

vừa ở thời điểm ban đầu về mức độ không nhạy cảm sau 4 tuần. Sự giảm mức độ nhạy cảm ngà không khác biệt giữa các nhóm tuổi và các nhóm nguyên nhân.

Điều đó có nghĩa mức độ nhạy cảm ngà đã giảm rõ rệt sau 4 tuần sử dụng kem đánh răng Sensitive Mineral Expert By P/S, không phụ thuộc vào nguyên nhân và nhóm tuổi. Kết quả này không chỉ dựa trên ghi nhận cảm giác của bệnh nhân mà chúng tôi sử dụng thang đánh giá nhạy cảm ngà bằng kích thích luồng hơi VAS kết hợp với kích thích cọ sát bằng máy đo độ nhạy cảm Yeaple có mức độ tin cậy cao.

## V. KẾT LUẬN

Sử dụng kem đánh răng có chứa calcium silicate và sodium phosphate (Sensitive Mineral Expert by PS) có sự giảm mức độ nhạy cảm ngà rõ rệt sau 4 tuần sử dụng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. West, J. Seong, M. Davies, Dentine hypersensitivity, Monogr. Oral Sci. 25 (2014) 108–122, <https://doi.org/10.1159/000360749>.

2. Nguyễn Thị Từ Uyên. Tình trạng quá cảm ngà răng của sinh viên Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2010.
3. Tống Minh Sơn. Nhạy cảm ngà răng ở cán bộ Công ty Than Thống Nhất, tỉnh Quảng Ninh. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2012;80(4):77-80.
4. Tống Minh Sơn. Tình trạng nhạy cảm ngà răng của nhân viên công ty Bảo hiểm Nhân thọ tại Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2013;85(5):31-36
5. Trần Ngọc Phương Thảo. Mô tả tình trạng, tỷ lệ nhạy cảm ngà và một số yếu tố nguy cơ ở thành phố Hồ Chí Minh. Published online 2013.
6. T Joon Seong, Robert G. Newcombe, Jane R Matheson et al (2020). A randomised controlled trial investigating efficacy of a novel toothpaste containing calcium silicate and sodium phosphate in dentine hypersensitivity pain reduction compared to a fluoride control toothpaste. Journal of Dentistry 98 (2020)
7. Haoze Li a, Weining Liu a, Huan-Jun Zhou et al (2020). In vitro dentine tubule occlusion by a novel toothpaste containing calcium silicate and sodium phosphate. Journal of Dentistry, 103S
8. Gandolfi M.G, Silvia F, Gasparotto G. Calcium silicate coating derived from Portland cement as treatment for hypersensitive dentine. J Dent. 2008;36(8):565-578.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE TUYẾN VÚ TẠI KHOA NGOẠI B – BỆNH VIỆN K

Lê Văn Vũ\*, Lê Hồng Quang\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe tuyến vú tại khoa Ngoại B Bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 215 bệnh nhân áp xe tuyến vú được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 10/2020 đến tháng 11/2021. **Kết quả:** tuổi trung bình là 27,9 ± 8,2 tuổi; tỷ lệ khối áp xe trên 5cm là 61,9%; đa số trường hợp có 1 ổ tổn thương 60,5%; 94,4% bệnh nhân đã điều trị kháng sinh trước vào viện và 50,7% trường hợp đã trích rạch ổ áp xe; xét nghiệm vi sinh phân lập vi khuẩn có kết quả 63,6%; tụ cầu vàng chiếm 91,5%; tỷ lệ điều trị khỏi bệnh chiếm 91,6%; các đặc điểm của ổ áp xe liên quan đến thất bại điều trị bao gồm: kích thước ổ áp xe trên 5cm, tổn thương lan tỏa.

