

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng 2

Hà Huy Khôi^{1*}, Hà Văn Thiệu^{1,2*}, Trần Thanh Trí²

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2 Dương Quang Trung, phường 12, quận 10, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nhi đồng 2, Số 14 đường Lý Tự Trọng, phường Bến Nghé, quận 1, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài 14/2/2023; ngày chuyển phản biện 17/2/2023; ngày nhận phản biện 13/3/2023; ngày chấp nhận đăng 17/3/2023

Tóm tắt:

Áp xe gan là một trong những nguyên nhân gây bệnh phổ biến ở trẻ em. Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc sán lá gan lớn cao trên thế giới. Áp xe gan do sán lá gan lớn đang có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan ở trẻ em. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2021. Tất cả bệnh nhân chẩn đoán áp xe gan được đưa vào mẫu nghiên cứu. Đánh giá khỏi bệnh: Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, đặc biệt là tổn thương gan trên chẩn đoán hình ảnh thuyên giảm. Kết quả: Có 60 trường hợp áp xe gan. Bệnh nhân >5 tuổi chiếm 70,0%. Áp xe gan do ký sinh trùng chiếm 53,3%, vi trùng 5,1%, amip 5,0% và chưa rõ tác nhân 36,6%. Đường kính ổ áp xe gan <5 cm chiếm tỷ lệ cao (70%). Đau hạ sườn phải, gan to, sốt và nôn có tỷ lệ cao trong áp xe gan, lần lượt là 95,0, 75,0, 25,0 và 25,0%. Các giá trị bạch cầu ái toan, C-reactive protein (CRP) và bạch cầu tăng trong áp xe gan chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 68,3, 65,0 và 65,0%. Tỷ lệ thuyên giảm, khỏi bệnh là 95,0%. Kết luận: Áp xe gan chưa rõ tác nhân còn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu, do vậy việc xét nghiệm tìm tác nhân gây bệnh cần được tiến hành sớm để điều trị kịp thời nhằm mang lại hiệu quả tốt nhất cho người bệnh.

Từ khóa: áp xe gan, áp xe gan amip, áp xe gan do ký sinh trùng, áp xe gan vi trùng, điều trị áp xe gan.

Chỉ số phân loại: 3.1, 3.2

1. Đặt vấn đề

Áp xe gan hình thành do tổ chức tế bào gan bị phá hủy tạo ổ mủ ở gan. 47 trường hợp áp xe gan đầu tiên được báo cáo vào năm 1938 [1-3]. Có 3 loại áp xe gan phổ biến: áp xe gan do amip, vi trùng và các tác nhân khác (sán lá gan, ký sinh trùng, nấm...).

Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc sán lá gan lớn cao trên thế giới [4, 5]. Bệnh sán lá gan lớn đang gia tăng có thể lên đến hàng chục ngàn ca mỗi năm. Tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 2, trong 6 tháng đầu năm 2017 đã có 6 ca áp xe gan do sán lá gan lớn nhập viện [6]. Nhằm góp phần giúp các bác sĩ nhi khoa có cái nhìn toàn diện về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan ở trẻ em, các tác giả đã tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán áp xe gan tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán áp xe gan do vi trùng, amip, ký sinh trùng gồm:

- Lâm sàng: Sốt, ớn lạnh, dấu hiệu nhiễm trùng, sụt cân, chán ăn, vàng da, đau bụng, gan to, ấn đau, rung gan (+), ấn kê liên sườn (+).
- Cận lâm sàng: Tổng phân tích tế bào máu, CRP, sinh

hóa (Alkaline phosphatase - ALP, Serum glutamic pyruvic transaminase - SGPT, Serum glutamic oxaloacetic transaminase - SGOT, bilirubin...), cấy máu, cấy mủ ổ áp xe, huyết thanh chẩn đoán.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán, theo dõi điều trị. CT scan ổ bụng phát hiện ổ áp xe gan, chụp cộng hưởng từ (MRI).

Chẩn đoán áp xe gan do vi trùng: Chọc dò ra mủ vàng, xanh. Chẩn đoán dựa vào cấy máu hay cấy mủ ổ áp xe phân lập được vi trùng. Chẩn đoán áp xe gan do amip: Chọc dò ra mủ nâu, vàng, xanh. Huyết thanh chẩn đoán amip (+)... [7].

