

2. **Anastas C. N., Potts M. J., Raiter J.** (2001). "Mini Monoka silicone monocanalicular lacrimal stents: Subjective and objective outcomes". *Orbit*, 20 (3), pp. 189 - 200.

3. **J.H Chung, K.S Na, G.J Choi** (2000). "The Effectiveness of Canaliculoplasty Using Mini-Monoka(r) or Bicanalicular Stent for Repair of Upper and Lower Canalicular Laceration". *J Korean Ophthalmol Soc*, 41 (10), pp. 2138 - 2143.

4. **Naik M. N., Kelapure A., Rath S., Honavar S. G.** (2008). "Management of canalicular lacerations: epidemiological aspects and experience with Mini-Monoka monocanalicular stent". *Am J Ophthalmol*, 145 (2), pp. 375 - 380.

5. **Lee H., Ahn J., Shin H. H., Park M., Baek S.** (2012). "Effectiveness of primary monocanalicularnasal intubation with Monoka tubes and nasal endoscopic findings for congenital nasolacrimal duct obstruction with enlarged lacrimal sac and chronic

dacryocystitis". *J Craniofac Surg*, 23 (6), pp. 1638 - 41.

6. **Vũ Anh Lê** (2002). "Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi mi mắt lệ quản chấn thương với ống si-li-côn". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh - Chuyên đề Nhân khoa*, 6 (4), pp. 30 - 36.

7. **Trần Văn Lê Liêm** (2010). "Nghiên cứu phục hồi rách bờ mi do chấn thương cơ học".

8. **Ho T., Lee V.** (2006). "National survey on the management of lacrimal canalicular injury in the United Kingdom". *Clin Exp Ophthalmol*, 34 (1), pp. 39-43.

9. **Smit T. J., Mourits M. P.** (1999). "Monocanalicular lesions: To reconstruct or not". *Ophthalmology*, 106 (7), pp. 1310 - 2.

10. **Nguyễn Văn Thịnh** (2011). "So sánh phương pháp đặt nòng silicon một lệ quản mini-monoka và hai lệ quản hình vòng trong phục hồi lệ quản chấn thương", *Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*.

## ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ÁP XE GAN

LÊ THỊ THU HIỀN<sup>1</sup>,  
ĐỖ CHÍ HIẾU<sup>2</sup>, ĐỒNG ĐỨC HOÀNG<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên  
<sup>2</sup>Bệnh viện 198 - Bộ Công an

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân áp xe gan.

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm những bệnh nhân (BN) áp xe gan tại Khoa Điều trị Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2018 đến 4/2021.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu.

**Kết quả:** Nam (73,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (26,9%). Tuổi trung bình: 53,1 ± 16,3 tuổi. Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỉ lệ cao hơn cả (48,1%). BN có triệu chứng sốt chiếm tỉ lệ cao nhất (92,3%),

rồi đến đau bụng (86,5%). Đa số BN có 1 ổ áp xe gan (78,8%), chủ yếu tập trung ở gan phải (80,8%) và có kích thước từ 5 - 10cm (55,8%). Áp xe gan do *Klebsiella Pneumoniae* chiếm 53,8%. 100% các trường hợp điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan cho kết quả tốt.

**Kết luận:** Nguyên nhân thường gặp gây áp xe gan là do *Klebsiella Pneumoniae*. Điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** Áp xe gan, lâm sàng, cận lâm sàng, dẫn lưu.

### SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH LIVER ABSCESS

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Thu Hiền  
Email: hientuyen.tn2009@gmail.com

Ngày nhận: 07/4/2021

Ngày phản biện: 16/5/2021

Ngày duyệt bài: 22/5/2021

**Objective:** To describe clinical characteristics and treatment outcomes in patients with liver abscess.

**Subjects and methods:** We conducted a prospective and retrospective study of 52 patients with liver abscess at the 108 Military Central Hospital from 1/2018 to 4/2021.

