nghiệm công thức máu ghi nhận giảm Hemoglobin xảy ra ở 57,1% bệnh nhân, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Serraino

C và cộng sự (2018) là 61,5% [5]; có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đào Đức Tiến là 35,4% [7], trong khi tới 70% ở nghiên cứu của Hà Khắc Trung [9]. Một số cơ chế gây thiếu máu có thể giải thích như: Tổn thương tế bào gan gây suy giảm chức năng tạo máu; độc tố của vi khuẩn gây tan huyết; nguyên nhân gây bệnh là *Entamoeba histolytica* với thể ăn hồng cầu. Các xét nghiệm đánh giá nhiễm trùng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có bạch cầu tăng 70,9%, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng 73%, số lượng bạch cầu ưa acid tăng 26%, trong 57 bệnh nhân được làm xét nghiệm PCT (procalcitonin) thì có tới 98,2% tăng PCT; những kết quả trên phù hợp với bệnh cảnh nhiễm trùng của áp xe gan do các tác nhân gây bệnh như vi khuẩn, kí sinh trùng (sán lá gan, amip...). Nghiên cứu của Serraino C và cộng sự (2018) trên 109 bệnh nhân áp xe gan do vi khuẩn cũng ghi nhận 77% có bạch cầu tăng, 100% có PCT tăng [5]; báo cáo của Đào Đức Tiến (2022): 75% có bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng gặp ở 85,4% bệnh nhân, 26/26 (100%) bệnh nhân có xét nghiệm PCT tăng trên ngưỡng bình thường [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, một số chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu như enzym AST tăng chiếm 50,5%; ALT tăng chiếm 54,1%, bilirubin toàn phần tăng chiếm 38,3% bệnh nhân; enzym gan tăng là hậu quả của tổn thương hoại tử tế bào gan, kèm theo đó có thể dẫn tới tình trạng suy giảm chức năng gan.

Đặc điểm kết quả chẩn đoán hình ảnh (Bảng 2): Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được thực hiện (ít nhất) một trong các biện pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT scan, MRI, kết quả cho thấy đa số bệnh nhân bị áp xe ở bên phải (chiếm tới 74%), chỉ số ít bị ở bên trái (19,4%) và bị cả 2 bên (6,6%); đa số bệnh nhân có 1 ổ áp xe đơn độc (chiếm 82,6%), chỉ có 17,4% có từ 2 ổ trở lên. Kết quả này tương đương với đặc điểm vị trí ổ áp xe mà y văn thế giới ghi nhận: Theo các báo cáo nghiên cứu, ổ áp xe liên quan đến thùy phải chiếm khoảng 75% các trường hợp, trong khi thùy trái chỉ chiếm 20% và tỷ lệ áp xe gan ở cả hai thùy là 5%. Nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ (2018) gặp áp xe gan ở thùy phải là 76,3%, thùy trái là 13,2% và cả 2 bên là 10,5%

[8]. Báo cáo của Loise LA (2021) trên 136 bệnh nhân áp xe gan do vi khuẩn cũng ghi nhận có 61% ở bên phải, trong khi chỉ có 12% ở bên trái và 27% ở cả 2 bên [6]. Lý giải cho điều này có nhiều nguyên nhân: Tác nhân gây bệnh thường xâm nhập vào gan qua hệ thống đường mật, tĩnh mạch cửa và bạch huyết; do có sự khác biệt nhất định về cấu tạo giải phẫu và đặc điểm sinh lý của các hệ thống này giữa gan phải và gan trái khiến cho các tác nhân dễ xâm nhập và gây bệnh ở bên phải nhiều hơn so với bên trái.

Một số đặc điểm khác được ghi nhận như: Ổ áp xe dịch hóa hoàn toàn (16,8%), có khí trong ổ áp xe (3,1%), biến chứng vỡ mũ ổ áp xe chỉ gặp ở 2 bệnh nhân (1%). Kích thước trung bình của ổ áp xe là  $63,3 \pm 29,1$  (mm), trong đó phần lớn có kích thước trên 50mm (chiếm 62,2%) (Bảng 2). Nghiên cứu của Đào Đức Tiến có 20,8% hình thành khí trong ổ áp xe và 4,2% có biến chứng áp xe vỡ vào trong ổ bụng [7]. Áp xe gan tạo khí là không phổ biến, và thường liên quan đến các tình trạng suy giảm miễn dịch như bệnh đái tháo đường đi kèm, đồng thời cũng tiên lượng nặng hơn so với các trường hợp áp xe gan không tạo khí, một số loại vi khuẩn tạo khí đã được báo cáo như *E. coli*, *Enterobacteriaceae* và *K. Pneumoniae* [10]. Biến chứng vỡ ổ áp xe vào trong khoang bụng là một trong những biến chứng rất nặng nề, gây nhiễm trùng ổ bụng, cần phải có sự can thiệp ngoại khoa khẩn cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi 2 trường hợp vỡ mũ ổ áp xe được chuyển khoa ngoại, điều trị ổn định.

