

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CHỌC HÚT ÁP XE VÚ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM Ở PHỤ NỮ CHO CON BÚ

Assessment the effectiveness of ultrasound-guided needle aspiration of lactating breast abscesses

*Trần Thị Đỗ Quyên**, *Trần Anh Tuấn***, *Lại Thu Hương***,
*Lưu Hồng Nhung***, *Nguyễn Thị Ngọc Minh***,
*Nguyễn Thanh Thủy***, *Nguyễn Thị Thu Thảo***, *Vũ Đăng Lưu***

SUMMARY

Objective: To describe the results of ultrasound- guided needle aspiration in the treatment of lactational breast abscesses.

Subjects and methods of study: this study was conducted in Bach Mai Hospital, from 6/2020 to 1/2021. Patients with lactating breast abscesses underwent ultrasound- guided aspiration followed by antibiotics therapy.

Results: In 34 patients with 46 lactating breast abscesses, most of the abscesses had heterogeneous echogenic, no capsule and size smaller than 5cm. The smallest size of abscesses was 13x24x14mm (equivalent to volume of 2ml), the largest one occupied most of the mammary gland, equivalent to a volume of 540ml. Bacterial culture results showed that 84,8% of cases were methicillin-resistant staphylococcus aureus. The average number of aspirations was 2. The average treatment length was 16 days. Success rate was 91,2% and in these cases, 4 patients (9,3%) had galactocele complication after treatment. 3 cases (8,8%) were converted to the traditional incision and drainage.

Conclusion: Ultrasound- guided needle aspiration is an effective and minimally invasive treatment option for lactating breast abscess with a high rate of success and good cosmetic results.

Keywords: *lactating breast abscess, ultrasound- guided needle aspiration.*

* Trường Đại học Y Hà Nội

** Trung tâm Điện quang Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe vú là tình trạng tụ mủ khu trú ở trong tuyến vú, thường là do biến chứng của viêm vú. Áp xe vú hay gặp ở phụ nữ 18 - 50 tuổi, được chia thành áp xe vú ở phụ nữ cho con bú và áp xe vú ở phụ nữ không cho con bú, trong đó tỉ lệ áp xe vú ở phụ nữ cho con bú là 0,4 - 11% [1], [2]. Nguyên nhân của phần lớn các ổ áp xe vú là do nhiễm trùng từ da, với tác nhân chủ yếu là tụ cầu vàng. Mặc dù áp xe vú ít gặp ở các nước phát triển thì nó vẫn là một vấn đề của phụ nữ ở các nước đang phát triển, liên quan đến dinh dưỡng, vệ sinh cho bà mẹ, chất lượng cuộc sống, việc sử dụng kháng sinh muện và không có hiệu quả [3].

Áp xe vú nếu điều trị không tốt có thể gây nên các biến chứng: nhiễm trùng tái phát, dò ống dẫn sữa, dò sữa, để lại sẹo mất thẩm mỹ sau điều trị. Điều trị áp xe tuyến vú luôn là một thử thách, ngoài mục đích lớn là lui bệnh, còn cần hướng đến mục tiêu đảm bảo tính thẩm mỹ, bảo tồn chức năng tuyến vú. Phương pháp điều trị truyền thống là chích rạch ổ áp xe hiện vẫn được áp dụng phổ biến, tuy nhiên có những nhược điểm như thời gian lành vết thương dài, ảnh hưởng đến tiết sữa và để lại sẹo xấu gây hiệu quả thẩm mỹ kém, ngoài ra có thể cần tiền mê hoặc gây mê toàn thân [4]. Điều trị phẫu thuật chích rạch ổ áp xe kết hợp với liệu pháp kháng sinh vẫn có tỉ lệ áp xe vú tái phát khoảng 10-38% [3].