**Từ khóa:** áp xe tuyến vú

### SUMMARY

#### CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.01.2022

Ngày duyệt bài: 15.2.2022

### AND TREATMENT OUTCOMES OF BREAST ABSCESS AT K - HOSPITAL

**Objective:**To evaluate clinical and paraclinical characteristics and treatment results of breast abscess at K - Hospital. **Method:** A descriptive study was conducted with 215 breast abscess patients who were diagnosed from 10/2020 to 11/2021. **Results:**mean age was 27.9 ± 8.2; the proportion of abscess over 5cm was 61.9%; the proportion of single lesions was 60.5%; 94.4% of patients had antibiotic treatment before hospital admission; 50.7% of patients underwent drain procedure; the proportion of bacterial growth was 63.6%; staphylococcus aureus accounted for 91.5%;abscess features related to treatment failure include: abscess size over 5cm, diffuse lesions.

**Key words:** breast abscess

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe tuyến vú là một tình trạng nhiễm trùng nặng ở vú do vi khuẩn gây ra. Bệnh thường gặp đối với phụ nữ trong thời kỳ cho con bú với tỷ lệ gặp trong khoảng 0,19 – 0,84%. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp xảy ra với cả phụ nữ không cho con bú. Loại vi khuẩn thường xuyên gây nhiễm trùng vú là Staphylococcus aureus. Vi khuẩn có thể thâm nhập thông qua một vết nứt ở da của vú hoặc núm vú. Sự nhiễm trùng này

gây nên tình trạng viêm vú, vi khuẩn xâm nhập các mô mỡ ở vú, dẫn đến sưng và gây tắc các ống dẫn sữa.<sup>1</sup>

Tổn thương áp xe vú là một khoang rỗng trong vú chứa đầy mủ hình thành từ các ống dẫn sữa bị nhiễm bệnh. Một áp xe có thể phát triển từ tình trạng viêm vú nặng. Viêm vú có thể xảy ra ở tất cả phụ nữ nhưng thường xuyên nhất là ở những người phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ. Có khoảng 2% đến 3% phụ nữ nuôi con bằng sữa mẹ bị viêm vú.<sup>2</sup> Ở những phụ nữ đang cho con bú, viêm vú có thể được điều trị thành công bằng thuốc kháng sinh, nhưng khi ở giai đoạn tạo mủ hình thành ổ áp xe thì cần đòi hỏi phải có can thiệp ngoại khoa trích rạch hoặc phẫu thuật dẫn lưu mủ. Trong nhiều trường hợp phải ngừng cho con bú ở phụ nữ bị áp xe vú.

Có thể thấy áp xe vú tuy là một tình trạng bệnh lành tính, tuy nhiên điều trị áp xe vú lại không phải luôn dễ dàng, đặc biệt với thực trạng tự điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm như tại Việt Nam.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 215 bệnh nhân áp xe tuyến vú được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 10/2020 đến tháng 11/2021. Cỡ mẫu thuận tiện. Đối tượng tham gia là bệnh nhân được chẩn đoán xác định áp xe tuyến vú trên lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm giải phẫu bệnh. Tiêu chuẩn loại trừ gồm những bệnh nhân lao vú, hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

Các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị được ghi nhận trên hồ sơ bệnh án, trực tiếp khám và điều trị.

Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong số 215 bệnh nhân nghiên cứu có 87 BN ở độ tuổi từ 21 – 30, chiếm tỷ lệ cao nhất (40,5%). Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 78 tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 16 tuổi. Tuổi trung bình 27,9 ± 8,2 tuổi.

**Bảng 1. Đặc điểm tổn thương**

Kích thước ổ áp xe	Số BN	Tỷ lệ %
< 5cm	82	38,1
≥ 5cm	133	61,9
Số lượng ổ áp xe	Số BN	Tỷ lệ %
Một ổ	130	60,5
Nhiều ổ	68	31,6
Lan tỏa	17	7,9
Vị trí (Một ổ)	Số BN	Tỷ lệ %
Dưới quầng núm	35	26,9

Sâu trong nhu mô	87	66,9
Ngoại vi	8	6,2
<b>Tổng</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

Đa số BN có kích thước khối áp xe trên 5cm (61,9%). Có 130 BN có 1 ổ tổn thương đơn độc (60,5%), có 68 BN có từ 2 ổ tổn thương trở lên (31,6%) và có 17 trường hợp tổn thương lan tỏa (7,9%). Trong 130 trường hợp BN có 1 tổn thương đơn độc, có 35 trường hợp ổ áp xe ở dưới quầng núm vú (26,9%), có 87 BN tổn thương nằm sâu trong nhu mô ở các góc phần tư (40,5%), chỉ có 8 BN ổ áp xe ở ngoại vi sát dưới da (6,2%).

