

và khảo sát đa trung tâm với dữ liệu đầy đủ hơn (đặc biệt là vòng eo và các yếu tố lối sống) nhằm hiểu rõ hơn mối liên hệ giữa đặc điểm công việc y tế và HCCH, từ đó xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe phù hợp cho nhân viên ngành y.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh PTV, Cường LD, Nhung NT.** Thực trạng mắc hội chứng chuyển hóa, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp ở người từ 25–64 tuổi tại tỉnh Thái Bình. Trường Đại học Y Dược Thái Bình; 2023. tr. 1–100.
2. **Nga NT, Nguyệt TTP.** Tình trạng mắc hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan của cán bộ viên chức tại Trường Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2017;13(2):12–18.
3. **Basei Rossa CE, Avancini Caramori WC, Manfroi WC.** Metabolic syndrome in workers in a

university hospital. Arq Bras Cardiol. (0870-2551 (Print)).

4. **Ho NT, et al.** Prevalence of metabolic syndrome among Vietnamese adult employees. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2024;34(2):326–333.
5. **Moradkhani A, et al.** Prevalence of metabolic syndrome and its components in Iran: an updated meta-analysis. BMC Endocr Disord. 2025;25(1):8.
6. **Nguyen SN, et al.** High prevalence of metabolic syndrome among overweight adults in Vietnam based on different criteria: Results from a community-based study. Clin Epidemiol Glob Health. 2021;12:100852.
7. **Saklayen MG.** The global epidemic of the metabolic syndrome. Curr Hypertens Rep. 2018;20(2):12.
8. **Yeh WC, et al.** Prevalence of metabolic syndrome among employees of a Taiwanese hospital varies according to profession. Medicine (Baltimore). 2018;97(31):E11664.

## ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA KHÁNG SINH VÀ DẪN LƯU TRONG ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN TRONG BỐI CẢNH TỶ LỆ KLEBSIELLA PNEUMONIAE CAO

Nghiêm Xuân Hoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Loan<sup>1</sup>, Mai Thanh Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của ba phương pháp điều trị áp xe gan: kháng sinh đơn trị, kháng sinh phối hợp và phối hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 196 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến 2023. Các dữ liệu lâm sàng, vi sinh và điều trị được thu thập và phân tích bằng SPSS 20.0. Tỷ lệ đáp ứng điều trị được so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square, trong khi thời gian phục hồi được phân tích bằng Kaplan-Meier và Log-rank test. **Kết quả:** Klebsiella pneumoniae là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất (80,9%). Nhóm phối hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe có tỷ lệ đáp ứng cao nhất (84,3%), tiếp theo là nhóm kháng sinh phối hợp (76,9%) và kháng sinh đơn trị (70%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đặc biệt, 18,9% bệnh nhân cần thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị. Nhóm có can thiệp dẫn lưu có thời gian giảm đau ngắn nhất, mặc dù có thể kéo dài thời gian hạ sốt, nhưng sự phân tích không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, phối hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe cho thấy xu hướng cải thiện tỷ lệ đáp ứng và thời gian phục hồi. Tỷ lệ Klebsiella pneumoniae cao (80,9%) và tỷ lệ thay đổi phác đồ kháng sinh lớn (18,9%) nhấn mạnh sự phức tạp trong điều trị áp xe

gan tại Việt Nam. Cần nghiên cứu tiền cứu với quy mô lớn hơn để tối ưu hóa chiến lược điều trị trong bối cảnh đa phương.