Chẩn đoán áp xe gan ký sinh trùng, sán lá gan lớn: Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) (+), có hình ảnh tổn thương ký sinh trùng, sán lá gan lớn trên siêu âm/CT/MRI, bạch cầu ái toan có thể tăng [8].

Điều trị áp xe gan theo kháng sinh đồ đối với tác nhân vi trùng, chưa xác định; metronidazole đối với amip và ký sinh trùng theo hướng dẫn của Bộ Y tế [8].

Đánh giá khỏi bệnh: Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thuyên giảm hoặc trở về bình thường, đặc biệt tổn thương gan trên chẩn đoán hình ảnh [8, 9].

Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 14.

2.3. Ý đức

Đề tài đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi đồng 2 theo Quyết định số 2817/GCN-BVNĐ2 ngày 9/12/2021.

*Tác giả liên hệ: Email: bshahuykhoi@gmail.com, thieuhv@pnt.edu.vn

Characteristics of clinical, paraclinical and treatment results of children liver abscess in Children's Hospital No. 2

Huy Khoi Ha^{1*}, Van Thieu Ha^{1,2*}, Thanh Tri Tran²

¹Pham Ngoc Thach University of Medicine,
2 Duong Quang Trung Street, Ward 12, District 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Children's Hospital 2,
14 Ly Tu Trong Street, Ben Nghe Ward, District 1, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 14 February 2023; revised 13 March 2023; accepted 17 March 2023

Abstract:

Liver abscess (LA) is one of the most common cause of morbidity in children. Vietnam located in an area with a high infection incidence of fascioliasis in the world. LA due to fascioliasis is progressing in recent years. Objectives: To determine clinical and paraclinical features and results of treatment of LA. Subjects and research methods: This was a retrospective study. The duration was from January 2016 to January 2021. All the patients with LA were included in this study. Results: Clinical and paraclinical symptoms are in remission or returned to normal, especially liver damage on imaging. Results: There were 60 patients. Patients >5 years old account for 70.0%. LA due to parasitic, pyogenic, amoebic and unknown were 53.3, 5.1, 5.0 and 36.6%, respectively. The diameter of the LA is less than 5 cm accounting for a high rate (70%). Clinical manifestations with right upper quadrant pain, hepatomegaly, fever, nausea and vomiting were 95.0, 75.0, 25.0 and 25.0%, respectively. The values of eosinophilia, C-reactive protein (CRP), and white blood cells were mostly increased in LA at 68.3, 65.0 and 65.0%, respectively. The rate of remission and cure is 95.0%. Conclusions: LA of unknown cause still accounts for a high proportion of research, so testing to find the agent should be early conducted, for timely treatment to bring the best effect to the patient.

Keywords: amoebic liver abscess, liver abscess, parasitic liver abscess, pyogenic liver abscess, treatment of liver abscess.

Classification numbers: 3.1, 3.2

3. Kết quả

Có 60 trường hợp áp xe gan được đưa vào nghiên cứu. Không có biến chứng nào được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới tính.

Phân bố tuổi	Nam (%)	Nữ (%)	Tổng cộng (%)	p
≤5	10 (55,6)	8 (44,4)	18 (30,0)	p=0,573
>5	20 (47,6)	22 (52,4)	42 (70,0)	
Tổng cộng	30 (50)	30 (50)	60 (100)	

Kết quả bảng 1 cho thấy, áp xe gan có độ tuổi >5 chiếm tỷ lệ cao (70,0%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ trong các độ tuổi (p>0,05).

Về đặc điểm, áp xe gan do ký sinh trùng chiếm tỷ lệ cao (53,3%), trong khi do vi trùng chỉ chiếm 5,1%, amip 5,0% và chưa rõ tác nhân là 36,6%.

Kết quả bảng 2 cho thấy, có sự khác biệt theo từng tác nhân gây bệnh theo giới tính, p<0,05.

Bảng 2. Đặc điểm tác nhân áp xe gan theo giới tính, tuổi.

