

khẩn Gram âm, đứng đầu là *A.baumannii*, theo sau là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa*. *A.baumannii* phân lập được chủ yếu ở các bệnh nhân VPLQTM muộn. Các trường hợp VPLQTM phân lập được 2 loại vi khuẩn chủ yếu là VPLQTM muộn. *A.baumannii* chỉ còn nhạy dưới 10% với hầu hết các kháng sinh, còn trung gian cao với colistin. *K.pneumoniae* còn nhạy 20 – 30% với carbapenem, cephalosporin, nhạy 40% amikacin và 70% fosfomycin, 60% trung gian với colistin. Mức độ nhạy cảm của *P.aeruginosa* còn khả quan với 22,2 – 55,5% nhiều loại kháng sinh hiện có, tỷ lệ trung gian với colistin cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalil AC** (2016). Management of Adults With Hospital - acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis., 63(5): e61-e111
2. **Hoàng Khánh Linh**. Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
3. **Nguyễn Đức Quỳnh** (2020). Một số đặc điểm kháng kháng sinh và yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện do *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai (7/2019 – 8/2020). Y dược lâm sàng 108, tập 15 (7): 82 – 88.
4. **National Healthcare Safety Network**. Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator associated Pneumonia [PNEU]) Event. January 2023.
5. **Nguyễn Kim Thư** (2023). Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Y học Việt Nam, 525(1B): 289-293.
7. **Trần Thị Hải Ninh**. Nghiên cứu căn nguyên, kết quả điều trị và xác định đường lây truyền của các vi khuẩn đa kháng thuốc gây viêm phổi liên quan đến thở máy bằng kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ mới. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2021
8. **Phạm Hồng Nhung** (2023). Nhiễm trùng do các trực khuẩn Gram âm thường gặp tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. Nghiên cứu Y học, 178(5): 43 – 50.
9. **Nguyễn Đức Phúc** (2023). Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy xâm nhập tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. Truyền nhiễm Việt Nam, 1(45): 33-39.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRẺ MẮC ÁP XE GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG (2018 - 2024)

Nguyễn Anh Tiến¹, Nguyễn Thị Việt Hà², Đỗ Thiện Hải³

TÓM TẮT

Đối tượng: Trẻ được chẩn đoán áp xe gan điều trị tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/2018 - 7/2022. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ mắc áp xe gan. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ Nam và Nữ là 60% và 40%. Triệu chứng thường gặp là sốt 82,5%; đau vùng gan 78,8%; gan to 72,5%; vàng da chiếm tỷ lệ rất thấp (3,8%). Trung bình số lượng bạch cầu máu khá cao ($16,9 \pm 8,7$ G/L); Định lượng GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 36,3%; GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 32,5%; Tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% chiếm tỷ lệ 7,5%. Số trường hợp có 1 ổ tổn thương và từ 3 ổ trở lên chiếm tỷ lệ cao (48,8 và 47,5%). **Kết luận:** Áp xe gan có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ bệnh nhi đến từ khu vực thành thị ít hơn so với nông thôn, miền núi. Lâm sàng thường không đặc hiệu. Chỉ số CRP, Bạch cầu trong máu tăng cao. Tỷ lệ suy giảm chức năng

gan thấp. Siêu âm và chụp CT, MRI ổ bụng có thể cho chẩn đoán chính xác. **Từ khóa:** Áp xe gan ở trẻ em, Liver abscess in children.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORIES OF LIVE ABCESS IN CHILDREN WHO ADMITTED NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Subjects: Children diagnosed with liver abscess treated at the National Children's Hospital from January 2018 - July 2022. **Objective:** describe the clinical and paraclinical characteristics of children with liver abscess. **Results:** the ratio of male and female children is 60% and 40%. Common symptoms are Fever 82.5%; liver pain 78.8%; hepatomegaly 72.5%; jaundice accounts for a very low rate (3.8%). The average blood white blood cell count is quite high (16.9 ± 8.7 G/L); Quantitative increase in GOT above 40 mmol/L accounts for 36.3%; GPT increased above 40 mmol/L, accounting for 32.5%; Prothrombin rate decreased below 60%, accounting for 7.5%. The number of cases with 1 lesion and 3 or more lesions accounts for a high proportion (48.8 and 47.5%). **Conclusion:** Children with liver abscess can be found at any age, the proportion of children is higher than that of women, the proportion of children coming from urban areas is less than that of rural and mountainous areas. Clinical symptoms are often non-specific. CRP

¹Bệnh viện huyện Thường Tín, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thiện Hải

Email: dothienhai.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

and white blood cell indexes in the blood increased. The rate of liver function decline is low. Ultrasound, CT scan, and MRI of the abdomen can give an accurate diagnosis.