**Từ khóa:** Áp xe gan, điều trị, kháng sinh, liệu pháp phối hợp, dẫn lưu ổ áp xe, kết quả lâm sàng.

### SUMMARY

#### EVALUATING THE ROLE OF ANTIBIOTICS AND DRAINAGE IN THE TREATMENT OF LIVER ABSCESS IN THE SITUATION OF HIGH PREVALENCE OF KLEBSIELLA PNEUMONIAE

**Objective:** This study evaluates the effectiveness of three treatment strategies for liver abscesses: antibiotic monotherapy, combination antibiotic therapy, and combination therapy with abscess drainage. **Methods:** A retrospective study was conducted on 196 patients diagnosed with liver abscesses at the 108 Military Central Hospital from 2018 to 2023. Clinical, microbiological, and treatment data were analyzed using SPSS 20.0. Treatment response rates were compared using the Chi-square test, while recovery time was analyzed using Kaplan-Meier curves and the Log-rank test. **Results:** Klebsiella pneumoniae was the most common causative pathogen (80.9%). The highest treatment response rate was observed in the combination therapy with the abscess drainage group (84.3%), followed by the combination antibiotic therapy group (76.9%) and the antibiotic monotherapy group (70%). However, differences were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Notably, 18.9% of patients required adjustments to their antibiotic regimen during treatment. The drainage group experienced the shortest pain recovery time, and fever resolution might have been prolonged, but the analysis did not

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình

Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

reach statistical significance. **Conclusion:** Despite the lack of statistical significance, combining antibiotics with abscess drainage demonstrated a trend towards improved response rates and recovery time. The high prevalence of *Klebsiella pneumoniae* (80.9%) and the substantial rate of antibiotic regimen changes (18.9%) underscore the complexity of liver abscess management in Vietnam. Prospective studies with larger sample sizes are needed to optimize treatment strategies in this local context. **Keywords:** Liver abscess, treatment, antibiotics, combination therapy, abscess drainage, clinical outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan là tình trạng viêm nhiễm khu trú trong nhu mô gan, thường do nhiễm trùng từ vi khuẩn, ký sinh trùng hoặc nấm gây ra [6, 5]. Theo thống kê toàn cầu, tỷ lệ mắc áp xe gan do vi khuẩn dao động từ 2,3 đến 20 ca trên 100.000 dân, với tỷ lệ cao hơn ở các nước đang phát triển [5]. Tại Việt Nam, áp xe gan không chỉ là một nguyên nhân phổ biến gây nhập viện mà còn là thách thức lớn đối với các bác sĩ lâm sàng do tỷ lệ mắc cao và tính chất phức tạp của bệnh [2].

Trong thực hành lâm sàng, điều trị áp xe gan thường dựa trên hai trụ cột chính: liệu pháp kháng sinh và các can thiệp như dẫn lưu ổ áp xe. Liệu pháp kháng sinh từ lâu đã là nền tảng điều trị, nhằm đến các tác nhân gây bệnh phổ biến như vi khuẩn Gram âm (*Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*) hoặc vi khuẩn kỵ khí [8, 4]. Tuy nhiên, sự gia tăng của tình trạng kháng kháng sinh và tính chất đa vi khuẩn của nhiễm trùng đã thúc đẩy việc sử dụng liệu pháp kháng sinh phối hợp nhằm mở rộng phổ tác dụng và nâng cao hiệu quả [6]. Bên cạnh đó, dẫn lưu ổ áp xe qua da, đặc biệt trong các trường hợp ổ áp xe lớn (>5 cm) hoặc không đáp ứng với nội khoa, đã được chứng minh là cải thiện kết cục lâm sàng tại nhiều cơ sở y tế [1, 3]. Dù đã có những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, câu hỏi về chiến lược tối ưu: bao gồm thời điểm dẫn lưu, sự cần thiết của dẫn lưu và lựa chọn giữa đơn trị hay phối hợp kháng sinh vẫn còn là chủ đề tranh luận trong y văn.