Trong 215 BN, có 203 trường hợp đã điều trị kháng sinh trước vào viện (94,4%), có 109 trường hợp đã được trích rạch ở các cơ sở y tế khác (50,7%) trong đó có 86 BN được trích rạch 1 lần và 23 BN đã được trích rạch ≥2 lần. Kết quả điều trị có 182 trường hợp cần phẫu thuật cắt lọc rộng tổn thương áp xe chiếm 84,7%; chỉ có 33 BN chỉ cần trích rạch ổ áp xe (15,3%)

Các tổn thương trong mổ đa số là ổ áp xe phức tạp, kích thước lớn, nhiều góc ngách: 147 trường hợp chiếm 68,4%; chỉ có 68 trường hợp tổn thương đơn giản, một ổ áp xe, có vách rõ ràng (31,6%).

**Bảng 2. Kết quả cấy mủ**

Cấy mủ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tụ cầu vàng	75	58,1
Liên cầu	6	4,7
E coli	1	0,8
Không mọc	47	36,4
<b>Tổng số</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

Trong số 129 BN có làm xét nghiệm vi sinh cấy mủ, chỉ có 82 trường hợp có kết quả (63,6%); 47 trường hợp không mọc (36,4%).

Kết quả phân lập vi khuẩn trong số 82 trường hợp cấy mủ dương tính: tụ cầu vàng 75 BN chiếm 91,5%; liên cầu 6 BN chiếm 7,3%; chỉ có 1 trường hợp kết quả phân lập là E coli.

Kết quả điều trị của 215 BN áp xe tuyến vú: có 197 trường hợp khỏi bệnh chiếm 91,6%. Có 18 trường hợp bệnh nhân cần phẫu thuật lại, trong đó có 15 trường hợp áp xe tái phát, BN nhập viện lại trong vòng 1 tháng do xuất hiện lại tổn thương sưng đau chảy mủ tại tổn thương cũ và 3 trường hợp áp xe tồn dư, sau mổ vẫn còn sót tổn thương sưng đau, phát hiện trên siêu âm trước ra viện.

**Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị**

Kết quả	Khỏi	Không	p	
Kích thước	≥ 5cm	117	16	0,013
	< 5cm	80	2	

Số lượng tổn thương	Một ổ	128	2	0,0001
	Nhiều ổ	61	7	
	Lan tỏa	8	9	
Đặc điểm tổn thương	Đơn giản	63	5	0,71
	Phức tạp	134	13	
<b>Tổng</b>		<b>197</b>	<b>18</b>	<b>215</b>

Trong số 18 bệnh nhân tái phát hoặc còn áp xe tồn dư, có 16 trường hợp bệnh nhân có kích thước khối áp xe trên 5cm chiếm 88,9%. Chỉ có 2 trường hợp tái phát với tổn thương dưới 5cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,013 < 0,05$ .

Trong 130 bệnh nhân với tổn thương đơn ổ, chỉ có 2 trường hợp tái phát (1,5%). Tỷ lệ này ở các bệnh nhân với nhiều ổ tổn thương là 10,3% với 7/68 trường hợp. Trong khi đó ở nhóm 17 bệnh nhân với tổn thương lan tỏa, tỷ lệ gặp phải áp xe tồn dư hay tái phát là 52,3%. Có thể khẳng định các trường hợp tổn thương lan tỏa có tỷ lệ điều trị khỏi bệnh thấp hơn với  $p=0,0001$ .