Keywords: liver abcess in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là tình trạng nhiễm trùng dẫn đến sự tích tụ một mũ trong gan thành một hoặc thành nhiều ổ viêm mũ mũ rải rác, hoại tử do các vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm gây ra¹. Bệnh phân bố rải rác trên toàn thế giới, thường gặp hơn ở các nước đang phát triển như ở Brazil, Đài Loan². Biểu hiện nhiễm trùng kéo dài khi căn nguyên gây bệnh là nấm hay ký sinh trùng hoặc nặng hơn là tình trạng nhiễm trùng toàn thân nếu tác nhân gây bệnh là vi khuẩn^{3,4}. Việc bỏ sót chẩn đoán có thể dẫn đến điều trị kéo dài và thậm chí tử vong⁵.

Việt Nam là nước đang phát triển, có điều kiện khí hậu, tập quán sinh hoạt, vệ sinh chưa tốt nên tỷ lệ áp xe gan tăng⁶. Số liệu áp xe gan ở trẻ em Việt Nam còn khá nghèo nàn. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ mắc áp xe gan ở trẻ em Việt nam như thế nào sẽ giúp cho bác sĩ lâm sàng cải thiện chất lượng chẩn đoán, điều trị và theo dõi áp xe gan ở trẻ em Việt Nam. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh áp xe gan ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: thiết kế theo phương pháp mô tả, tiến cứu.

2.2. Đối tượng: Bệnh nhi tuổi từ 1 tháng - 15 tuổi, được chẩn đoán áp xe gan, điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2018 đến 01/07/2024.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ: lứa tuổi, giới tính, địa dư, thời gian mắc, tiền sử có liên quan...

Đặc điểm lâm sàng: sốt cao, da xanh tái, mệt mỏi, đau bụng, vàng da, gan to...

Đặc điểm cận lâm sàng: Xét nghiệm công thức máu toàn bộ (Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, acid); Xét nghiệm sinh hóa máu (Men gan, ure, creatinin, tỷ lệ Prothrombin...); Xét nghiệm xác định tác nhân (nuôi cấy máu, dịch ổ áp xe, ELISA máu).

2.4. Xác định và thu thập số liệu:

- Các triệu chứng được ít nhất 2 bác sĩ chuyên ngành nhi xác nhận.
- Các xét nghiệm được thực hiện tại các phòng xét nghiệm Bệnh viện Nhi Trung ương.
- Dữ liệu được nghiên cứu viên thu thập và

kiểm tra sau khi kết thúc quá trình điều trị.

2.5. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng cho thống kê mô tả.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương và Phòng Đào tạo sau đại học trường ĐHY Hà Nội thông qua và chấp nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Bảng 3.1: Một số đặc điểm dịch tễ

Chỉ số	n	(%)
Giới tính		
Nam	48	60,0
Nữ	32	40,0
Địa dư		
Thành thị	12	15,0
Nông thôn	46	57,5
Miền núi	22	27,5
Phân bố bệnh nhi theo lứa tuổi (Năm)		
0 – 0,5	4	5,0
> 0,5 – 2	12	15,0
> 2 – 6	33	41,3
> 6	31	38,8

Nhận xét: Xem xét sự phân bố bệnh nhi theo giới tính thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (60,0%; và 40,0%). Phần lớn bệnh nhi đến từ nông thôn và miền núi (80%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Biểu hiện lâm sàng của bệnh

Triệu chứng	n	%
Sốt	66	82,5
Vàng da	3	3,8
Đau vùng gan	63	78,8
Nôn	32	40
Tiêu chảy	21	26,3
Gan to	58	72,5
Lách to	9	11,2
Viêm đường hô hấp	12	15

Nhận xét: Có 3 triệu chứng thường gặp là sốt 82,5%; đau vùng gan 78,8%; gan to 72,5%; vàng da chiếm tỷ lệ rất thấp (3,8%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3: Nồng độ huyết sắc tố trong máu ngoại vi

Chỉ số	n	%
Hb (g/L)		
Trung bình Hb \pm SD	107,7 \pm 16,3	
Mức độ thiếu máu		
Không thiếu máu	18	22,5
Nhẹ	35	43,8
Vừa	24	30,0

Nặng	3	3,8
Số lượng bạch cầu (G/L)		
Trung bình \pm SD	16,9 \pm 8,7	
> 10	59	73,8
$\geq 4 - 10$	21	26,2
< 4	0	0,0

Nhận xét: Trung bình số lượng bạch cầu máu khá cao (16,9 \pm 8,7 G/L). Không có trường hợp nào có bạch cầu giảm nặng.