Mặc dù các phương pháp này được áp dụng rộng rãi, nhưng tại Việt Nam, dữ liệu so sánh hiệu quả giữa kháng sinh đơn trị, kháng sinh phối hợp và phối hợp với dẫn lưu vẫn còn hạn chế. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết về các nghiên cứu đánh giá thực tiễn điều trị trong bối cảnh địa phương, nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho việc lựa chọn phác đồ phù hợp. Nghiên cứu này phân tích dữ liệu từ 196 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 để đánh giá hiệu quả của ba chiến lược điều trị áp xe gan, tập trung vào tỷ lệ đáp ứng và thời gian

phục hồi. Kết quả không chỉ hỗ trợ các bác sĩ trong việc tối ưu hóa điều trị mà còn góp phần xây dựng hướng dẫn thực hành tại các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 196 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2018 đến 2023. Chẩn đoán dựa trên biểu hiện lâm sàng (ví dụ: sốt, đau vùng hạ sườn phải) và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT hoặc MRI) với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận trên hồ sơ bệnh án [2].

- Các phương pháp điều trị được phân loại như sau: + Liệu pháp kháng sinh đơn trị: Sử dụng một loại kháng sinh duy nhất (ví dụ: Ceftriaxone).

+ Liệu pháp kháng sinh phối hợp: Sử dụng hai hoặc nhiều kháng sinh (ví dụ: Ceftriaxone + Metronidazole).

+ Dẫn lưu ổ áp xe, hoặc chọc hút ổ áp xe: Dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm, thực hiện đơn lẻ hoặc kết hợp với kháng sinh.

- Các kết quả lâm sàng được đánh giá dựa trên:

+ Đáp ứng điều trị: Được xác định là hết sốt và các triệu chứng lâm sàng trong vòng 7 ngày.

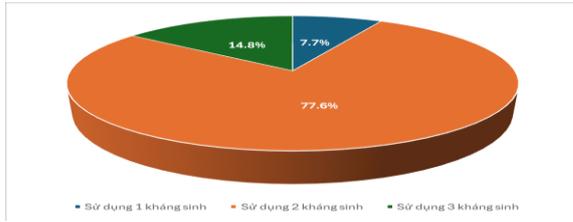
+ Thời gian hết sốt/hết đau: Tính bằng ngày từ khi nhập viện đến khi hết sốt/hết đau bụng.

- Phân tích và xử lý số liệu:

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0. Các biến định lượng (tuổi, thời gian nằm viện, thời gian hết sốt, thời gian hết đau bụng) được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (mean  $\pm$  SD). Các biến định tính (giới tính, tác nhân gây bệnh, phương pháp và đáp ứng điều trị) được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ (%). Kiểm định Chi-square đánh giá sự khác biệt tỷ lệ đáp ứng giữa các phương pháp điều trị. Kiểm định ANOVA một chiều và Kruskal-Wallis so sánh thời gian nằm viện, thời gian hết sốt và thời gian hết đau bụng giữa các nhóm điều trị. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để xây dựng đường cong thời gian phục hồi, với kiểm định Log-rank đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm. Giá trị  $p < 0,05$  có ý nghĩa thống kê.

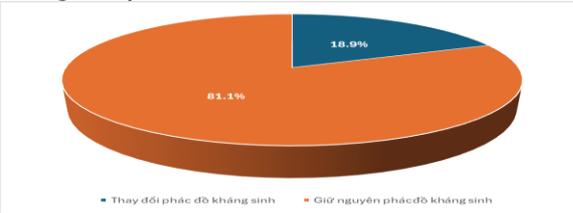
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đoàn bệnh nhân bao gồm 148 nam (75,5%) và 48 nữ (24,5%), với độ tuổi trung bình  $57,8 \pm 16,0$  tuổi. Tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là *Klebsiella pneumoniae* (chiếm 80,9% các ca cấy dương tính), tiếp theo là *Escherichia coli* (7,9%) [2].