Tỷ lệ điều trị thất bại ở nhóm bệnh nhân có tổn thương đơn giản là 7,4% với 5/68 trường hợp. Trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có tổn thương phức tạp là 8,8%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,71$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $27,9 \pm 8,2$  tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nhung (2014) nghiên cứu trên 58 BN áp xe tuyến vú tại bệnh viện Phụ sản trung ương với tuổi trung bình là  $26,1 \pm 4,2$  tuổi.<sup>3</sup> Hay kết quả nghiên cứu của Ramazan Eryilmaz và cộng sự (2005) tại Thổ Nhĩ Kỳ với độ tuổi trung bình của đối tượng là 25 tuổi, chủ yếu là nhóm tuổi 25-29.<sup>4</sup> Như vậy đối tượng của áp xe tuyến vú thường ở độ tuổi khá trẻ, chủ yếu là trong độ tuổi sinh đẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 133 bệnh nhân có kích thước khối áp xe trên 5cm chiếm 61,9%. Chúng tôi lấy 5cm là mốc phân chia dựa trên nghiên cứu của Ramazan Eryilmaz (2005) và Nguyễn Thị Hồng Nhung (2014) cho rằng kích thước ổ áp xe <5cm có thể điều trị bằng trích rạch ổ áp xe. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây của Giess CS (2014) cho rằng nếu kích thước ổ áp xe < 3 cm có thể điều trị bằng trích rạch, bơm rửa ổ áp xe, còn với kích thước > 3 cm thì nên phẫu thuật dẫn lưu ổ áp xe.<sup>5</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung (2015) trên 41 bệnh nhân áp xe tuyến vú tại bệnh viện 103 với kích thước trung bình ổ áp xe là  $5,17 \pm 1,67$  cm; và

tỷ lệ BN có kích thước ổ áp xe > 5cm là 53,7%.<sup>6</sup> Sở dĩ phần lớn bệnh nhân có kích thước ổ tổn thương lớn là do ý thức điều trị đối với bệnh viêm tuyến vú chưa cao, hầu hết đều tự điều trị tại nhà theo kinh nghiệm, đến khi bệnh tiến triển quá nặng, tổn thương lớn và đau nhiều mới đến bệnh viện.

Về số lượng ổ áp xe, trong nghiên cứu của chúng tôi có 130 bệnh nhân có tổn thương đơn ổ chiếm tỷ lệ 60,5%. Có tới 68 trường hợp (31,6%) với tổn thương nhiều ổ và 17 trường hợp (7,9%) tổn thương áp xe lan tỏa gần hết cả vú. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác: nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Nhung với tỷ lệ BN có 1 ổ áp xe và 93,2%; của Nguyễn Ngọc Trung là 95,1%. Có sự khác nhau này là do phương pháp lựa chọn bệnh nhân, trong 2 nghiên cứu trên bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp trích rạch ổ áp xe và hút chân không, chính vì vậy phải lựa chọn nhóm đối tượng bệnh nhân với tổn thương đơn giản hơn.

Trong số 130 bệnh nhân với tổn thương đơn ổ, có 35 BN (26,9%) với tổn thương tại vị trí dưới quầng núm vú, đa số BN tổn thương nằm sâu trong nhu mô tuyến vú với 87 trường hợp (66,9%). Có nhiều cách phân loại áp xe tuyến vú theo vị trí, có thể phân loại theo vị trí các góc phần tư, tuy nhiên chúng tôi lựa chọn phân loại theo đặc trưng tổn thương với tổn thương áp xe dưới quầng núm vú thường là tổn thương thứ phát và khu trú, các tổn thương nằm sâu trong nhu mô tuyến vú thường là những áp xe tuyến vú nguyên phát liên quan đến mang thai và cho con bú, còn các trường hợp ổ áp xe ở ngoại vi sát da thường liên quan với các trường hợp thứ phát sau tổn thương tại da vùng tuyến vú hoặc phối hợp các bệnh toàn thân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn BN đã được điều trị kháng sinh trước khi vào viện với 203 trường hợp chiếm 94,4%. Trong một nghiên cứu của Phạm Huỳnh Anh Tuấn (2019) trên 62 bệnh nhân áp xe vú thì tỷ lệ đã điều trị kháng sinh là 69,4%.<sup>7</sup> Tỷ lệ bệnh nhân đã được trích rạch ổ áp xe ở các cơ sở y tế khác là 50,7% (109BN). Đa số các trường hợp bệnh nhân đều đã được điều trị kháng sinh và trích rạch, tổn thương lớn và phức tạp. Điều này cũng làm ảnh hưởng đến quyết định điều trị cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 33 bệnh nhân được điều trị bằng trích rạch đơn thuần. Đa số bệnh nhân cần được gây mê phẫu thuật cắt lọc rộng ổ tổn thương áp xe, lau rửa và dẫn lưu để hở (182BN) chiếm 84,7%. Lý do là đa số bệnh nhân đều đã được điều trị trích rạch ít