Đặc điểm	n=60	Amip (n=3)	Vi trùng (n=3)	Chưa rõ tác nhân (n=22)	Ký sinh trùng (n=32)	p
Giới	Nam	30	6,7	0,0	56,6	0,002
	Nữ	30	3,3	10,0	16,7	
Tuổi	≤5 tuổi	18	0,0	0,0	33,3	0,523
	>5 tuổi	42	7,1	7,1	38,2	

Áp xe gan 1 ổ chiếm 76,7% (bảng 3). Vị trí ở gan phải trên siêu âm chiếm 60%. Kích thước ổ áp xe gan có đường kính ≤5 cm chiếm tỷ lệ cao (70%). Có 38 trường hợp được chụp CT scan ổ bụng, trong đó vị trí ổ áp xe ở gan phải trên CT scan chiếm tỷ lệ cao (57,9%).

Bảng 3. Đặc điểm áp xe gan trên siêu âm, CT scan ổ bụng.

Đặc điểm	Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Số lượng ổ áp xe trên siêu âm (n=60)	Chưa phát hiện trên siêu âm	3	5,0
	1 ổ	46	76,7
	Đa ổ	11	18,3
Vị trí ổ áp xe trên siêu âm (n=60)	Chưa phát hiện trên siêu âm	3	5,0
	Gan trái	14	23,3
	Gan phải	36	60,0
	Hai bên	7	11,7
Đường kính ổ áp xe trên siêu âm (n=60)	≤5 cm	42	70,0
	>5 cm	18	30,0
Vị trí ổ áp xe trên CT scan ổ bụng (n=38)	Gan trái	7	18,4
	Gan phải	22	57,9
	Hai bên	9	23,7

Kết quả bảng 4 cho thấy, có sự khác biệt số lượng ổ áp xe và vị trí theo từng tác nhân gây bệnh, p<0,05.

Bảng 4. Số lượng ổ áp xe và vị trí theo từng tác nhân gây bệnh.

Đặc điểm		Tác nhân				p
		Amip (n=3, %)	Vi trùng (n=3, %)	Ký sinh trùng (n=32, %)	Chưa rõ tác nhân (n=22, %)	
Số lượng ổ áp xe trên siêu âm	0 ổ	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,2)	1 (4,5)	0,016
	1 ổ	3 (100,0)	0 (0,0)	23 (71,9)	20 (91,0)	
	Đa ổ	0 (0,0)	3 (100,0)	7 (21,9)	1 (4,5)	
Vị trí ổ áp xe trên siêu âm	Không ghi nhận trên siêu âm	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	1 (4,5)	0,032
	Gan trái	2 (66,7)	0 (0,0)	9 (28,1)	3 (13,7)	
	Gan phải	1 (33,3)	0 (0,0)	17 (53,1)	18 (81,8)	
	Hai bên	0 (0,0)	3 (100,0)	4 (12,5)	0 (0,0)	

Về lâm sàng, nghiên cứu cho thấy đau hạ sườn phải, gan to, sốt và nôn có tỷ lệ cao trong áp xe gan theo thứ tự 95,0, 75,0, 25,0 và

25,0%. Bạch cầu ái toan, CRP và bạch cầu tăng có tỷ lệ cao theo thứ tự là 68,3, 65,0 và 65,0%.

3.2. Kết quả điều trị áp xe gan

Kết quả điều trị cho thấy, tỷ lệ thuyên giảm 95,0%, có 3 trường hợp không thuyên giảm, trong đó 1 trường hợp chẩn đoán áp xe gan đa ổ/u đường mật di căn, cấy máu *Stenotrophomonas maltophilia*, bệnh nặng xin về; 1 trường hợp chẩn đoán áp xe gan đa ổ do *Fasciola hepatica*, chuyển Bệnh viện Bệnh nhiệt đới (TP Hồ Chí Minh); 1 trường hợp áp xe gan do vi trùng đa kháng, bệnh nặng xin về.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm tuổi, giới, lâm sàng, cận lâm sàng

Trong 60 trường hợp áp xe gan, tỷ lệ nam/nữ là 1/1, nhóm tuổi ≤ 5 (nam: 55,6%) và nhóm tuổi >5 tuổi (nam: 47,6%), tỷ lệ nhóm tuổi >5 chiếm tỷ lệ cao hơn là 70,0%, $p>0,05$.