**Hình 1: Phác đồ điều trị kháng sinh**

**Nhận xét:** Bệnh nhân áp xe gan chủ yếu sử dụng phác đồ phối hợp kháng sinh (77,6% sử dụng 2 loại kháng sinh và 14,8% sử dụng 3 loại kháng sinh)



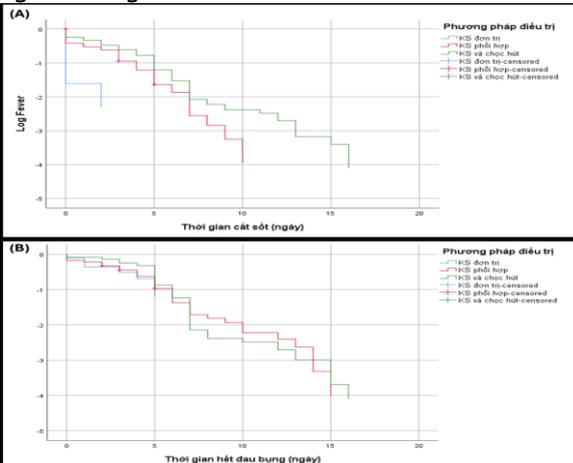
**Hình 2: Sự thay đổi phác đồ điều trị kháng sinh ở 196 bệnh nhân áp xe gan**

**Nhận xét:** Có 37/196 bệnh nhân (chiếm 18,9%) cần thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị.

**Bảng 1. Tỷ lệ đáp ứng điều trị theo phương pháp**

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ đáp ứng (%)	Giá trị P
Kháng sinh đơn trị	10	70	P>0,05
Kháng sinh phối hợp	65	76,9	
Kháng sinh + Dẫn lưu ổ áp xe	121	84,3	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất khi phối hợp kháng sinh và chọc hút, dẫn lưu ổ áp xe (84,3%); tiếp theo là nhóm phối hợp kháng sinh (76,9%) và sử dụng kháng sinh đơn trị (70%). Tuy nhiên, sự phân tích không có ý nghĩa thống kê.



**Hình 3. Đường cong Kaplan-Meier biểu thị**

**thời gian phục hồi ở 196 bệnh nhân áp xe gan theo nhóm điều trị**

(A). Thời gian hết sốt sau điều trị; (B). Thời gian hết đau bụng sau điều trị

**Nhận xét:** Phối hợp kháng sinh và chọc hút, dẫn lưu ổ áp xe có thời gian hết sốt dài hơn so với chỉ sử dụng kháng sinh đơn thuần, nhưng có thời gian giảm đau và hết đau ngắn nhất.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu này cung cấp dữ liệu thực tiễn từ 196 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2018-2023), đánh giá hiệu quả của ba chiến lược điều trị áp xe gan: kháng sinh đơn trị, kháng sinh phối hợp, và phối hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe. Mặc dù sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng và thời gian phục hồi giữa các nhóm không đạt ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), kết quả vẫn mang lại những gợi ý quan trọng cho thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

Tác nhân vi sinh chủ đạo là Klebsiella pneumoniae (80,9%), tiếp theo là Escherichia coli (7,9%), phù hợp với mô hình vi khuẩn gây áp xe gan tại châu Á như Trung Quốc và Việt Nam [7, 2]. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp với phổ vi khuẩn địa phương, chẳng hạn như cephalosporin thế hệ ba hoặc carbapenem khi cần thiết. Tỷ lệ cao của Klebsiella pneumoniae cũng phản ánh đặc điểm dịch tễ tại Việt Nam, nơi các yếu tố như nhiễm trùng đường mật và sỏi thận thường gặp [2].