Bảng 3.4: Định lượng GOT; GPT, Tỷ lệ Prothrombin máu

Chỉ số (mmol/L)		n	%
AST (GOT)	Trung bình \pm SD	58,5 \pm 27,1 (14 – 321)	
	Tăng > 40	29	36,3
ALT (GPT)	Trung bình \pm SD	57,9 \pm 36,2 (5,8 – 487)	
	Tăng > 40	26	32,5
Tỷ lệ Prothrombin	Trung bình \pm SD	79,5 \pm 15,8 (45 – 115)	
	< 60	6	7,5
Protein (g/L); n=78	Trung bình \pm SD	73,7 \pm 6,7 (54,0 – 99,2)	
	Giảm < 57	1	1,3
Albumin (g/L)	Trung bình \pm SD	36,7 \pm 5,2 (23 – 47,6)	
	Giảm < 28	5	6,3

Nhận xét: Các chỉ số định lượng Protein, Albumin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ rất thấp. Trung bình giá trị GOT là 58,5 \pm 27,1; GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 36,3%; Trung bình giá trị GPT là 57,9 \pm 36,2; GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 32,5%; giá trị Tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% chiếm tỷ lệ 7,5%.

Bảng 3.5: Định lượng CRP, Na⁺, K⁺, Ure, Creatinin, glucose máu

Chỉ số (mmol/L)	n=61	%
CRP		
Trung bình (X \pm SD)	82, 5 \pm 37,2	
> 100	29	36,3
$\geq 30 - 100$	26	32,5
< 30	25	31,3
Na⁺ (mmol/L); n=61		
Trung bình \pm SD	136,8 \pm 2,8 (131 – 145)	
Tăng >145 hoặc <130	0	0,0
Bình thường	61	100,0
K⁺ (mmol/L) n=61		
Trung bình \pm SD	3.9 \pm 0,5 (1,8 – 5,0)	
Tăng > 6	0	0,0
Giảm < 3,0	11	18,0
Bình thường	50	82,0
Ure (mmol/L) n=79		
Trung bình \pm SD	4,9 \pm 3,7	
Tăng > 7,7	2	2,5

Bình thường	77	97,5
Creatinin (μmol/L) n=79		
Trung bình \pm SD	39,7 \pm 14,2	
Tăng > 38	43	54,4
Bình thường	36	45,6

Nhận xét: Số trường hợp có chỉ số Kali máu giảm dưới 3 mmol/L chiếm tỷ lệ 18%; Số trường hợp có chỉ số Creatinin máu trên 38 chiếm tỷ lệ 54,4%; số trường hợp có chỉ số Ure tăng trên 7,7 chiếm tỷ lệ 2,5%. Trung bình CRP của trẻ là 82, 5 \pm 37,2;

Bảng 3.6: Tổn thương trên phim chụp cắt lớp ổ bụng

Số ổ áp xe	n	(%)
1 ổ	39	48,8
2 ổ	3	3,8
Từ 3 ổ trở lên	38	47,5

Nhận xét: Số trường hợp có 1 ổ tổn thương và từ 3 ổ trở lên chiếm tỷ lệ cao (48,8 và 47,5%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Phân bố bệnh nhi theo lứa tuổi, giới tính. Lứa tuổi mắc bệnh khi phân tích số liệu từ 80 bệnh nhi chúng tôi thấy nhóm trẻ ở lứa tuổi từ trên 2 tuổi chiếm tỷ lệ 41,3 và 38,8%) cao hơn nhóm dưới 2 tuổi (15% và 5%). Tỷ lệ trẻ nam là 60%, cao hơn so với nữ (40%).