Chọc hút ổ áp xe bằng kim dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp can thiệp tối thiểu đã được đề cập đến từ những năm 90 và hiện nay đã có nhiều nghiên cứu khác nhau chứng minh hiệu quả điều trị thành công và có nhiều ưu điểm như tính an toàn, đạt thẩm mỹ cao vì không để lại sẹo và chi phí điều trị thấp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả kết quả điều trị của phương pháp chọc hút áp xe tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm ở phụ nữ cho con bú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, được thực hiện tại trung tâm Điện quang, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2020 đến 1/2021.

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm các bệnh nhân đang cho con bú có ổ áp xe tuyến vú đã dịch hóa một phần hoặc hoàn toàn, da vùng mô vú bị áp xe không bị tổn thương. Các trường hợp áp xe

tuyến vú mạn tính, tái phát nhiều lần hoặc có da vùng ổ áp xe bị hoại tử được loại khỏi nghiên cứu.

Các bước nghiên cứu:

Siêu âm tổn thương, đánh giá tính chất ổ áp xe, đo kích thước, xác định vị trí chọc kim.

Thực hiện thủ thuật chọc hút ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm: thủ thuật được tiến hành bởi 1 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm can thiệp trên 5 năm và 1 bác sĩ phụ, 1 điều dưỡng hoặc kĩ thuật viên phòng can thiệp.

Sát khuẩn, gây tê tại chỗ vị trí chọc kim.

Chọc kim luồn kích thước 18G đến 14G qua da vào trung tâm ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm.

Tiến hành hút dịch ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm, hút tới đa lượng dịch có thể, bệnh phẩm mủ gửi nuôi cấy định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ.

Trong trường hợp ổ áp xe đã khu trú, dịch hóa hoàn toàn, có vỏ rõ, tiến hành bơm rửa ổ áp xe nhiều lần bằng dung dịch nước muối sinh lý. Bơm rửa được thực hiện cho tới khi mủ được hút ra hết và dịch rửa sạch.

Bệnh nhân được dùng kháng sinh đường uống, cho tới khi có kháng sinh đồ sẽ chỉ định kháng sinh theo kết quả nuôi cấy.

Theo dõi bệnh nhân sau chọc hút lần đầu

Khám lại lần 1 sau 4 - 5 ngày, bao gồm khám lâm sàng, siêu âm kiểm tra ổ áp xe. Thủ thuật được thực hiện lặp lại nếu còn ổ áp xe. Bệnh nhân được theo dõi khám lại cho đến khi kết thúc quá trình điều trị.

Bệnh nhân được đánh giá là khỏi bệnh khi về mặt lâm sàng bệnh nhân không còn triệu chứng (sưng, đau, đỏ da, sốt) và không còn ổ áp xe trên siêu âm.

Điều trị không đáp ứng khi tình trạng viêm không giảm trên lâm sàng và xét nghiệm, vùng da trên ổ áp xe hoại tử, hoặc sau chọc hút 3 - 5 lần mà ổ áp xe không thuyên giảm.

Phân tích số liệu: thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu thống nhất gồm các thông tin về đặc điểm hình ảnh ổ áp xe trên siêu âm, số lượng dịch mủ hút ra, kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch mủ, số lần lặp lại thủ thuật và các biến chứng sau điều trị. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 bệnh nhân nữ đang cho con bú với 46 ổ áp xe được điều trị áp xe tuyến vú bằng phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, có kết hợp với kháng sinh đường uống.

Bảng 1. Phân bố đặc điểm hình ảnh trên siêu âm của áp xe vú (n=46)

Đặc điểm		N	Tỉ lệ (%)
Kích thước	≤ 3 cm	27	58,7
	3-5cm	10	21,7
	≥ 5cm	9	19,6
Âm vang	Không đồng nhất	40	87,0
	Đồng nhất	6	13,0
Vỏ	Có	11	23,9
	Không có	35	76,1
Có vách	Có	8	17,4
	Không có	38	82,6

Nhận xét:

- Các ổ áp xe kích thước nhỏ hơn 3cm chiếm đa số 27/46 trường hợp (58,7%), chỉ có 9/46 trường hợp ổ áp xe trên 5cm.

- Phần lớn các ổ áp xe có độ hồi âm không đồng nhất (87,0%), không có vỏ (76,1%) và không có vách (82,6%).