**Results:** Male (73.1%) accounted for a higher proportion than female (26.9%). Mean age: 53.1 ± 16.3 years old. The age group 61-80 accounted for the highest proportion (48.1%). Patients with symptoms of fever accounted for the highest rate (92.3%), then abdominal pain (86.5%). Most of the patients had only one liver abscess (78.8%), Abscess location: Right lobe mainly (80.8%) and had a size of 5-10cm (55.8%). Liver abscess caused by *Klebsiella Pneumoniae* accounted for 53.8%. 100% of cases of antibiotic treatment combined with percutaneous drainage of liver abscess.

**Conclusion:** The most common cause of liver abscess was *Klebsiella Pneumoniae*. Antibiotic treatment combined with percutaneous drainage of liver abscess had good outcomes.

**Keywords:** Liver abscess, clinical, subclinical, drainage.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Áp xe gan là sự tạo mủ trong gan tạo thành một ổ mủ đơn độc hoặc nhiều ổ mủ rải rác. Áp xe gan do vi khuẩn đứng hàng thứ hai trong các bệnh truyền nhiễm ở gan và có thể nguy hiểm đến tính mạng, dường như đang gia tăng trên toàn thế giới, đặc biệt là ở châu Á. Ở Đài Loan, tỷ lệ mắc ở mọi lứa tuổi hàng năm đã tăng dần từ 10,83 lên 15,45 ca trên 100.000 dân từ năm 2000 đến năm 2011. Ở Đông Bắc Trung Quốc, tỷ lệ mắc bệnh là 5,7 ca trên 100.000 dân đã được báo cáo trong một nghiên cứu hồi cứu trên quần thể lớn. Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu lớn đã mô tả tỷ lệ mắc bệnh là 3,59 ca trên 100.000 dân. Việc sử dụng kháng sinh kết hợp với các thủ thuật ít xâm lấn đã cải thiện tốt kết quả điều trị nhưng tỷ lệ tử vong vẫn cao. Nhiều loại vi khuẩn đã được công bố là nguyên nhân của áp xe gan sinh mủ, nhưng phân tích mối liên quan giữa các loại vi khuẩn với biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng còn ít.

Các biểu hiện lâm sàng của bệnh và các nguyên nhân gây bệnh đã được phân tích trong nghiên cứu này, nhằm đưa ra các gợi ý chẩn đoán sớm và chính xác bệnh, đồng thời tìm ra các phương pháp điều trị hiệu quả, đặc biệt là sử dụng kháng sinh thích hợp. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu mô

tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân áp xe gan.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm những BN áp xe gan tại Khoa Điều trị Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2018 đến 4/2021.

##### **1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

Chẩn đoán áp xe gan dựa trên các tiêu chí sau:

- BN có các triệu chứng lâm sàng, chẳng hạn như sốt, rét run, nôn, đau hạ sườn phải, vàng da, gan to... nếu do amip khai thác tiền sử lý.

- Có hình ảnh của ổ áp xe trong gan được đánh giá bằng siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CT), hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

- Chọc dò ổ mủ dưới hướng dẫn của siêu âm, cấy mủ để xác định nguyên nhân gây bệnh, nếu nghi ngờ do amip thì làm huyết thanh chẩn đoán, nếu nghi ngờ do vi khuẩn sinh mủ thì cấy máu.

##### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Ung thư gan áp xe hóa.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiền cứu.

##### **3. Chỉ tiêu nghiên cứu và thu thập số liệu**

- Lâm sàng: sốt, rét run, nôn, đau hạ sườn phải, vàng da, gan to...

- Xét nghiệm sinh hóa: Thời điểm lấy máu: Khi bệnh nhân có triệu chứng sốt.

Thể tích máu lấy: Lấy 2ml máu chống đông bằng Heparin. Các chỉ số AST, ALT, Bilirubin toàn phần và các xét nghiệm thăm dò chức năng gan được phân tích trên máy sinh hóa tự động AU5800, do nhân viên Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện.

- Huyết học: Thời điểm lấy máu khi bệnh nhân có triệu chứng sốt và vàng da.

Thể tích máu lấy: Lấy 2ml máu chống đông bằng EDTA. Xét nghiệm các chỉ số bạch cầu, tiểu cầu, Prothrombin,... bằng máy Cell Dyn 3700 (Abbot), do nhân viên Khoa Huyết học, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện.