Trong một số báo cáo áp xe gan ở trẻ em trên thế giới cũng như một số bệnh nhiễm trùng khác thì cũng thường có tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của tác giả Yeh (2020) cho thấy bệnh nhi được chẩn đoán bệnh ở độ tuổi trung bình là 9,6 \pm 6,2 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,92: 1⁷. Grossa phân tích hồi cứu 24 trường hợp trẻ em tại Bỉ từ 1996 - 2019 cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,4 và tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 3,2 tuổi⁸.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu đã công bố về lứa tuổi mắc bệnh và tỷ lệ trẻ nam và nữ có khác nhau và thường thấy tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh cao hơn so với trẻ nữ.

Phân bố bệnh nhi theo địa dư. Bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở cả 3 vùng địa lý gồm Nông thôn 57,5%; Miền núi 27,5%; Thành thị 15%.

Một số đã công bố thì bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển và giảm dần ở các nước phát triển. Phân tích yếu tố có thể ảnh hưởng đến số ca mắc bệnh thì thấy rằng điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh an toàn thực phẩm, vệ sinh cá nhân và ý thức phòng bệnh có thể còn thấp ở những nơi có số ca mắc nhiều. Ngoài ra, một số khu vực đô thị cũng có thể có số mắc cao do điều kiện vệ sinh, kinh tế chưa tốt, kinh tế xã hội

thấp và lối sống bất bệnh có thể là những yếu tố góp phần làm tăng số ca mắc bệnh, đặc biệt là do ký sinh trùng⁹.

Ở Việt Nam, người dân làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ cao cùng với tập quán chăn nuôi gia súc quy mô nhỏ lẻ, thói quen ăn uống của người dân tại nhiều địa phương chưa hợp vệ sinh nên có nguy cơ mắc bệnh SLGL cao. Bệnh SLGL ở người đã được phát hiện tại ít nhất 52 tỉnh, thành trong cả nước, đặc biệt ở 15 tỉnh khu vực miền Trung, Tây Nguyên và ven biển, có vùng tỷ lệ nhiễm lên đến trên 11%^{6,10}.

Đặc điểm lâm sàng. Phân tích các triệu chứng lâm sàng chúng tôi thấy rằng có 3 triệu chứng chiếm tỷ lệ cao là: Sốt 82,5%; đau vùng gan 78,8%; gan to 72,5%; vàng da chiếm tỷ lệ rất thấp (3,8%).

Trong một số báo cáo khác trên thế giới cũng cho thấy các biểu hiện lâm sàng tương tự kết quả của chúng tôi. Báo cáo của Yeh thì biểu hiện sốt (94,7%), đau bụng hạ sườn phải (42,1%) và tràn dịch màng phổi (34,2%)⁷. Nghiên cứu của Kolster, đều cho thấy đau bụng và sốt nhẹ là biểu hiện thường gặp.

Nhìn chung, các triệu chứng của bệnh do ký sinh trùng thì thường không rõ rệt như bệnh lý do vi khuẩn. Trẻ có thể hay có biểu hiện đau bụng và thiếu máu nhưng cũng không đặc hiệu. Do vậy, có những trường hợp phát hiện bệnh khi tình cờ kiểm tra siêu âm bụng hoặc triệu chứng đau bụng mơ hồ.

Đặc điểm cận lâm sàng. Phân tích nồng độ Hb cho thấy có 18 trường hợp (22,5%) trẻ không thiếu máu. Số ca bệnh còn lại thiếu máu các mức độ khác nhau, Nhóm trẻ thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 43,8%; nhóm thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 30%.

Một số báo cáo cũng thấy có tình trạng thiếu máu các mức độ và tỷ lệ khác nhau ở trẻ mắc bệnh. Báo cáo của Bar (2016) cho thấy thiếu máu chiếm tỷ lệ 69,2%⁹. Trong các trường hợp nhiễm trùng do ký sinh trùng hay vi khuẩn thì đều có thể giảm nồng độ huyết sắc tố các mức độ khác nhau.

Xem xét số lượng và tỷ lệ bạch cầu trong máu ngoại vi chúng tôi thấy rằng trung bình số lượng bạch cầu máu khá cao ($16,9 \pm 8,7$ G/L). Trung bình tỷ lệ bạch cầu trung tính trong máu ngoại vi là $47,6 \pm 22,9$; Trung bình tỷ lệ bạch cầu acid trong máu ngoại vi là $16,1 \pm 13,1$.

Trong số các thông số xét nghiệm ở một số báo cáo từ các vùng khác nhau, các thời kỳ khác nhau thì thấy tăng bạch cầu là phổ biến (70,3%)⁷. Sự thay đổi rõ rệt về bên trái của số lượng bạch cầu xảy ra thường xuyên hơn ở áp xe

do vi khuẩn sinh mủ⁵.