Bảng 2. Kết quả nuôi cấy bệnh phẩm mủ (n=46)

Tên vi khuẩn	N	Tỉ lệ (%)
Tụ cầu vàng	1	2,2
Tụ cầu vàng kháng Methicillin	39	84,8
Vi khuẩn khác	2	4,3
Âm tính	4	8,7

Nhận xét: Vi khuẩn thường gặp là tụ cầu vàng, trong đó 84.8% là tụ cầu vàng kháng Methicilin. Có 8,7% các trường hợp có kết quả âm tính khi nuôi cấy bệnh phẩm từ ổ áp xe.

Bảng 3. Số lần chọc hút trên mỗi ổ áp xe điều trị khỏi (n=43)

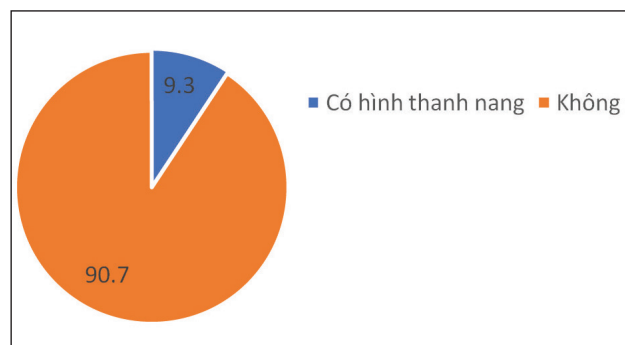
Số lần chọc hút	N	Tỉ lệ (%)
1	15	34,9
2	13	30,2
3	10	23,3
4	3	7,0
5	2	4,7

Nhận xét: Số lần tiến hành thủ thuật chọc hút cho mỗi ổ áp xe dao động từ 1 đến 5 lần, trong đó đa số các ổ áp xe được thực hiện 1, 2 hoặc 3 lần với tỉ lệ lần lượt là 34,9%, 30,2% và 23,3%.

Bảng 4. Hiệu quả điều trị của phương pháp chọc hút ổ áp xe tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm (n=34)

	N	Tỉ lệ (%)
Khỏi bệnh	31	91,2
Chuyển ngoại khoa	3	8,8

Nhận xét: Có 31/34 bệnh nhân được đánh giá khỏi bệnh trong nghiên cứu (chiếm 91.2%).



Biểu đồ 1. Tỉ lệ biến chứng, di chứng sau điều trị (n=43)

Nhận xét: Trong số 43 ổ áp xe được điều trị thành công với phương pháp chọc hút dưới siêu âm, theo dõi sau kết thúc điều trị 1 tháng, có 4/43 (chiếm 9,3%) trường hợp có di chứng hình thành nang sữa. Không ghi nhận các biến chứng khác (chảy máu, tụ dịch thanh huyết, dò sữa hay áp xe tái phát).

Bảng 5. Tương quan giữa kích thước ổ áp xe với số lần chọc hút với số ngày điều trị (n=43)

	Kích thước ổ áp xe			Tinh trung bình
	<3cm	3- 5cm	> 5cm	
Số lần chọc hút trung bình	2 lần	3 lần	3 lần	2 lần
Số ngày điều trị	15 ngày	16 ngày	19 ngày	16 ngày

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lần chọc hút ổ áp xe trung bình là 2 lần và số ngày điều trị trung bình là 16 ngày. Trong đó số ngày điều trị trung bình của các ổ áp xe trên 5 cm là dài nhất (19 ngày).