nhất 1 lần tại các cơ sở y tế trước đó (50,7%), đồng thời các tổn thương đa số là phức tạp, kích thước lớn, nhiều góc ngách (68,4%).

Điều trị áp xe tuyến vú bằng trích rạch dẫn lưu ổ mủ kết hợp kháng sinh chống viêm có tỉ lệ thành công cao đối với các trường hợp bệnh nhân có tổn thương đơn giản, một ổ, vách rõ và kích thước nhỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 33 trường hợp thỏa mãn điều kiện để tiến hành trích rạch đơn thuần. Đa số các trường hợp còn lại với ổ áp xe lớn và đã được trích rạch trước đó, chính vì vậy để điều trị thành công cần phải phẫu thuật rạch rộng tổn thương, tuy rằng kết quả thẩm mỹ kém hơn nhưng có thể đảm bảo lấy được hết tổn thương viêm mủ.

Khoảng 65 - 80% các trường hợp có thể xác định tác nhân gây bệnh bằng cấy mủ, 20 - 30% cấy vi trùng không mọc. Tác nhân gây bệnh trên bệnh nhân áp xe vú không liên quan đến tiết sữa phần lớn là *Staphylococcus Aureus*. Theo Ramakrishnan và cộng sự, *Staphylococcus Aureus* chiếm 58%, kế đến là *Streptococi* nhóm B 24%, *Proteus* 11% và *Acinetobacter* spp 7%. Nghiên cứu của Singh cũng có kết quả tương tự với *Staphylococcus Aureus* chiếm 64%. Tỷ cầu thường chiếm tỉ lệ cao hơn ở các trường hợp áp xe vú liên quan đến tiết sữa, có thể lên đến 84%. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung trên 21 bệnh nhân, trong đó có 18 bệnh nhân đang cho con bú, tỉ lệ tụ cầu vàng là 76,2%. Ngoài ra các tác nhân khác như vi khuẩn gram âm như *E.Coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* và vi khuẩn kỵ khí cũng là các tác nhân hay gặp. Theo Dabbas, vi khuẩn kỵ khí chiếm 20% các trường hợp.<sup>8</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 129/215 trường hợp có cấy mủ. Chỉ 82/129 trường hợp (63,6%) phân lập được vi khuẩn gây bệnh, 75 trường hợp do tụ cầu vàng, 6 trường hợp do liên cầu và 1 trường hợp do *E coli*. Do phần lớn các trường hợp áp xe vú trong nghiên cứu này đều nhập viện muộn và đã có sử dụng kháng sinh trước đó (94,4%) nên tỉ lệ mọc vi khuẩn không cao. Kháng sinh ban đầu nên sử dụng kháng sinh diệt được tụ cầu như Amoxicillin/Clavulanic acid có thể kết hợp kháng sinh diệt gram âm và kỵ khí.

Áp xe vú nói chung có tỷ lệ tái phát cao và thay đổi tùy từng nghiên cứu từ 10-53%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tái phát là 6,9% và tỷ lệ áp xe tồn dư là 1,4%. Kết quả điều trị của một vài tác giả khác: Phạm Huỳnh Tuấn Anh (2019) tỷ lệ tái phát là 20%, của Nguyễn Thị Hồng Nhung (2014) là 8,4%. Sở dĩ có sự khác biệt nhiều giữa các nghiên cứu chủ yếu là do cách thức lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu,