- Cấy máu để tìm các tác nhân gây bệnh. Thời điểm lấy máu: Lấy máu khi bệnh nhân đang sốt. Lấy máu tĩnh mạch thao tác vô trùng tuyệt đối (khử trùng vị trí lấy máu 2 lần bằng cồn iod và sát khuẩn lại bằng cồn 700 theo hình xoay tròn ốc), nếu chọc tĩnh mạch một lần không lấy được máu, phải lấy lại bằng kim tiêm khác, tuyệt đối không để chạm kim tiêm vào bất cứ vật gì. Thể tích máu lấy: 5 - 10ml.

Cấy máu bằng máy cấy máu tự động BACTEC 9020 của hãng Becton Dickinson - Mỹ và định danh vi khuẩn bằng hệ thống Vitex II Compact của hãng Bio Merieux - Pháp để xác định tác nhân gây nhiễm khuẩn, do nhân viên Khoa Vi sinh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện. Xét nghiệm huyết thanh amip được thực hiện khi có nghi ngờ về *E. histolytica* trên lâm sàng. Bệnh phẩm ổ áp xe để định danh vi khuẩn cũng được làm tại Khoa Vi sinh.

- Chụp CT ổ bụng bằng máy Brivo CT 385, để chẩn đoán vị trí, kích thước và số lượng ổ áp xe gan, do nhân viên Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện.

**4. Phương pháp xử lý số liệu:** Toán thống kê y học.

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm        |         | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|-----------------|---------|----------------|---------|
| Giới            | Nam     | 38             | 73,1    |
|                 | Nữ      | 14             | 26,9    |
| Nhóm tuổi       | < 40    | 7              | 13,5    |
|                 | 41- 60  | 15             | 28,8    |
|                 | 61 - 80 | 25             | 48,1    |
|                 | > 80    | 5              | 9,6     |
| Tuổi trung bình |         | 53,1 ± 16,3    |         |

Nhận xét: Nam (73,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (26,9%). Tuổi của nhóm nghiên cứu dao động từ 20 đến 84 tuổi (tuổi trung bình: 53,1 ± 16,3 tuổi). Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỉ lệ cao hơn cả (48,1%).

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| Triệu chứng lâm sàng | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|----------------------|----------------|---------|
| Nôn                  | 33             | 63,5    |
| Đau hạ sườn phải     | 45             | 86,5    |
| Sốt                  | 48             | 92,3    |
| Rét run              | 26             | 50,0    |
| Vàng da              | 26             | 50,0    |
| Gan to               | 0              | 0       |

Nhận xét: BN có triệu chứng sốt chiếm tỉ lệ cao nhất 92,3%, rồi đến đau bụng chiếm 86,5%.

Bảng 3. Đặc điểm các chỉ số huyết học, sinh hóa của đối tượng nghiên cứu

| Chỉ số huyết học                      |             | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|---------------------------------------|-------------|----------------|---------|
| Số lượng bạch cầu (G/L)               | Tăng        | 43             | 82,7    |
|                                       | Bình thường | 7              | 17,3    |
| Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%) | Tăng        | 40             | 76,9    |
|                                       | Bình thường | 12             | 23,1    |
| Tỉ lệ bạch cầu ưa axit (%)            | Tăng        | 17             | 32,7    |
|                                       | Bình thường | 35             | 67,3    |

|                         |             |    |      |
|-------------------------|-------------|----|------|
| Số lượng tiểu cầu (G/L) | Giảm        | 4  | 7,7  |
|                         | Bình thường | 48 | 92,3 |
| AST (U/L)               | Tăng        | 26 | 50,0 |
|                         | Bình thường | 26 | 50,0 |
| ALT (U/L)               | Tăng        | 34 | 65,4 |
|                         | Bình thường | 18 | 34,6 |
| BilirubinTP (µmol/L)    | Tăng        | 26 | 50,0 |
|                         | Bình thường | 26 | 50,0 |

Nhận xét: Số lượng bạch cầu tăng chiếm 82,7%, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng chiếm 76,9%.