IV. BÀN LUẬN

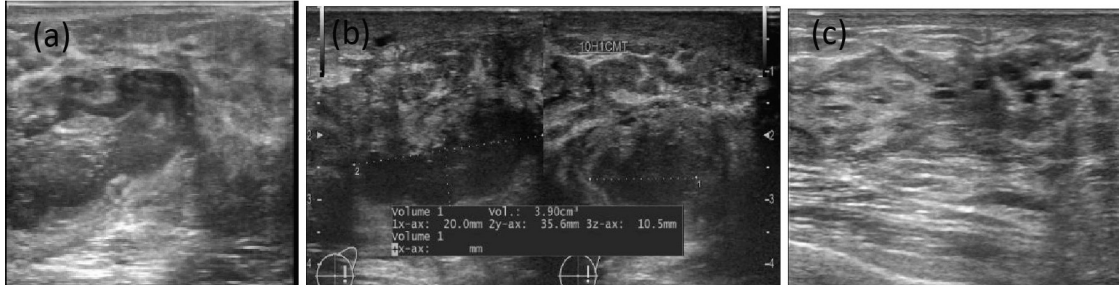
Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 34 bệnh nhân với 46 ổ áp xe với kích thước khác nhau. Hiện nay trên thế giới chưa có giới hạn kích thước cụ thể để áp dụng phương pháp này, phần lớn các nghiên cứu đã báo cáo khuyến cáo áp dụng cho các ổ áp xe nhỏ hơn 3cm hoặc 5cm^{5,6}. Trong nghiên cứu này chúng tôi không giới hạn về kích thước ổ áp xe, kích thước ổ áp xe nhỏ nhất là 13x24x14mm (tương đương thể tích 2ml), ổ lớn nhất chiếm gần hết tuyến vú (tương đương thể tích lúc hút ra là 540ml). Tỷ lệ ổ áp xe có kích thước nhỏ hơn 3cm là 58,7%, 3cm đến 5cm là 21,7% và lớn hơn 5cm là 19,6%. Phần lớn các ổ áp xe trong nghiên cứu độ hồi âm không đồng nhất (87%), không có vỏ (76,1%) và không có ngách (82,6%), tức là ở giai đoạn sớm của ổ áp xe khi ổ áp xe mới dịch hóa, điều đó thể hiện khả năng tiếp cận điều trị tại chỗ sớm và kịp thời của phương pháp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả nuôi cấy vi khuẩn có 84,8% trường hợp được định danh là tụ cầu vàng kháng Methicillin (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus-MRSA). Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ ổ áp xe vú do MRSA là 50,8% theo N. Lodhi, 63% theo P.Berens và 43,8% theo P.Reddy [7], [9]. Có thể thấy rằng, tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng

cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trên thế giới và tỷ lệ này giúp đưa ra khuyến nghị chiến lược lựa chọn kháng sinh khi chẩn đoán viêm vú hoặc ổ áp xe vú nghi ngờ do tụ cầu vàng kháng thuốc có thể bắt đầu với trimethoprim-sulfamethoxazole hoặc clindamycin [2].

Tỷ lệ điều trị khỏi của nghiên cứu là 91,2%, trong đó với các ổ áp xe nhỏ hơn 5cm tỷ lệ khỏi là 100% và trên 5cm là 66,67%. Kết quả này cũng phù hợp với Yehia G. Abosayed và cộng sự khi nghiên cứu 84 bệnh nhân có kích thước ổ áp xe nhỏ hơn 7cm là 94%, và Jennifer G. Martin là 100% đối với ổ áp xe kích thước nhỏ hơn 5 cm và 75% với ổ áp xe kích thước lớn hơn 5 cm [10], [11]. Số lần chọc hút ổ áp xe phụ thuộc vào kích thước, mức độ dịch hóa của ổ áp xe, liệu pháp kháng sinh kết hợp và các phương pháp đã điều trị trước đó. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, số lần tiến hành thủ thuật chọc hút trên một ổ áp xe nhiều nhất là 5 lần và ít nhất là 1 lần, trong đó 34,9 % bệnh nhân chọc hút 1 lần, 30,2% bệnh nhân chọc hút 2 lần, 23,3% bệnh nhân chọc hút 3 lần, 7% bệnh nhân chọc hút 4 lần và 4,7% bệnh nhân chọc hút 5 lần, thời gian điều trị trung bình là 16 ngày. Số lần chọc hút và thời gian điều trị này cao hơn so với các nghiên cứu trên thế giới, theo W.I.Sheih và cộng sự nghiên cứu trên 30 bệnh nhân trong đó có 5 bệnh nhân thất bại với chọc hút thì có 52% bệnh nhân chỉ chọc hút 1 lần, 28% bệnh nhân chọc hút 2 lần, 16% bệnh nhân chọc hút 3 lần và 4% bệnh nhân chọc hút 4 lần [12].