Tỷ lệ đáp ứng điều trị: Kết quả cho thấy nhóm kết hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe đạt tỷ lệ đáp ứng điều trị cao nhất (84,3%), tiếp theo là nhóm kháng sinh phối hợp (76,9%) và kháng sinh đơn trị (70%). Xu hướng này cho thấy dẫn lưu có thể đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết cục, đặc biệt ở những bệnh nhân có ổ áp xe lớn hoặc nhiễm trùng nặng. Các nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế, như của Đoàn Anh Vũ (2018), Nguyễn Văn Sơn (2024) và Lardièrre-Deguelte (2015), cũng ủng hộ quan điểm này, khi dẫn lưu được ghi nhận là tăng hiệu quả điều trị ở các trường hợp phức tạp. Cụ thể, nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ và cộng sự (2018) tại miền Nam Việt Nam cũng chỉ ra rằng dẫn lưu ổ áp xe kết hợp kháng sinh cải thiện tỷ lệ đáp ứng so với điều trị nội khoa đơn thuần [1]. Đồng thời, tác giả Nguyễn Văn Sơn và cộng sự công bố nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai, cho thấy tỷ lệ sử dụng Cephalosporin thế hệ 3 là nhiều nhất [3]. Tương tự, Lardièrre-Deguelte và cộng sự (2015) nhấn mạnh rằng dẫn lưu qua da là một can thiệp quan trọng đối với các ổ áp

xe lớn hoặc không đáp ứng với kháng sinh [6], hoặc nhóm tác giả Sheikh Omar Bittaye đã công bố tỷ lệ sử dụng kháng sinh kết hợp với chọc hút ổ áp xe gan cao ở Gambia [4]. Tuy nhiên, sự không đồng đều về số lượng bệnh nhân giữa các nhóm (10 trong nhóm đơn trị so với 121 trong nhóm phối hợp) hoặc do các yếu tố nhiễu như kích thước ổ áp xe, vị trí và bệnh lý nền không được kiểm soát chặt chẽ trong thiết kế hồi cứu có thể làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, có nhiều bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ở tuyến trước, sử dụng kháng sinh nên cũng gây ảnh hưởng tới sự đánh giá hiệu quả điều trị.

Thời gian phục hồi: đường cong Kaplan-Meier (Hình 3) cho thấy nhóm kết hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe có thời gian hết sốt dài hơn nhưng thời gian giảm đau và hết đau ngắn nhất so với các nhóm khác. Điều này có thể được giải thích bởi cơ chế tác động của dẫn lưu: việc loại bỏ mủ và giảm áp lực trong ổ áp xe giúp cải thiện nhanh triệu chứng đau, và nhiễm trùng, nhưng chọc hút chỉ được đặt ra khi ổ áp xe hóa mủ (thường sau điều trị kháng sinh 5-10 ngày). Đồng thời, chọc hút ổ áp xe thường được chỉ định ở những bệnh nhân ổ áp xe kích thước lớn, hoặc tình trạng nhiễm trùng dai dẳng, khó kiểm soát bằng điều trị kháng sinh thông thường. Do đó, kết cục cuối cùng, về hiệu quả điều trị của phác đồ phối hợp thường tốt hơn so với sử dụng kháng sinh đơn thuần. Trong bối cảnh Việt Nam, nơi nhiều bệnh nhân đến từ tuyến dưới với tình trạng đã sử dụng kháng sinh không hiệu quả, dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm là một kỹ thuật khả thi, chi phí thấp và có thể áp dụng rộng rãi để cải thiện kết quả điều trị [3].

Thay đổi phác đồ kháng sinh: Có 37/196 bệnh nhân (18,9%) cần thay đổi phác đồ kháng sinh trong quá trình điều trị, phản ánh sự phức tạp trong quản lý áp xe gan. Tỷ lệ này tương đối cao và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ đáp ứng lâm sàng cũng như xác định chính xác tác nhân gây bệnh và độ nhạy cảm với kháng sinh. Nghiên cứu của Yun Qian và cộng sự (2016) tại Trung Quốc cũng báo cáo tỷ lệ thay đổi phác đồ tương tự, đặc biệt trong các ca liên quan đến *Klebsiella pneumoniae*—tác nhân chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi (80,9%) [7]. Điều này cho thấy sự cần thiết của việc bắt đầu điều trị với kháng sinh phổ rộng và điều chỉnh dựa trên kết quả cấy vi khuẩn, đặc biệt ở khu vực châu Á nơi *Klebsiella pneumoniae* là vi khuẩn gây áp xe gan phổ biến.