Kết quả chọc hút dịch mũ ổ áp xe (Bảng 3): Trong nghiên cứu của chúng tôi có 121 bệnh nhân (61,7%) được chọc hút dịch mũ ổ áp xe, với 81 trường hợp (66,9%) có dịch mùi thối. Đồng thời, nuôi cấy dịch mũ có 69,2 % mọc vi khuẩn, đa số nhiễm các vi khuẩn Gram âm với *Klebsiella* chiếm tới 80,9%, tiếp đó là *Escherichia coli* chiếm 7,9%. Chỉ có một số ít mọc vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus aureus* và *Enterococcus faecalis* đều chỉ là 1,6%. Trong y văn ghi nhận đặc điểm dịch mũ của ổ áp xe do vi khuẩn thường có màu trắng đục hoặc vàng và có mùi thối, vi khuẩn gây bệnh thường do nhóm Gram âm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của nhiều tác giả khác như nghiên

cứu của Đào Đức Tiến (2022) khi phân lập vi khuẩn dịch ổ áp xe cũng ghi nhận đa số bệnh nhân nhiễm *Klebsiella* (85,4%), đứng thứ 2 là *E. coli* (8,3%) [7]. Tại Đà Loan, *K. pneumoniae* là mầm bệnh quan trọng thường xuyên được phân lập. Mặc dù các chủng *K. pneumoniae* đa kháng thuốc ngày càng được phát hiện ở khu vực này, nhưng các chủng *K. pneumoniae* phân lập gây áp xe gan nhìn chung vẫn nhạy cảm. Nghiên cứu mô tả 182 trường hợp áp xe gan từ năm 1990 đến năm 1996, có 88% (n = 160) là do *K. pneumoniae* gây ra, bệnh tiểu đường là yếu tố nguy cơ thường gặp. Trong đó áp xe gan do *K. pneumoniae* sinh khí được cho là có tiên lượng xấu hơn [11]. Một báo cáo dịch tễ khác của Kaplan G và cộng sự (2004) khi phân lập vi khuẩn áp xe gan thường gặp là vi khuẩn nhóm *Streptococcus milleri* là 44%, *Klebsiella* là 27%, vi khuẩn kỵ khí là 20% [2]. Sự khác nhau về thành phần, chủng loại vi khuẩn giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ đặc điểm dịch tễ vùng miền, thời điểm tiến hành nghiên cứu cũng như tiêu chí lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nhưng dường như ở Việt Nam, *K. pneumoniae* đang là tác nhân chính của bệnh lý áp xe gan.

## 5. Kết luận

Nghiên cứu ở 196 bệnh nhân áp xe gan được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ năm 2018 đến năm 2023, chúng tôi nhận thấy bệnh thường gặp ở đối tượng cao tuổi, có bệnh nền, nam giới liên quan nhiều tới thói quen sinh hoạt không hợp vệ sinh. Nguyên nhân chủ yếu do vi khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae*, siêu âm ổ bụng và chụp CT scanner là biện pháp chẩn đoán hữu ích với độ chính xác cao.

## Tài liệu tham khảo

1. Lardière-Deguelte S, Ragot E, Amroun K et al (2015) *Hepatic abscess: Diagnosis and management*. J Visc Surg 152(4): 23-243.
2. Kaplan GG, Gregson DB, and Laupland KB (2004) *Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess*. Clin Gastroenterol Hepatol 2(11): 103-1038.
3. Hồ Đăng Đăng Khoa, Chung Hoàng Phương, và Nguyễn Văn Hải (2013) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm*

- sàng và kết quả điều trị áp xe gan. Y Học TP Hồ Chí Minh, 17(6): 172-179.
4. Kuo SH, Lee YT, Li CR et al (2013) Mortality in Emergency Department Sepsis score as a prognostic indicator in patients with pyogenic liver abscess. Am J Emerg Med 31(6): 916-921.
  5. Serraino C, Elia C, Bracco C et al (2018) Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. Medicine (Baltimore) 97(19).
  6. Losie JA, Lam JC, Gregson DB et al (2021) Epidemiology and risk factors for pyogenic liver abscess in the Calgary Health Zone revisited: A population-based study. BMC Infect Dis 21(1).
  7. Đào Đức Tiến, Trần Hà Hiếu, và Trần Văn Hiến (2022) 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, 17: 72-77.
  8. Đoàn Anh Vũ (2018) 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, 13-14, 54-62.
  9. Hà Khắc Trung (2014) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của áp xe gan do vi khuẩn tại Khoa Tiêu hóa-Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội.
  10. Lee HL, Lee HC, Guo HR et al (2004) Clinical significance and mechanism of gas formation of pyogenic liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae*. J Clin Microbiol, 42(6): 2783-2785.
  11. Wang JH, Liu YC, Lee SSJ et al (1998) Primary liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae* in Taiwan. Clin Infect Dis 26(6): 1434-1438.