Bảng 4. Đặc điểm ổ áp xe gan của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm ổ áp xe gan |           | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|----------------------|-----------|----------------|---------|
| Số lượng ổ áp xe     | 1         | 41             | 78,8    |
|                      | 2         | 5              | 9,6     |
|                      | ≥ 3       | 6              | 11,5    |
| Vị trí ổ áp xe       | Gan phải  | 42             | 80,8    |
|                      | Gan trái  | 8              | 15,4    |
|                      | Cả 2 thùy | 2              | 3,8     |
|                      | Thùy đuôi | 0              | 0       |
| Kích thước ổ áp xe   | < 5cm     | 12             | 23,1    |
|                      | 5 -10cm   | 29             | 55,8    |
|                      | >10cm     | 11             | 21,2    |

Nhận xét: Đa số BN có 1 ổ áp xe gan (78,8%), chủ yếu tập trung ở gan phải (80,8%) và có kích thước từ 5 - 10cm (55,8%).

Bảng 5. Đặc điểm vi khuẩn trong kết quả dịch chọc hút ổ áp xe gan của đối tượng nghiên cứu

|                                | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|--------------------------------|----------------|---------|
| <i>Citrobacter koseri</i>      | 1              | 1,9     |
| <i>Klebsiella Pneumoniae</i>   | 28             | 53,8    |
| <i>Streptococcus anginosus</i> | 2              | 3,8     |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> | 1              | 1,9     |
| Âm tính                        | 20             | 38,5    |

Nhận xét: Nguyên nhân gây áp xe gan chiếm tỉ lệ cao nhất là *Klebsiella Pneumoniae* (53,8%). Còn 38,5% trường hợp dịch chọc hút ổ áp xe gan âm tính.

Bảng 6. Các biện pháp điều trị và kết quả điều trị cho các đối tượng nghiên cứu

|                    |  | Số BN (n = 52) | Tỉ lệ % |
|--------------------|--|----------------|---------|
| Biện pháp điều trị | Phẫu thuật   | 0              | 0       |
|                    | Chỉ điều trị kháng sinh  | 0              | 0       |
|                    | Điều trị kháng sinh kết hợp dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của SA | 52             | 100     |
| Thời gian nằm viện | 2 - 7 ngày   | 4              | 7,7     |
|                    | 8 - 14 ngày  | 27             | 51,9    |
|                    | 15 - 21 ngày   | 14             | 26,9    |
|                    | > 21 ngày  | 7              | 13,5    |

|                  |   |    |     |
|------------------|---|----|-----|
| Kết quả điều trị | Bệnh nhân ổn định xuất viện             | 52 | 100 |
|                  | Bệnh nhân tạm ổn định chuyển tuyến dưới | 0  | 0   |
|                  | Tử vong                                 | 0  | 0   |

Nhận xét: 100% các trường hợp điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan. 51,9% các trường hợp điều trị 8 - 14 ngày. Tất cả các BN điều trị cho kết quả tốt, không BN nào tử vong.

#### BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Nam (73,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (26,9%). Tuổi trung bình:  $53,1 \pm 16,3$  tuổi. Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỉ lệ cao hơn cả (48,1%). Theo kết quả nghiên cứu của Jia Zhang [1]: tỷ lệ áp xe gan ở nhóm > 75 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn, đây là các BN thường có các bệnh đi kèm bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường và sỏi mật.

Áp xe gan do vi khuẩn có thể nguy hiểm đến tính mạng. Gan có nguồn cung cấp máu gấp đôi, tức là cả động mạch gan và tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch cửa và đường tiêu hóa được kết nối với nhau, dẫn đến tăng cơ hội xâm nhập của mầm bệnh vào gan và sau đó gây viêm và hoại tử nhu mô gan. Các biểu hiện thường gặp của bệnh nhân bị áp xe gan do vi khuẩn bao gồm sốt, ớn lạnh và đau do áp xe. Trong nghiên cứu này BN cao tuổi có nhiều khả năng mắc các bệnh tiềm ẩn và có triệu chứng không điển hình khi nhập viện.

