

10, p. 1537-1537.
7. Chan A. H. Y., H.R., et al. (2019). The Medication Adherence Report Scale (MARS-5): a measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. Br J Clin Pharmacol.

8. Ahorsu, D.K., et al.(2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Addiction.

CAN THIỆP QUA DA LOẠI BỎ XƯƠNG CÁ TRONG Ổ ÁP XE GAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Mai Văn Hải¹, Nguyễn Tiến Mạnh²

TÓM TẮT

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân thường gặp khiến bệnh nhân (BN) phải nhập viện cấp cứu. Đa số dị vật ống tiêu hóa có thể đào thải tự nhiên ra ngoài cơ thể. Một số trường hợp dị vật di trú sang các cơ quan khác gây nhiều biến chứng nguy hiểm, cần phải sớm đưa ra khỏi cơ thể. Trong bài báo này, chúng tôi xin trình bày một trường hợp áp xe gan trái do xương cá ở bệnh nhân nam, 64 tuổi. Bệnh nhân được lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan (Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal: IPTR), sau đó điều trị ổ áp xe bằng kháng sinh. Đây là phương pháp được đánh giá là đơn giản, xâm lấn tối thiểu, khả thi và có thể thay thế cho phẫu thuật đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ cao khi phẫu thuật.

Từ khóa: Dị vật đường tiêu hóa, áp xe gan, thủng đường tiêu hóa, xương cá

SUMMARY

ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC REMOVAL OF FISH BONE FROM LIVER ABSCESS

Foreign body in the gastrointestinal tract is a common cause of emergency hospitalization in many patients. Most gastrointestinal foreign bodies can be eliminated naturally from the body. In some cases, foreign bodies migrate to other organs, causing many dangerous complications and need to be removed from the body timely. In this article, we present a case of a 64-year-old man who was diagnosed with a hepatic abscess secondary to a migrated fish bone. The fishbone was successfully removed by image-guided Percutaneous Transhepatic Removal (IPTR) approach and then the patient received antibiotics for the abscess. This method is simple, minimal invasive, feasible alternative to surgical removal, particularly if the patient is considered to be at high surgical risk.

Keywords: Ingested foreign bodies, hepatic abscess, gastrointestinal perforation, fishbone

¹Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Mạnh

Email: ntmanh2209@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 25.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu. Mặc dù tỷ lệ dị vật ống tiêu hóa có thể đào thải tự nhiên ra ngoài cơ thể khá cao, vẫn có một số trường hợp xuất hiện biến chứng nguy hiểm như thủng ống tiêu hóa, tắc ruột, rò, nhiễm khuẩn huyết, thậm chí có thể gây tử vong [1],[2]. Một nghiên cứu đưa ra rằng 80-90% dị vật ống tiêu hóa không cần can thiệp, 10-20% cần nội soi gấp bỏ và khoảng 1% cần phẫu thuật [1]. IPTR hiện được chỉ định ngày càng nhiều, thay thế cho một số phương pháp điều trị truyền thống [3],[4]. Trong bài này, chúng tôi xin trình bày hai ca lâm sàng bệnh nhân có dị vật trong ổ áp xe gan trái, đã được gấp bỏ qua da dưới hướng dẫn của nội soi, siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả ca lâm sàng: Bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử tăng huyết áp. Vào viện vì đau bụng hạ sườn phải âm ỉ liên tục 1 tháng nay kèm sốt cao. Khám vào viện, bệnh nhân tỉnh, mạch nhanh 90 lần/phút, huyết áp 130/60 mmHg, nhiệt độ 38°C, da niêm mạc nhợt. Khám bụng cho thấy ấn đau hạ sườn phải, có dấu hiệu rung gan. Ngoài ra không thấy bất thường khác. Kết quả xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu 5.42 G/l, tỷ lệ trung tính 55%, nồng độ bilirubin trong giới hạn bình thường. Trên hình ảnh siêu âm ổ bụng thấy nhu mô gan trái có ổ dịch đặc, kích thước 40x42mm, vỏ dày, trong có vách và có cấu trúc tăng âm mạnh hình que dài 35mm (Hình 1A). Hình ảnh siêu âm gợi ý áp xe gan trái kèm dị vật bên trong ổ áp xe. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang cho thấy nhu mô gan trái có ổ áp xe kích thước 43x40mm, trung tâm có thành phần máu tụ tăng tỷ trọng tự nhiên, bên trong có dị vật tăng mật độ tỷ trọng tự nhiên (tương đương với tỷ trọng xương) dài 31mm, không thấy khí hay dịch tự do ổ bụng (Hình 1B). Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan trái do dị vật trong gan.