Chúng tôi nhận thấy rằng áp xe gan do vi khuẩn hay ký sinh trùng thì đều là tình trạng nhiễm trùng do tác nhân vi sinh vật gây nên. Do vậy sẽ có phản ứng đáp ứng viêm của cơ thể làm tăng các chỉ số bạch cầu, CRP... trong máu.

Một số chỉ số sinh hóa trong máu ngoại vi

Phân tích số liệu thu được chúng tôi thấy số trường hợp có chỉ số Kali máu giảm dưới 3 mmol/L chiếm tỷ lệ 18%; Số trường hợp có chỉ số Creatinin máu trên 38 chiếm tỷ lệ 54,4%; số trường hợp có chỉ số Ure tăng trên 7,7 chiếm tỷ lệ 2,5%. Các chỉ số định lượng Protein, Albumin, Prothrombin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ rất thấp. Trung bình giá trị GOT là $58,5 \pm 27,1$; GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 36,3%; Trung bình giá trị GPT là $79,5 \pm 15,8$; GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 32,5%; giá trị Tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% chiếm tỷ lệ 7,5%.

Báo cáo của Bernet thấy các giá trị bất thường của albumin huyết thanh, aspartate aminotransferase⁵. Báo cáo của Kolsler cho thấy CRP rất cao và ngay cả ở thời điểm xuất viện; Có 80 đến 90% bệnh nhân có thời gian prothrombin bất thường. Báo cáo của Yeh thì cho thấy nồng độ alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, trong huyết thanh tăng lần lượt được tìm thấy ở 40,5, 48,6% các trường hợp⁷ và tất cả các bệnh nhân đều có nồng độ protein phản ứng C trong huyết thanh tăng cao⁷.

Qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng, trong các trường hợp áp xe gan thì thường có chỉ số bạch cầu và CRP tăng cao, men gan tăng ít và chức năng gan ít bị suy giảm nặng.

Các tổn thương trên phim chụp cắt lớp ổ bụng, siêu âm ổ bụng

Phân tích số ca mắc bệnh thì đều có tổn thương dạng ổ tại gan. Số trường hợp có 1 ổ tổn thương và từ 3 ổ trở lên chiếm tỷ lệ cao (48,8 và 47,5%).

Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CT) đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán, đánh giá mức độ nghiêm trọng, xác định các biến chứng. Hình ảnh SA và chụp CLVT tổn thương gan rất đa dạng, có thể thấy nhiều nốt tổn thương có kích thước ≤ 2 cm hay hỗn hợp, có cấu trúc giảm âm hay hỗn hợp âm trên SA. Tổn thương có thể tập trung thành đám hình chùm nho hay đám kết hợp rải rác, có bờ không rõ. Chụp CLVT có thể xác nhận tổn thương ở giai đoạn nhu mô sớm, các tổn thương có kích thước nhỏ, hình chùm nho, vị trí chính xác hơn so với với SA. Trong nghiên cứu của Hsu (2015) thì hình ảnh áp xe do vi khuẩn sinh mủ thường là một ổ áp xe duy nhất ở thùy phải của gan

(13/15, 86,7%).

Do vậy, Kiểm tra siêu âm có thể là một công cụ để phát hiện các tổn thương liên quan đến bệnh áp xe gan.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi mắc áp xe gan có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ đến từ thành thị ít hơn so với nông thôn, miền núi. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Chỉ số CRP, Bạch cầu trong máu tăng cao. Tỷ lệ suy giảm chức năng gan thấp. Siêu âm và chụp CT, MRI ổ bụng có thể cho chẩn đoán chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akhondi H, Sabih DE.** Liver Abscess. StatPearls. StatPearls Publishing. Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC.; 2023.
2. **Tsai FC, Huang YT, Chang LY, Wang JT.** Pyogenic liver abscess as endemic disease, Taiwan. Emerging infectious diseases. Oct 2008;14(10):1592-600. doi:10.3201/eid1410.071254
3. **Bộ Y tế.** AP XE GAN DO VI KHUẨN. Hướng dẫn sử dụng Kháng sinh. 2015;Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế. Bản cập nhật lần cuối trước khi in (09/01/2015):152 - 154.