Sự khác biệt trên có thể được giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi có một số bệnh nhân trước khi được thực hiện thủ thuật chọc hút ổ áp xe dưới siêu âm đã điều trị một thời gian dài ở các cơ sở y tế trước đó và sử dụng nhiều loại kháng sinh không hiệu quả. Các trường hợp phải chuyển điều trị bằng phương pháp chích rạch và dẫn lưu (3 bệnh nhân tương ứng tỷ lệ 8,8%) đều là các ổ áp xe kích thước lớn hơn 5cm. Từ các trường hợp này, chúng tôi nhận thấy một trong những yếu tố dẫn tới việc thất bại trong điều trị bằng phương pháp chọc hút ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm là ổ áp xe kích thước lớn kèm theo vùng da mô vú tổn thương mỏng, sau đó ổ áp xe bị vỡ ra da hoặc trường hợp ổ áp xe thông với ống dẫn sữa nhưng không phối hợp cắt sữa, dẫn đến việc chọc hút không có hiệu quả.



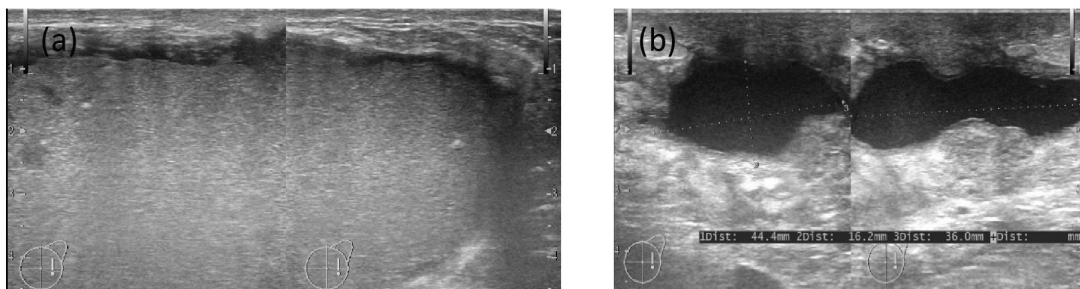
Hình 1. Hình ảnh siêu âm ổ áp xe điều trị khỏi bằng phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. (a) - hình ảnh ổ áp xe lúc vào viện của bệnh nhân nữ 29 tuổi đang cho con bú, đau vú trái: ổ áp xe vú trái đã dịch hóa. Chọc hút được 13ml dịch mủ xanh, kết quả nuôi cấy là tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA). Bệnh nhân được chọc hút 2 lần và điều trị theo kháng sinh đồ. (b) - hình ảnh siêu âm sau lần chọc hút thứ nhất 7 ngày: ổ áp xe giảm kích thước. (c) - hình ảnh siêu âm sau lần chọc hút thứ hai 3 tuần: không còn tồn tại ổ áp xe.



Hình 2. Hình ảnh siêu âm ổ áp xe vú không đáp ứng với phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm. (a) - hình ảnh lúc vào viện của bệnh nhân nữ 28 tuổi, sau sinh 1 tháng, sưng nóng đau vú phải: ổ áp xe vú phải đã dịch hóa và tạo vỏ rõ kích thước mm. Chọc hút ổ áp xe được 75ml dịch mủ màu vàng đặc, kết quả nuôi cấy là tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA). Bệnh nhân được chọc hút 3 lần nhưng không giảm kích thước, sau đó được chuyển chích rạch dẫn lưu ổ áp xe. (b) và (c) - hình ảnh sau lần chọc hút thứ nhất 5 ngày và sau lần chọc hút thứ hai 7 ngày: ổ áp xe không thay đổi đáng kể kích thước.