Như chúng ta đã biết chẩn đoán hình ảnh rất quan trọng để chẩn đoán áp xe gan. Trong nghiên cứu này, hầu hết áp xe gan là 1 ổ và nằm ở thùy phải với đường kính 5 - 10cm, phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Điều này có thể là do thùy gan phải có diện tích lớn hơn và xu hướng nhận được nhiều lưu lượng máu đến hơn cả. Khác với kết quả nghiên cứu của Wenfei Li<sup>[4]</sup> thì áp xe gan xuất hiện ở cả hai thùy, còn tác giả Jin Woo Wi<sup>[6]</sup> thì tỷ lệ áp xe gan ở thùy phải lại thấp hơn. Chúng tôi cũng thấy rằng áp xe do *Streptococcus anginosus* có xu hướng lớn hơn áp xe do các loại vi khuẩn khác gây ra.

Áp xe gan do nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus anginosus* và vi khuẩn kỵ khí như *Bacteroides*. Nghiên cứu ở Bắc Mỹ ghi nhận phổ biến nhất là do *Streptococcus* (29,5%) và *E coli* (18,1%)<sup>[7]</sup>. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, tỷ lệ áp xe gan do vi khuẩn liên tục tăng từ 1,1/100.000 lên 17,6/100.000 dân, đặc biệt là do *K*

*pneumoniae*. Ở Trung Quốc, tỷ lệ hàng năm của áp xe gan do *K pneumoniae* tăng từ 0,155% trong giai đoạn 10 năm 1994 đến 2003, lên 0,290% trong 11 năm tiếp theo từ 2004 đến 2015, tương ứng. Áp xe gan do *K pneumoniae* mắc phải ở cộng đồng đã xuất hiện ở Đài Loan và các nước châu Á khác, mặc dù nó hiếm khi được báo cáo ở Trung Quốc<sup>[8]</sup>.

A. Cosme<sup>[5]</sup> quan sát thấy *E. coli* và *S. milleri* là những vi khuẩn được tìm thấy nhiều nhất trong nghiên cứu của tác giả.

Theo nghiên cứu của Wen-Jing Wang<sup>[3]</sup> trên 102 BN: 82 ca do *K pneumoniae* (80,3%), 8 ca do *E coli*, 2 ca do *Pseudomonas aeruginosa*, 1 ca do *Acinetobacter baumannii*, và 9 ca do cầu khuẩn Gram dương.

*K. pneumoniae* là tác nhân gây bệnh chiếm ưu thế (53,8%) trong nghiên cứu của chúng tôi điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây từ các nước châu Á (chiếm 40 - 80%).

Nếu nuôi cấy mủ mọc vi khuẩn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Tuy nhiên, do những hạn chế về các kỹ thuật xét nghiệm hoặc có lẽ do BN đã dùng kháng sinh từ trước khi vào viện nên trong nghiên cứu của chúng tôi có 38,5% trường hợp dịch chọc hút ổ áp xe gan âm tính. Về mặt lâm sàng, ngay sau khi lấy bệnh phẩm từ người bệnh, chúng ta nên bảo quản đúng cách, phân lập vi khuẩn gây bệnh và tiến hành xét nghiệm càng sớm càng tốt, để có được kết quả nhạy cảm với thuốc tốt nhất và từ đó đưa ra hướng dẫn chính xác cho việc lựa chọn thuốc kháng sinh thích hợp. Trong nghiên cứu này, phương pháp điều trị theo kinh nghiệm được chứng minh là phù hợp với hầu hết bệnh nhân, điều này là do chẩn đoán và chỉ định đúng dựa vào kết quả xét nghiệm định danh vi khuẩn. Với việc sử dụng kỹ thuật chọc dò ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm trong điều trị áp xe gan, rất ít bệnh nhân cần phẫu thuật cắt bỏ áp xe gan. Sự kết hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe là phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân, không có trường hợp nào có biến chứng hoặc tử vong.

#### KẾT LUẬN

Nam (73,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (26,9%). Tuổi trung bình:  $53,1 \pm 16,3$  tuổi. Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỉ lệ cao hơn cả (48,1%). BN có triệu chứng sốt chiếm tỉ lệ cao nhất (92,3%), rồi đến đau bụng (86,5%). Đa số BN có 1 ổ áp xe gan (78,8%), chủ yếu tập trung ở gan phải (80,8%) và có kích thước từ 5 - 10cm (55,8%). Nguyên nhân hay gặp nhất gây áp xe gan là do *Klebsiella Pneumoniae* chiếm 53,8%. 100% các

trường hợp điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan cho kết quả tốt.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jia Zhang, Zhaoqing Du, Jianbin Bi** (2019). Comparison of clinical characteristics and outcomes of pyogenic liver abscess patients < 65 years of age versus ≥ 65 years of age, *BMC Infect Dis*, 19: 233. Published online 2019 Mar.