cũng như phương pháp điều trị được lựa chọn. Nghiên cứu của tác giả Phạm Huỳnh Tuấn Anh trên 62 bệnh nhân áp xe tuyến vú được điều trị bằng phương pháp chọc hút ổ mủ dẫn lưu và kháng sinh. Những bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn với tổn thương đơn ổ, kích thước không qua lớn. Tuy nhiên tỷ lệ thất bại của phương pháp cũng khá cao, và những bệnh nhân này phải tiếp tục điều trị bằng phẫu thuật. Các bệnh nhân đến điều trị tại Khoa ngoại B với tỷ lệ đã trích rạch thất bại là 50,7% tại các cơ sở y tế trước đó, đồng thời các tổn thương đa phần là kích thước lớn 61,9% trên 5cm và tính chất tổn thương phức tạp. Chính vì vậy ngoại trừ những trường hợp rất thuận lợi cho chỉ định trích rạch, chúng tôi đều phải tiến hành gây mê, rạch rộng, lấy hết tổn thương viêm mủ hoại tử và để hở vết mổ dẫn lưu ra ngoài. Phương pháp điều trị có cục đoạn và khá ảnh hưởng đến thẩm mỹ tuy nhiên kết quả là tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh rất cao (91,6%). Những trường hợp than phiền về thẩm mỹ sau khi tổ chức hạt mọc tốt, liền miệng có thể vào sửa lại sẹo.

Nguyên tắc cơ bản của điều trị áp xe tuyến vú là trích rạch dẫn lưu ổ mủ và kháng sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 215 bệnh nhân có 18 trường hợp điều trị thất bại trong đó có 15 trường hợp áp xe tái phát, BN nhập viện lại trong vòng 1 tháng do xuất hiện lại tổn thương sưng đau chảy mủ tại tổn thương cũ và 3 trường hợp áp xe tồn dư, sau mổ vẫn còn sót tổn thương sưng đau, phát hiện trên siêu âm trước ra viện. Có 16 trường hợp kích thước tổn thương lớn trên 5cm, 9 trường hợp tổn thương áp xe lan tỏa. Có thể đi tới kết luận kích thước tổn thương lớn, ổ áp xe lan tỏa là những đặc điểm làm tăng khả năng thất bại của điều trị. Thậm chí có bệnh nhân vẫn còn tổn thương chảy mủ sau khi đã mổ lại lần thứ 2. Tỷ lệ bệnh nhân nhiều ổ tổn thương điều trị thất bại không tăng so với những bệnh nhân chỉ có 1 ổ tổn thương. Tính chất của ổ áp xe đơn giản, rõ ranh giới hay nhiều góc ngách cũng không thấy có ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của Phạm Huỳnh Tuấn Anh (2019) và Nguyễn Thị Hồng Nhung (2014) cũng đưa ra kết luận kết quả điều trị chủ yếu phụ thuộc và kích thước của tổn thương.

## V. KẾT LUẬN

Áp xe tuyến vú thường gặp ở phụ nữ trẻ trong độ tuổi sinh sản, là bệnh lành tính tuy nhiên điều trị không phải luôn dễ dàng. Đa số bệnh nhân đều đã tự điều trị kháng sinh tại nhà, cũng như thực hiện trích rạch ở các cơ sở y tế

trước đó khiến các tổn thương thường đa dạng và phức tạp, đa số thường do tụ cầu vàng. Điều trị áp xe tuyến vú theo nguyên tắc trích rạch dẫn lưu ổ mủ và kháng sinh. Các yếu tố ảnh hưởng đến thất bại điều trị là kích thước khối áp xe >5cm và tổn thương lan tỏa.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patani N, MacAskill F, Eshelby S, Omar A, Kaura A, Contractor K, Thiruchelvam P, Curtis S, Main J,** Cunningham D, Hogben K, Al-Mufti R, Hadjiminias DJ, Leff DR. Best-practice care pathway for improving management of mastitis and breast abscess. *Br J Surg.* 2018 Nov; 105(12):1615-1622.
2. **Dener C, Inan A.** Breast abscesses in lactating women. *World J Surg.* 2003 Feb;27(2):130-3.
3. **Nguyễn Thị Hồng Nhung.** Nghiên cứu áp xe vú tại Khoa Sản nhiễm khuẩn, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 2 đến 8 năm 2012. Luận văn

tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

4. **Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E.** Management of lactational breast abscesses. *Breast.* 2005 Oct;14(5):375-9. doi: 10.1016/j.breast.2004.12.001. PMID: 16216739.
5. **Gies CS et al.** Clinical experience with aspiration of breast abscesses based on size and etiology at an academic medical center. *J Clin Ultrasound.* 2014, 42 (9), pp.513-521.
6. **Nguyễn Ngọc Trung.** Nhận xét đặc điểm tổn thương và căn nguyên vi khuẩn áp xe vú điều trị tại bệnh viện quân y 103. *Tạp chí y dược học quân sự.* 2014, 180-184, số 9.
7. **Phạm Huỳnh Tuấn Anh.** Điều trị áp xe vú bằng chọc hút mủ kết hợp kháng sinh kháng viêm tại bệnh viện ung bướu TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí ung thư Việt Nam.* 2019, 486-489, số 3.
8. **Fazel PA and Owais M. (2012),** Comparison of incision and drainage against needle aspiration for the treatment of breast abscess, *Am Surg,* 78, pp: 1224 – 1227.

## TÌM HIỂU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY GAN CẤP

Nguyễn Công Long<sup>1</sup>, Hoàng Thị Quỳnh Hương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu với mục đích nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy gan cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 60 bệnh nhân được chẩn đoán suy gan cấp tại Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được đưa vào nghiên cứu từ tháng 01/2020 đến 7/2021. **Kết quả:** Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu tuổi bệnh nhân từ 21 đến 60 chiếm 68.3%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mệt mỏi, chán ăn tới 100%, vàng da 86,7%; Các đặc điểm cận lâm sàng, 100% bệnh nhân có tăng enzyme gan alanine aminotransferase (ALT) và aspartate aminotransferase (AST) và giảm albumin trong máu; ngoài ra phần lớn bệnh nhân có biểu hiện rối loạn điện giải như hạ natri máu (78.3%) và hạ kali máu (35%). **Kết luận:** Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân suy gan cấp là vàng da và tình trạng tăng mạnh các enzyme gan.

**Từ khóa:** Suy gan cấp, lâm sàng

### SUMMARY

#### EVALUATED ON CLINICAL FEATURE, SUB-CLINICAL OF ACUTE LIVER FAILURE

**Objectives:** The aim of this study was the

evaluation of clinical features and subclinical of acute liver failure. **Method:** A total of 60 patients were enrolled with acute liver failure from 01/2020 to 7/2021 in Bachmai hospital. **Results:** patients aged 21 to 60 accounted for 68.3%. Common clinical symptoms are fatigue, anorexia accounted for 100%, jaundice accounted for 86.7%; on subclinical, 100% of patients had very high elevation of alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and decreased albumin; In addition, the majority of patients had electrolyte disturbances such as hyponatremia (78.3%) and hypokalemia (35%). The mortality rate is still high (75%) with hemorrhagic complications (80%), metabolic disorders (78%). **Conclusion:** The most common symptoms is jaundice and elevated aminotransferase.

**Key words:** Acute liver failure, clinical

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy gan cấp (SGC) là một tình trạng bệnh hiểm gặp và nghiêm trọng do hủy hoại tế bào gan một cách nhanh chóng dẫn đến suy chức năng gan từ đó gây nên tổn thương thứ phát đa cơ quan như: bệnh não gan, rối loạn đông máu (INR  $\geq 1,5$ ), hội chứng gan thận, suy đa tạng, nhiễm khuẩn thứ phát, ở những bệnh nhân không có xơ gan hoặc mắc các bệnh gan trước đó[1, 2].

Tại Việt Nam, tỉ lệ ngộ độc cấp nói chung và suy gan do viêm gan nhiễm độc ngày càng gia tăng và tỷ lệ tử vong do SGC còn cao 50 - 90%<sup>6</sup>. Theo niên giám thống kê của Bộ y tế năm 2000

<sup>1</sup>Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Bệnh viện đa khoa tỉnh Cao Bằng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022