Tỷ lệ biến chứng sau điều trị chọc hút áp xe vú dưới hướng dẫn siêu âm theo các báo cáo quốc tế rất ít gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân có nang vú đơn thuần sau điều trị (chiếm 9,3%),

$\frac{3}{4}$ trường hợp này là những ổ áp xe có kích thước lớn hơn 5cm. Những trường hợp này sau điều trị theo dõi đều không thấy tái phát và được tư vấn có thể diệt nang sau khi ngừng cho con bú.



Hình 3. Hình ảnh minh họa biến chứng hình thành nang sữa sau khi điều trị khỏi. Hình (a) - hình ảnh siêu âm lúc vào viện của bệnh nhân nữ 25 tuổi sau sinh 1 tháng sưng đau kèm đỏ da vú trái: ổ áp xe vú trái có vỏ, kích thước 147mm. Thể tích hút lần đầu được 540ml, kết quả nuôi cấy là methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). (b) - hình ảnh siêu âm kiểm tra lại sau chọc hút 5 lần và điều trị kháng sinh 24 ngày: mô vú hết viêm, còn lại nang kích thước 15x44mm.

Việc thực hiện dẫn lưu sữa trong quá trình điều trị viêm, áp xe vú rất quan trọng và cần phải thực hiện đồng thời với các phương pháp điều trị áp xe tuyến vú. Ngoài tác dụng hỗ trợ làm giảm tình trạng nhiễm trùng, dẫn lưu sữa còn làm giảm căng tức sữa, giảm khó chịu cho bệnh nhân, đồng thời duy trì được quá trình tiết sữa trong quá trình điều trị. Vì vậy, bệnh nhân được khuyến khích cho con bú khi có viêm hay áp xe vú, ngay cả trong quá trình điều trị, miễn là kháng sinh đang dùng được phép cho con bú [13].

Với phương pháp chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm, trong trường hợp kháng sinh không có chống chỉ định cho phụ nữ cho con bú, bệnh nhân hoàn toàn có thể cho con bú trong quá trình điều trị. Đối với trường hợp bệnh nhân phải dùng kháng sinh chống chỉ định cho con bú thì trong quá trình điều trị bệnh nhân cần dẫn lưu sữa bằng tay hoặc máy hút sữa, sau khi điều trị, dùng thuốc kháng sinh bệnh nhân có thể cho con bú lại ngay. Các trường hợp da đầu vú bị viêm, khiến bệnh nhân rất đau và không có khả năng cho bú, cần ngừng cho bú và xem xét sử

dụng thuốc cắt sữa. Việc sử dụng thuốc cắt sữa cần được sự tư vấn và theo dõi bởi bác sĩ chuyên khoa nội tiết hoặc sản khoa. Có 4 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định dùng thuốc cắt sữa, tuy nhiên trong đó có 1 bệnh nhân không đồng ý cắt sữa và tình trạng ổ áp xe tiến triển, không cải thiện, đã được chuyển sang điều trị bằng phương pháp chích rạch và dẫn lưu.