4. **Hà Thị Kiều Oanh, Đặng Thị Thu Thủy.** Nhân một trường hợp áp xe gan do Nấm Candida ở trẻ sơ sinh. Tạp Chí nghiên Cứu và Thực hành Nhi Khoa. 2019;1:3 - 8.
5. **Barnes PF, De Cock KM, et al.** A comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. Medicine. Nov 1987;66(6):472-83. doi:10.1097/00005792-198711000-00005
6. **Đề NV.** Thực trạng bệnh sán lá gan lớn Fascioliasis tại Việt Nam. Tạp chí phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng. 2012;2:17-20.
7. **Yeh PJ, Chen CC, Lai MW, Yeh HY, Chao HC.** Pediatric Liver Abscess: Trends in the Incidence, Etiology, and Outcomes Based on 20-Years of Experience at a Tertiary Center. Front Pediatr. 2020;8:111. doi:10.3389/fped.2020.00111
8. **Grossar L, Hoffman I, Sokal E, et al.** Liver abscesses in the Western pediatric population. Acta gastro-enterologica Belgica. Jul-Sep 2022;85(3):439-445. doi:10.51821/85.3.10211
9. **Ba ID, Ba A, Faye PM, et al.** [Particularities of liver abscesses in children in Senegal: Description of a series of 26 cases]. Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie. May 2016;23(5):491-6.
10. **Nguyễn Thu Hương, Tạ Thị Tĩnh.** Thực trạng nhiễm sán lá gan lớn trên người tại Nghệ An và so sánh các bộ sinh phẩm chẩn đoán miễn dịch. Tạp chí Y học thực hành,. 2013;11:156-160.

XÁC NHẬN GIÁ TRỊ SỬ DỤNG CỦA HỆ THỐNG ĐỊNH DANH VÀ KHÁNG SINH ĐỒ TỰ ĐỘNG TRONG XÉT NGHIỆM VI KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Đặng Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Quang Huy², Nguyễn Minh Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay nhiều hệ thống định danh và kháng sinh đồ tự động đã được áp dụng nhằm cải thiện hiệu suất và chất lượng xét nghiệm vi sinh cấy, từ đó giúp nâng cao hiệu quả điều trị và tránh nguy cơ kháng thuốc. Trước khi ứng dụng vào thực hành xét nghiệm thường quy tại cơ sở y tế, hệ thống tự động này cần được xác nhận giá trị sử dụng theo qui định. **Mục tiêu:** Xác định độ tương đồng, độ tái lập của hệ thống định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ tự động Sentitire Aris HIQ (hãng Thermo Fisher Scientific, Mỹ) theo hướng dẫn của Viện Tiêu chuẩn Lâm sàng và Xét nghiệm (CLSI M52-ED1). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên các chủng vi khuẩn lâm sàng và các chủng chuẩn (ATCC) lưu trữ ở nhiệt độ âm

80°C tại Đơn vị Vi Sinh Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 15/07/2024 đến 25/08/2024. Đối với kỹ thuật định danh vi khuẩn, xác định độ tương đồng và độ tái lập giữa phương pháp định danh thủ công trên kit sinh hóa thủ công đang áp dụng tại bệnh viện và hệ thống tự động. Đối với kỹ thuật kháng sinh đồ, xác định độ tương đồng bởi các thông số đồng thuận loại (Category agreement - CA), lỗi nghiêm trọng (Very major error - VME), lỗi lớn (Major error - ME) và độ tái lập giữa phương pháp khuếch tán trên đĩa truyền thống đang áp dụng với hệ thống tự động. **Kết quả:** Đối với phương pháp định danh, độ tương đồng và độ tái lập của hệ thống định danh tự động Sentitire Aris HIQ đạt đều đạt 100% với cả các vi khuẩn Gram âm và Gram dương. Trong đó, hệ thống Sentitire Aris HIQ cho phép định danh chính xác tên loài trong nhóm Staphylococcus coagulase negative. Đối với phương pháp kháng sinh đồ, kết quả độ tương đồng từng loại kháng sinh đều đạt trong các chỉ tiêu đánh giá. Trong đó, các thông số về độ tương đồng của vi khuẩn Gram âm cao hơn các vi khuẩn Gram dương. Với vi khuẩn Gram dương thì đồng thuận loại đạt 97,8% (404/413), không ghi nhận VME, 0,7% ME (3/413) và 1,5% mE (6/413). Với vi khuẩn Gram âm thì đồng thuận loại đạt 98,5% (605/614), không ghi nhận VME, có 0,5% ME

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hà

Email: nguyenminhha@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024