Nghiên cứu này có một số hạn chế: Thứ nhất, thiết kế hồi cứu có thể dẫn đến sai lệch trong thu thập dữ liệu, đặc biệt khi thiếu thông tin về các yếu tố quan trọng như kích thước ổ áp xe, vị trí và bệnh lý nền của bệnh nhân. Thứ hai, số lượng bệnh nhân trong nhóm kháng sinh đơn trị quá nhỏ (10 bệnh nhân), làm giảm sức mạnh thống kê và khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm. Thứ ba, nghiên cứu không đánh giá các kỹ thuật can thiệp khác như dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn CT hoặc phẫu thuật, vốn có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị trong thực tế lâm sàng. Do đó, để khắc phục những hạn chế trên, các nghiên cứu tiền cứu với quy mô lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn là cần thiết. Các nghiên cứu này nên tập trung vào việc đánh giá các yếu tố dự báo đáp ứng điều trị (ví dụ: kích thước ổ áp xe, bệnh lý nền) và so sánh hiệu quả của các kỹ thuật dẫn lưu khác nhau. Ngoài ra, việc phân tích chi phí-hiệu quả của các chiến lược điều trị cũng sẽ hữu ích, đặc biệt trong bối cảnh các nước đang phát triển như Việt Nam, nơi nguồn lực y tế còn hạn chế.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 196 bệnh nhân cho thấy phối hợp kháng sinh với dẫn lưu ổ áp xe đạt tỷ lệ đáp ứng cao nhất (84,3%) và thời gian giảm đau ngắn nhất, dù không đạt ý nghĩa thống kê. *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân chính (80,9%), nhấn mạnh vai trò của kháng sinh phù hợp. Tỷ lệ 18,9% bệnh nhân cần thay đổi phác đồ phản ánh thách thức trong điều trị. Hạn chế bao gồm thiết kế hồi cứu và số lượng nhỏ trong nhóm đơn trị. Cần thêm nghiên cứu tiền cứu để tối ưu hóa chiến lược điều trị áp xe gan tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Anh Vũ**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh áp xe gan bằng phương pháp nội khoa hoặc chọc hút mủ tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2017. Tạp chí y dược học Cần Thơ, 2018. 13-14; p. 54-62.
2. **Nguyễn Thị Huyền Trang, et al.**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2024. 19(1).
3. **Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Công Long, N.T.V. Hồng**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị áp xe gan do vi khuẩn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Tạp chí y học Việt Nam, 2024. 543(1).
4. **Bittaye, S.O., et al.**, Clinical characteristics and management of liver abscess in The Gambia, a resource-limited country. BMC Gastroenterol, 2024. 24(1): p. 275.
5. **Kaplan, G.G., D.B. Gregson, K.B. Laupland**,

- Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2004. 2(11): p. 1032-8.
6. **Lardiere-Deguelte, S., et al.**, Hepatic abscess: Diagnosis and management. *J Visc Surg*, 2015. 152(4): p. 231-43.
7. **Qian, Y., et al.**, A retrospective study of pyogenic liver abscess focusing on *Klebsiella pneumoniae* as a primary pathogen in China from 1994 to 2015. *Sci Rep*, 2016. 6: p. 38587.
8. **Serraino, C., et al.**, Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore)*, 2018. 97(19): p. e0628.