V. KẾT LUẬN

Chọc hút ổ áp xe tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, an toàn, dễ thực hiện, kết hợp với liệu pháp kháng sinh theo kháng sinh đồ giúp có chiến lược điều trị dứt điểm các trường hợp áp xe vú, tránh tình trạng kháng kháng sinh, hạn chế ảnh hưởng tới khả năng tiết sữa, giảm đau đớn cho người bệnh và đạt hiệu quả thẩm mỹ tốt. Nghiên cứu khuyến nghị nên can thiệp chọc hút ổ áp xe tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm ở phụ nữ đang cho con bú sớm khi tạo thành ổ áp xe kết hợp liệu pháp kháng sinh theo kháng sinh đồ để tăng hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rizzo M, Gabram S, Staley C, et al. Management of breast abscesses in nonlactating women. *Am Surg*. 2010;76 (3): 292-295.
2. Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices. *Eur J Breast Health*. 2018;14 (3):136-143. doi:10.5152/ejbh.2018.3871
3. Watt-Boolsen S, Rasmussen NR, Blichert-Toft M. Primary periareolar abscess in the nonlactating breast: risk of recurrence. *Am J Surg*. 1987;153 (6): 571-573. doi:10.1016/0002-9610(87)90158-9
4. Benson EA. Management of breast abscesses. *World J Surg*. 1989;13(6):753-756. doi:10.1007/BF01658428
5. Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. *Breast Edinb Scotl*. 2005;14 (5): 375-379. doi:10.1016/j.breast.2004.12.001
6. Ulitzsch D, Nyman MKG, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology*. 2004;232 (3): 904-909. doi:10.1148/radiol.2323030582
7. Lodhi N, Khurshaidi N, Soomro R, Saleem M, Rahman SS ur, Anwar S. "Is our choice of empirical antibiotics appropriate for patients with methicillin resistant Staphylococcus aureus in breast abscess?" *Iran J Microbiol*. 2018;10 (6): 348-353.
8. Berens P, Swaim L, Peterson B. Incidence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in postpartum breast abscesses. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. 2010;5 (3): 113-115. doi:10.1089/bfm.2009.0030
9. Reddy P, Qi C, Zembower T, Noskin GA, Bolon M. Postpartum mastitis and community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *Emerg Infect Dis*. 2007;13 (2): 298-301. doi:10.3201/eid1302.060989

10. Abosayed YG, Gonna AM, Warraki M. ASSESSMENT OF ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF ACUTE BREAST ABSCESES: A CLINICAL PROSPECTIVE STUDY. 2015;13 (2):4.
 11. Martin JG. Breast Abscess in Lactation. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54 (2):150-151. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.015
 12. Comparison of Multiple Needle Aspirations and Open Surgical Drainage in Management of Breast Abscess | Journal of Rawalpindi Medical College. Accessed May 1, 2021. <https://www.journalrmc.com/index.php/JRMC/article/view/740>
 13. CMECMC. Lactational Breast Abscess. *Current Medical Issues Journal*. Published August 5, 2016. Accessed August 7, 2021. <https://cmijournal.wordpress.com/2016/08/05/lactational-breast-abscess/>
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị của phương pháp chọc hút ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị áp xe tuyến vú ở bệnh nhân nữ đang cho con bú.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên các bệnh nhân đang cho con bú bị áp xe tuyến vú được điều trị chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm Điện quang, bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 1 năm 2021.

Kết quả: Phân tích 34 bệnh nhân đang cho con bú với 46 ổ áp xe vú cho thấy, phần lớn các ổ áp xe chưa tạo vỏ, độ hồi âm không đồng nhất và kích thước nhỏ hơn 5cm. Ổ áp xe nhỏ nhất có kích thước 13x24x14mm (tương đương lượng dịch hút ra được 2ml) và ổ áp xe lớn nhất chiếm gần toàn bộ tuyến vú (tương đương lượng dịch hút ra là 540ml). Kết quả nuôi cấy dịch mủ ổ áp xe có 84,8% là tụ cầu vàng kháng Methicillin. Số lần chọc hút trung bình là 2 lần và thời gian điều trị trung bình là 16 ngày. Tỷ lệ thành công là 91,2%, trong đó có 4 bệnh nhân (chiếm 9,3%) có di chứng nang sữa sau điều trị. Có 3 trường hợp (chiếm 8,8%) phải chuyển phẫu thuật chích rạch.

Kết luận: Chọc hút ổ áp xe tuyến vú dưới hướng dẫn siêu âm ở đối tượng bệnh nhân đang cho con bú là thủ thuật xâm lấn tối thiểu và đạt tỷ lệ khỏi cao 91,2%.

Từ khóa: *áp xe vú, chọc hút, cho con bú*

Người liên hệ: Trần Thị Đỗ Quyên. Email: doquyen.hk95@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/08/2021. Ngày gửi phản biện: 07/09/2021. Ngày nhận phản biện: 12/09/2021.

Ngày chấp nhận đăng: 20/09/2021.