A.S.K. Dria và cs (2018) [10] nghiên cứu 30 trẻ bị áp xe gan trên 7.815 trẻ nhập viện từ năm 2007 đến năm 2016 tại Bờ Biển Ngà cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là 5,4, nhập viện vì sốt ($n=29$), đau bụng lan tỏa ($n=25$), đau hạ vị bên phải ($n=18$) và có một khối ở bụng ($n=10$). Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân áp xe gan dưới 12 tuổi tại Ấn Độ từ năm 2012 đến năm 2016 của W. Mukta và cs (2017) [11] ghi nhận tuổi trung bình là 6,3, trong đó 16 (47,1%) bệnh nhân <5 tuổi, 19 nam (55,8%) và 15 nữ (44,2%). Tuổi mắc bệnh trung bình trong 51 trường hợp áp xe gan trong nghiên cứu của V.N.T. Tien năm 2015 [12] ghi nhận tại Bệnh viện Nhi đồng 2 là $6,81\pm 3,59$. Lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 5-10 tuổi (52,9%), tiếp đến là <5 tuổi (31,3%).

Cũng giống như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số các tác giả ghi nhận áp xe gan chủ yếu xảy ra ở nhóm tuổi >5 . Trẻ em <5 tuổi còn chập chững, chưa tiếp xúc nhiều với môi trường, thức ăn đa số là sữa mẹ, sữa tiệt trùng cũng như các loại thức ăn dặm khác đều được nấu chín. Mặt khác, trong giai đoạn hiện nay mỗi gia đình chỉ có 1-2 con, đời sống xã hội ngày một nâng cao, chăm sóc con cái ngày càng chu đáo, đặc biệt nhóm trẻ <5 tuổi. Điều này góp phần giải thích thêm đặc điểm áp xe gan ít xảy ra ở nhóm <5 tuổi.

4.2. Đặc điểm áp xe gan theo tác nhân, giới tính, độ tuổi trên siêu âm và CT scan ổ bụng

Nghiên cứu trên 30 trẻ bị áp xe gan tại Bờ Biển Ngà ghi nhận có 18 nam và 12 nữ, áp xe gan do vi khuẩn *Entamoeba histolytica* chiếm 30% (9 trường hợp), *Staphylococcus aureus* 13% (4 trường hợp) [10].

Nghiên cứu của W. Mukta và cs (2017) [11] tại Ấn Độ đã ghi nhận 2/3 trường hợp áp xe gan do vi trùng ở gan phải và đại đa số là 1 ổ. *Staphylococcus aureus* là tác nhân phổ biến nhất. Các vi khuẩn khác bao gồm: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas* và có cả vi khuẩn kỵ khí.

Tại Đài Loan (Trung Quốc), một nghiên cứu hồi cứu ở 38 trẻ được chẩn đoán áp xe gan kéo dài 20 năm (tháng 1/2000 đến tháng 12/2019) cho thấy, *Klebsiella pneumoniae* là vi trùng được phân lập chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tuổi chẩn đoán trung bình là $9,6\pm 6,2$ và tỷ lệ nam/nữ là 1,92:1. Ung thư máu (28,9%) và các bệnh gan mật thường gặp (23,7%) là 2 yếu tố nguy cơ phổ biến nhất [13].

Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của V.N.T. Tien (2015) [12] ghi nhận 51 trẻ em áp xe gan, nhóm <5 tuổi tác nhân do vi trùng, amip, ký sinh trùng và không rõ tác nhân chiếm lần lượt là 0, 2, 6 và 8 trường hợp; nhóm 5-10 tuổi, tác nhân do vi trùng, amip, ký sinh trùng và không rõ tác nhân lần lượt là 1, 9, 3 và 14 trường hợp; nhóm >10 tuổi tác nhân do vi trùng, amip, ký sinh trùng và không rõ tác nhân lần lượt là 2, 1, 1 và 4 trường hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, áp xe gan do ký sinh trùng 32/60 (53,3%), (trong đó *Fasciola hepatica* chiếm tỷ lệ cao (41,7%), tiếp đến là *Strongyloides stercoralis* (5,0%) và *Toxocara canis* (5,0%). Áp xe gan chưa rõ tác nhân có 22/60 (36,6%) bệnh nhân, do vi trùng 3/60 (5,1%) và do amip là 3/60 (5,0%).

Bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn do ăn rau sống mọc dưới nước hoặc uống nước nhiễm ấu trùng của loại sán này. Ấu trùng sán lá gan lớn sau đó vào dạ dày, xuống tá tràng, vào khoang phúc mạc đến gan, đục thủng bao gan và xâm nhập vào nhu mô gan gây tổn thương gan. Do đó, các yếu tố dịch tễ liên quan đến nguy cơ nhiễm sán lá gan lớn như tiền căn uống nước lã, ăn rau thủy sinh sống chưa qua rửa nước sạch cần được khai thác kỹ trong bệnh sử [5, 6].

Bệnh viện Nhi đồng 2 là một bệnh viện chuyên khoa nhi hạng 1, trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh, theo sự phân công của Bộ Y tế chỉ đạo tuyến khu vực miền Trung và Tây Nguyên. Bệnh viện Nhi đồng 2 tiếp nhận những bệnh nhân của các tuyến chuyên đến, việc dùng kháng sinh ở các bệnh viện tuyến dưới hoặc người nhà tự ý dùng kháng sinh trước nhập viện là điều không thể tránh khỏi. Do vậy, việc cấy máu định danh tác nhân vi trùng hoặc huyết thanh chẩn đoán amip còn gặp nhiều khó khăn, lý giải cho việc áp xe gan chưa rõ tác nhân chiếm tỷ lệ cao (36,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi.

Chụp CT scan ổ bụng là một xét nghiệm nhạy hơn trong giai đoạn đầu, nhưng không tốt hơn so với siêu âm trong các giai đoạn sau [14]. Siêu âm có thể bỏ sót những áp xe rất nhỏ hoặc ở vị trí khó quan sát. Những trường hợp lâm sàng nghi ngờ áp xe gan, siêu âm cho kết quả bình thường, CT scan ổ bụng được chỉ định, CT scan ổ bụng có độ nhạy cao hơn siêu âm trong việc phát hiện ổ áp xe ngay cả khi áp xe nhỏ ở bất cứ vị trí nào, chụp CT scan ổ bụng tiếp cận 100% và chính xác hơn trong việc phân biệt áp xe với khối u [15].

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận 3 trường hợp (5,0%) không phát hiện trên siêu âm, 1 ổ có 46 trường hợp (76,7%), 11 trường hợp đa ổ (18,3%). Cả 3 trường hợp triệu chứng lâm sàng nghi ngờ áp xe gan này, khi cho chụp CT scan ổ bụng phát hiện được hình ảnh áp xe gan. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận áp xe gan do amip thường là ổ áp xe đơn độc, do vi trùng thường đa ổ. Cỡ mẫu chúng tôi cũng còn khá nhỏ, nên số liệu đưa ra chỉ mang tính chất tham khảo.

4.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các đặc điểm lâm sàng: đau hạ sườn phải, gan to, sốt và nôn có tỷ lệ cao, lần lượt là 95,0, 75,0, 25,0 và 25,0%. Các giá trị bạch cầu ái toan, CRP và bạch cầu tăng, lần lượt là 68,3, 65,0 và 65,0%. Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác [1, 11, 12].

Trong thực hành lâm sàng khi ghi nhận tam chứng Fontan, chẩn đoán áp xe gan cần hướng tới và định hướng các xét nghiệm cận

lâm sàng hỗ trợ để có được chẩn đoán sớm hơn, đặc biệt áp xe gan do sán lá gan lớn.

Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận ít có sự biến đổi các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu. Kết quả này phù hợp với y văn là xét nghiệm sinh hóa máu không giúp nhiều cho việc chẩn đoán áp xe gan, các chỉ số này có thể rối loạn khi có tổn thương gan nặng.