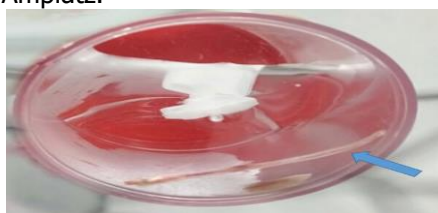
Chúng tôi thực hiện kỹ thuật lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng 10ml lidocain 2%, sau đó chọc qua da vào ổ tụ dịch gan trái dưới hướng dẫn siêu âm (Hình 2). Luồn dây dẫn cứng vào ổ dịch và tiến hành nong và đặt cống Amplatz 18F. Nội soi kiểm tra lại dị vật nằm trong ổ dịch, vây quanh bởi nhiều tổ chức xơ. Chúng tôi tiến hành gấp bỏ dị vật kèm hút dịch trong ổ áp xe (Hình 2). Dùng kim sinh thiết kẹp bỏ tổ chức và lấy ra dị vật trắng ngà nghi là xương cá (Hình 3). Siêu âm lại sau can thiệp cho thấy dị vật được loại bỏ hoàn toàn.



Hình 1. (A), (B) Hình ảnh siêu âm, CLVT của BN trước can thiệp. Ổ áp xe nhu mô gan trái trung tâm có máu tụ, bên trong có dị vật tăng quang trên CLVT (đầu mũi tên xanh lá cây).



Hình 2: (A) Chọc kim vào ổ dịch dưới hướng dẫn siêu âm. (B) Amplatz 18F được đặt qua da vào nhu mô gan trái để lấy dị vật dưới hướng dẫn siêu âm và DSA. (C) Dị vật đang được lấy nằm trong Amplatz.



Hình 3: Dị vật nghi ngờ là xương cá dài 31mm (mũi tên xanh dương).



Hình 4: Siêu âm kiểm tra lại sau điều trị thấy ổ áp xe giảm kích thước đáng kể, không còn dị vật trong ổ áp xe gan trái.

Sau can thiệp, bệnh nhân được điều trị kháng sinh và tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân được cải thiện. Siêu âm kiểm tra lại thấy ổ áp xe giảm kích thước đáng kể (20x22mm) sau điều trị kháng sinh 3 ngày (Hình 4). Bệnh nhân được ra viện sau 7 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Áp xe gan thứ phát sau nuốt dị vật rất hiếm gặp trên lâm sàng. Ca lâm sàng đầu tiên về tình trạng này được tác giả Lambert trình bày vào năm 1898 và số lượng các ca ngày càng được trình bày nhiều trên y văn. Trong báo cáo của Chong và cộng sự có hồi cứu y văn cho thấy đến năm 2014 có 88 ca áp xe gan do dị vật đường tiêu hóa đã được báo cáo, tỷ lệ gặp nhiều hơn ở nam (73%) [3]. Theo y văn, các ổ áp xe gan do dị vật thường do xuyên thủng thành dạ dày, thùy trái thì hay gặp hơn thùy phải và xương cá là loại dị vật hay gặp nhất [3],[5]. Triệu chứng lâm sàng điển hình là sốt, sốt, đau bụng hạ sườn phải, dấu hiệu rung gan và ấn kẽ sườn dương tính, tuy nhiên nhiều trường hợp triệu chứng lâm sàng có thể không đặc hiệu. Đa số các trường hợp bệnh nhân không nhớ rõ về tiền sử nuốt dị vật cũng như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi. CLVT là phương pháp lựa chọn tốt nhất trong phát hiện dị vật trong áp xe gan thứ phát.

Điều trị áp xe gan do dị vật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, kích thước, tính chất dị vật, lâm sàng của bệnh nhân và điều kiện cơ sở vật chất tại bệnh viện. Các lựa chọn điều trị lấy dị vật bao gồm phẫu thuật mổ mở, mổ nội soi, nội soi qua đường dạ dày tá tràng, các phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu có hoặc không có sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Đa số các trường hợp được báo cáo, phẫu thuật loại bỏ dị vật được coi là phương pháp điều trị ưu tiên [3]. Kỹ thuật gấp dị vật qua nội soi dạ dày hữu hiệu trong trường hợp dị vật có phần nằm trong lòng dạ dày hoặc tá tràng. Một phương pháp ít xâm lấn hơn cũng đã được áp dụng và báo cáo trong y văn là phương pháp lấy dị vật qua da bằng đường hầm xuyên nhu mô gan (IPTR). Tác giả Lau và cộng sự cũng đã áp dụng phương pháp này nhằm loại bỏ thành công xương cá trong ổ áp xe gan năm 2017 [6]. Ca lâm sàng của chúng tôi dị vật đều không có phần nằm trong lòng ống tiêu hóa và không quan sát thấy được qua đường nội soi dạ dày. Vì vậy chúng tôi đã quyết định và thực hiện thành công lấy dị vật bằng phương pháp IPTR dưới sự hỗ trợ của siêu âm và nội soi đường mật. Ưu điểm của kỹ thuật là thời gian ngắn và an toàn. Ngoài ra