## MỐI LIÊN HỆ GIỮA BIỂU HIỆN P53 VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG – MÔ BỆNH HỌC CỦA U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM – MỘT NGHIÊN CỨU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phạm Duy Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Duy<sup>2</sup>, Phạm Quang Thông<sup>1</sup>, Hồ Thị Hồng Phát<sup>3</sup>, Ngô Thị Tuyết Hạnh<sup>3,4</sup>, Hoàng Văn Thịnh<sup>1</sup>, Lê Minh Huy<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa biểu hiện p53 và các đặc điểm lâm sàng - mô bệnh học trong u nguyên bào thần kinh đệm. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên 100 trường hợp u nguyên bào thần kinh đệm tại bệnh viện Chợ Rẫy. Biểu hiện p53 được đánh giá bằng phương pháp hóa mô miễn dịch, sau đó được phân loại thành biểu hiện bình thường và bất thường. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học được thu thập và phân tích mối liên quan với biểu hiện p53 bằng các phép kiểm định thống kê thích hợp. **Kết quả:** Biểu hiện p53 bất thường được ghi nhận ở 47% trường hợp. Biểu hiện này liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi bệnh nhân (nhóm có p53 bất thường có tuổi trung bình thấp hơn,  $p < 0,001$ ), phương pháp lấy mẫu ( $p = 0,022$ ), dạng mô học ( $p = 0,004$ ) và hiện diện đại bào nhiều nhân ( $p = 0,001$ ). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy ba yếu tố liên quan độc lập với biểu hiện bất thường p53 gồm: tuổi  $\geq 50$  làm giảm nguy cơ biểu hiện bất thường p53 (OR = 0,33;  $p = 0,019$ ), tiền căn u não làm giảm nguy cơ (OR = 0,14;  $p = 0,027$ ), trong khi hiện diện đại bào nhiều nhân làm tăng nguy cơ biểu hiện p53 bất thường (OR = 4,35;  $p = 0,002$ ). **Kết luận:** Biểu hiện p53 bất thường có liên quan chặt chẽ với một số đặc điểm mô học, như hiện diện đại bào nhiều nhân, và có xu hướng xuất hiện ở bệnh nhân trẻ tuổi và không có tiền căn u não trước đó. Những yếu tố này có thể góp phần hỗ trợ phân tầng nguy cơ và định hướng theo dõi – điều trị ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN P53 EXPRESSION

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

### AND CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES OF GLIOBLASTOMA – A STUDY AT CHO RAY HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the association between p53 expression and clinical-histopathological features in glioblastoma. **Materials and Methods:** A descriptive case series study was conducted on 100 glioblastoma cases at Cho Ray Hospital. p53 expression was assessed by immunohistochemistry and categorized as normal or abnormal. Clinical data, imaging findings, and histopathological features were retrospectively collected and analyzed for their association with p53 expression using appropriate statistical tests. **Results:** Abnormal p53 expression was observed in 47% of cases. This expression was significantly associated with younger patient age ( $p < 0.001$ ), sampling method ( $p = 0.022$ ), histological subtype ( $p = 0.004$ ), and the presence of multinucleated giant cells ( $p = 0.001$ ). Multivariate logistic regression analysis identified three independent factors associated with abnormal p53 expression: age  $\geq 50$  years was associated with a lower risk of abnormal p53 expression (OR = 0.33;  $p = 0.019$ ), a history of prior brain tumors also decreased the risk (OR = 0.14;  $p = 0.027$ ), whereas the presence of multinucleated giant cells significantly increased the risk (OR = 4.35;  $p = 0.002$ ). **Conclusion:** Abnormal p53 expression is strongly associated with certain histopathological features, particularly the presence of multinucleated giant cells, and tends to occur in younger patients without a prior history of brain tumors. These factors may contribute to risk stratification and guide monitoring and treatment strategies in glioblastoma patients.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm (glioblastoma, GBM) là loại u não nguyên phát ác tính thường gặp nhất ở người trưởng thành, chiếm gần một nửa các u thần kinh đệm và được xếp độ IV theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Bệnh tiến triển nhanh, có tính xâm lấn cao và tiên lượng kém, với thời gian sống trung bình chỉ khoảng 15 tháng dù đã được điều trị tích cực