4.4. Kết quả điều trị, phương pháp điều trị, số kháng sinh đã dùng

Áp xe gan ở trẻ em hầu hết được điều trị nội khoa. Kháng sinh đối với tác nhân là vi trùng hoặc rõ tác nhân, điều trị amip đối với tác nhân là amip, thuốc điều trị ký sinh trùng đối với tác nhân là ký sinh trùng (sán lá gan, giun đũa chó...). Ngoài ra, còn có kết hợp ngoại khoa chọc hút mủ dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật dẫn lưu. Chọc hút bằng kim dưới sự hướng dẫn của siêu âm nên được thực hiện nếu áp xe có thể tiếp cận được, cũng như dẫn lưu qua da nếu áp xe lớn (đường kính >10 cm), vỡ áp xe hoặc kháng thuốc với điều trị [14]. Trường hợp áp xe gan do vi trùng có kích thước lớn, dẫn lưu và phối hợp kháng sinh thích hợp, kịp thời có đáp ứng tốt rõ rệt [16].

Kết quả của nghiên cứu trên 51 trường hợp áp xe gan, có 8 trường hợp cần kết hợp chọc hút mủ dẫn lưu qua da, 3 trường hợp kết hợp phẫu thuật dẫn lưu, 1 trường hợp phải chọc qua da sau đó phẫu thuật dẫn lưu do kém đáp ứng điều trị [12]. Gần 50% trường hợp dùng 3 loại kháng sinh ngay từ đầu, 30% dùng 2 loại. Cephalosporin III + Metronidazole ± Amikacin là phác đồ được dùng đầu tay, trong đó Cephalosporin được dùng trong hầu hết các trường hợp là Cefotaxim. Kết quả điều trị thành công là 86,3% (44/51), tái phát 3,9% (2/51), 2 trường hợp xin về khi đang đáp ứng điều trị, 3 trường hợp chuyển Bệnh viện Bệnh nhiệt đới (TP Hồ Chí Minh) để điều trị sán lá gan và không có trường hợp tử vong [12].

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến cáo 10 mg/kg/liều x 2 liều Triclabendazol, mỗi liều cách nhau từ 12 đến 24 giờ. Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt 2 liều như trên để điều trị bệnh sán lá gan lớn cấp tính và mạn tính ở người từ 6 tuổi trở lên vào năm 2019 [17].

Kết quả điều trị áp xe gan trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp không thuyên giảm. 46 (76,6%) trường hợp dùng 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu. Can thiệp ngoại khoa là 8 (13,3%), trong đó, dẫn lưu catheter (5 trường hợp) chiếm 62,5%, kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam, hầu hết áp xe gan là điều trị nội khoa, có một số trường hợp kết hợp ngoại dẫn lưu hoặc phẫu thuật.

Với sự tiến bộ của các phương tiện cận lâm sàng như xét nghiệm, huyết thanh chẩn đoán, chẩn đoán hình ảnh học (siêu âm, CT scan, MRI) phục vụ cho công tác chẩn đoán và theo dõi sự đáp ứng điều trị; sự phối hợp nhịp nhàng giữa đội ngũ bác sĩ điều trị nội khoa và ngoại khoa cùng với sự phát triển được lâm sàng tại các tuyến bệnh viện cũng đã góp phần đáng kể trong cải thiện công tác điều trị áp xe gan hiện nay.

5. Kết luận

Áp xe gan vẫn là một trong những nguyên nhân gây bệnh phổ biến ở trẻ em. Trong thực hành lâm sàng khi có đau hạ sườn phải, gan to, sốt, nôn kèm theo tăng CRP, bạch cầu ái toan, bạch cầu, đặc biệt siêu âm có hình ảnh áp xe gan thì cần hướng tới chẩn đoán áp xe gan.

Tác nhân là ký sinh trùng và chưa xác định được tác nhân gây áp xe gan vẫn còn chiếm tỷ lệ cao, vì vậy ngoài siêu âm/CT scan ổ bụng cần tiến hành cấy máu, cấy mủ, huyết thanh chẩn đoán để xác định tác nhân gây bệnh.