đây còn là phương pháp xâm lấn tối thiểu chỉ cần gây tê tại chỗ. Việc sử dụng siêu âm cung cấp hình ảnh thời gian thực và hỗ trợ phát hiện dị vật. Nhược điểm của IPTR là không thể loại bỏ dị vật có kích thước lớn hơn (lớn hơn đường kính Amplatz 18F). Kỹ thuật này cũng hạn chế ở những BN có áp xe có đường thông với ổ phúc mạc. Vì quá trình nội soi bơm rửa nước muối sinh lý trong ổ áp xe có thể làm lây lan tình trạng viêm, dẫn đến viêm phúc mạc. IPTR không được sử dụng trong tình trạng viêm cấp tính, BN nên được dẫn lưu trước và điều trị kháng sinh toàn thân. Hai BN của chúng tôi đều được sử dụng kháng sinh toàn thân trước can thiệp 2-3 ngày. Ca lâm sàng của chúng tôi có máu tụ lớn chưa dịch hóa hoàn toàn trong ổ áp xe nên không được tiến hành dẫn lưu trước.

Cho đến nay có nhiều phương pháp lấy dị vật ở các vị trí khác đã được báo cáo. Năm 2009, Kurita và cộng sự đã thiết kế một hệ thống nội soi mới để loại bỏ dị vật trong ổ phúc mạc thông qua một cổng đơn 5mm với một ống soi đường mặt mềm, dị vật được gắp ra ngoài bằng snare [7]. Năm 2015 Park và cộng sự báo cáo việc sử dụng thành công kỹ thuật bóc tách hydro kết hợp với siêu âm độ phân giải cao và bộ nong (7F-12F) để loại bỏ dị vật chi trên và chi dưới thuận lợi [8]. Ngoài ra, kim sinh thiết sau đó được sử dụng để lấy dị vật theo hướng dẫn hình ảnh. Ca lâm sàng của chúng tôi là trường hợp không thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới, bệnh nhân đã thành công được điều trị khỏi bằng phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu mà không có biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Áp xe gan thứ phát do dị vật ống tiêu hóa rất hiếm gặp trên thực tiễn lâm sàng. IPTR là phương pháp điều trị lấy dị vật nhanh, xâm lấn tối thiểu và là sự lựa chọn tốt với các bệnh nhân có nguy cơ cao với phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Webb W A (1995).** Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc*, 41(1), pp.39-51.
2. **Committee A S o P, Ikenberry S O, Jue T L et al (2011).** Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*, 73(6), pp.1085-91.
3. **Chong L W, Sun C K, Wu C C et al (2014).** Successful treatment of liver abscess secondary to foreign body penetration of the alimentary tract: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 20(13), pp.3703-11.
4. **Lau C W, Wong K M, Gogna A (2017).** Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal of Fish Bone from Liver Abscess. *J Radiol Case Rep*, 11(2), pp.1-7.
5. **Santos S A, Alberto S C, Cruz E et al (2007).** Hepatic abscess induced by foreign body: case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 13(9), pp.1466-70.
6. **Lau CW, Wong KM, Gogna A (2017).** Image-guided Percutaneous Transhepatic Removal of Fish Bone from Liver Abscess. *J Radiol Case Rep*, 11(2):1-7.
7. **Kurita N, Shimada M, Nakao T et al (2009).** Laparoscopic removal of a foreign body in the pelvic cavity through one port using a flexible cholangioscope. *Dig Surg*, 26(3), pp.205-8.
8. **Park H J, Lee S M, Lee S Y et al (2015).** Ultrasound-Guided Percutaneous Removal of Wooden Foreign Bodies in the Extremities with Hydro-Dissection Technique. *Korean J Radiol*, 16(6), pp.1326-31.

ĐÁNH GIÁ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG HOẠT ĐỘNG MARKETING HỖN HỢP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH PHỤ NĂM 2021

Nguyễn Hồng Trang¹, Phạm Hữu Ánh², Trần Minh Hậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Marketing hỗn hợp là một phần trong hoạt động marketing các dịch vụ bệnh viện nhằm thu hút khách hàng (bệnh nhân). Mặc dù điều dưỡng là người trực tiếp thực hiện các hoạt động liên quan đến

marketing dịch vụ bệnh viện nhưng hiện chưa có nghiên cứu cụ thể. **Mục tiêu:** mô tả sự đánh giá của điều dưỡng về các cấu phần của hoạt động marketing hỗn hợp tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, năm 2021. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 94,6 -100% điều dưỡng đều biết và đồng ý về sản phẩm dịch vụ y tế của bệnh viện. 99,1% đối tượng nghiên cứu cho rằng giá các loại dịch vụ y tế là phù hợp với điều kiện chung của xã hội. Có 02 nhóm yếu tố yếu tố thu nhập của người bệnh cao và thu phí của bệnh viện thì số không đồng ý có tỷ lệ khá cao, tương ứng là 57,1% và 80,5%. 100% điều dưỡng cho rằng địa điểm của bệnh viện rất thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ. Điều dưỡng đánh giá hoạt động xúc tiến quảng bá của

¹Trường Đại học Phenikaa, Hà Nội

²Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình

³Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Trang

Email: trang.nguyenhong@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.5.2022

Ngày duyệt bài: 24.5.2022