2. **Lorna Neill, Frances Edwards, Simon M. Collin et al** (2019). Clinical characteristics and treatment outcomes in a cohort of patients with pyogenic and amoebic liver abscess, *BMC Infect Dis*; 19: 490. Published online 2019 Jun.

3. **Wen-Jing Wang, Zhen Tao, Hui-Ling Wu** (2018). Etiology and clinical manifestations of bacterial liver abscess: A study of 102 cases, *Medicine (Baltimore)*, 97(38): e12326. Published online 2018 Sep.

4. **Wenfei Li, Hongjie Chen, Shuai Wu, Jie Peng** (2018). A comparison of pyogenic liver abscess in patients with or without diabetes: a retrospective study of 246 cases, *BMC*

*Gastroenterol*, 18: 144. Published online 2018 Oct.

5. **A. Cosme, E. Ojeda, I. Zamarreño** (2010). Pyogenic versus amoebic liver abscesses. A comparative clinical study in a series of 58 patients, *Rev. esp. enferm. Dig*, 102: 2.

6. **Jin Woo Wi, Eun Ae Cho, Chung Hwan Jun et al** (2015). Clinical Characteristics and Outcomes of Pyogenic Liver Abscess in Elderly Korean Patients, *Korean J Gastroenterol*, 66(1): 27-32.

7. **Meddings L, Myers RP, Hubbard J, et al** (2010). A population-based study of pyogenic liver abscesses in the United States: incidence, mortality, and temporal trends. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 117 - 24.

8. **Qian Y, Wong CC, Lai S, et al** (2016). A retrospective study of pyogenic liver abscess focusing on *Klebsiella pneumoniae* as a primary pathogen in China from 1994 to 2015. *Sci Rep*; 6: 38587.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ VỆ SINH TAY NGOẠI KHOA CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ BỆNH VIỆN HOÀN MỸ BÌNH PHƯỚC, TỈNH BÌNH PHƯỚC NĂM 2020

NGUYỄN THỊ THANH NHIỆM, TRẦN PHƯỚC TÂM  
*Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội*

#### TÓM TẮT

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) vệ sinh tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa nhiễm khuẩn, giúp giảm nguy cơ nhiễm khuẩn gây cho người bệnh từ phía nhân viên y tế trước khi tiến hành phẫu thuật, chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn hoặc thực hiện các chăm sóc đặc biệt. Tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước, trung bình mỗi ngày có 08 ca phẫu thuật. Những thông tin về tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của nhân viên y tế còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này sẽ cung cấp thông tin về thực trạng tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của

nhân viên y tế tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước, tỉnh Bình Phước năm 2020.

*Phương pháp:* Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, quan sát qua camera 287 lượt vệ sinh tay ngoại khoa (VSTNK) trên 41 nhân viên y tế từ tháng 06 năm 2020 đến tháng 10 năm 2020 tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Hoàn Mỹ Bình Phước.

*Kết quả:* Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa chung là 42,9%; tuân thủ vệ sinh tay khi sử dụng chế phẩm cồn là 44,8%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay sử dụng xà phòng khử khuẩn là 40%. Tỷ lệ tuân thủ các thao tác trong nghiên cứu dao động xung quanh 90%. Tuân thủ thấp nhất ở tiêu chí "Tổng thời gian 3 bước rửa tay ngoại khoa tối thiểu 3 phút" chỉ đạt 69,57%. Giới tính nam có tỷ lệ tuân thủ là 45,7%, cao hơn giới tính nữ là 38,4%; nhóm từ 30 tuổi trở lên có tỷ lệ tuân thủ là 43,9%, cao hơn nhóm dưới 30 tuổi tỷ

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thanh Nhiệm  
Email: ntt1@huph.edu.vn  
Ngày nhận: 07/5/2021  
Ngày phản biện: 28/5/2021  
Ngày duyệt bài: 02/6/2021