Điều trị nội khoa với liệu pháp kháng sinh, thuốc điều trị ký sinh trùng thích hợp cùng với sự can thiệp ngoại khoa kịp thời là yếu tố quyết định trong điều trị áp xe gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] D. Chaubey, A. Pandey, P. Kumar, et al. (2016), "Liver abscess in children: Challenges in management", *International Surgery Journal*, **4**(1), pp.107-110, DOI: 10.18203/2349-2902.isj20164051.
- [2] S.B. Lal, V. Venkatesh, A. Kumar, et al. (2021), "Liver abscess in children-experience from a single tertiary care center of north India: Etiology, clinical profile and predictors of complications", *The Pediatric Infectious Disease Journal*, **40**(5), pp.179-184, DOI: 10.1097/INF.0000000000003053.
- [3] D.M. Kozielewicz, K. Sikorska, P. Stalke (2021), "Liver abscesses - from diagnosis to treatment", *Clin. Exp. Hepatol.*, **7**(4), pp.329-336, DOI: 10.5114/ceh.2021.110998.
- [4] H.V. Thieu (2021), "Liver abscess in children", *Pediatric Digestive Pathology*, Ho Chi Minh City National University Press, pp.135-154 (in Vietnamese).
- [5] T.D. Bui, P.N. Doanh, C. Saegeman, et al. (2016), "Current status of fasciolosis in Vietnam: An update and perspectives", *Journal of Helminthology*, **90**(5), pp.511-522, DOI: 10.1017/S0022149X15000929.
- [6] H.V. Thieu (2017), "Liver abscess due to fascioliasis at Children's Hospital 2: Report of 3 cases", *Ho Chi Minh City Medical Journal*, **21**(6), pp.124-135 (in Vietnamese).
- [7] R.M. Kliegman, J.S. Geme (2019), "Liver abscess", *Nelson Textbook of Pediatrics*, 1, 21th Edition, Elsevier, 4264pp.
- [8] Ministry of Health (2022), *Decision No. 1203/QĐ-BYT dated 16 May 2022 on Promulgating Guidelines for Diagnosis, Treatment and Prevention of Fascioliasis* (in Vietnamese).
- [9] M. Muorah, R. Hinds, A. Verma, et al. (2006), "Liver abscesses in children: A single center experience in the developed world", *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, **42**(2), pp.201-206, DOI: 10.1097/01.mpg.0000189344.23387.26.
- [10] A.S.K. Dria, N.E. Moh, Y.L. Aké, et al. (2018), "Liver abscess of children in Côte-d'Ivoire: Retrospective analysis of a series of 30 cases", *Annals of Pediatric Surgery*, **14**(2), pp.51-55, DOI: 10.1097/01.XPS.0000521800.43379.30.
- [11] W. Mukta, H. Shah, C. Tiwari, et al. (2017), "Management of liver abscess in children: Our experience", *Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology*, **7**(1), pp.23-26, DOI: 10.5005/jp-journals-10018-1206.
- [12] V.N.T. Tien (2015), *Survey on Characteristics of Liver Abscesses in Children at Children's Hospital 2 from 2010-2015*, Master's Thesis in Medicine, Pham Ngoc Thach University of Medicine (in Vietnamese).
- [13] P.J. Yeh, C.C. Chen, M.W. Lai, et al. (2020), "Pediatric liver abscess: Trends in the incidence, etiology, and outcomes based on 20-years of experience at a tertiary center", *Frontiers in Pediatrics*, **24**(8), DOI: 10.3389/fped.2020.00111.
- [14] S.L. Deguelte, E. Ragot, K. Amroun, et al. (2015), "Hepatic abscess: Diagnosis and management", *Journal of Visceral Surgery*, **152**(4), pp.231-243, DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2015.01.013.
- [15] J.A.A. Pérez, J.J. González, R.F. Baldonado, et al. (2001), "Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess", *The American Journal of Surgery*, **181**(2), pp.177-186, DOI: 10.1016/S0002-9610(00)00564-X.
- [16] Y.L. Hsu, H.C. Lin, T.Y. Yen, et al. (2015), "Pyogenic liver abscess among children in a medical center in central Taiwan", *J. Microbiol. Immunol. Infect.*, **48**(3), pp.302-305, DOI: 10.1016/j.jmii.2013.08.009.
- [17] M.A. Caravedo, M.M. Cabada (2020), "Human fascioliasis: Current epidemiological status and strategies for diagnosis, treatment, and control", *Research Reports in Tropical Medicine*, **26**(11), pp.149-158, DOI: 10.2147/RRTM.S237461.