

- Leader JB, Hartzel DN, KirchnerHL, Manus JNA, James N, Ayar Z, Gladding P, Good CW, Cleland JGF, Fornwalt BK,** "Routinely reported ejection fraction and mortality in clinical practice: where does the nadir of risk lie?," *Eur Heart J*, no. 41, pp. 1249-1257, 2020.
- Hoàng Văn Sỹ, Triệu Khánh Vịnh, Trương Phi Hùng, Lý Văn Chiêu, Nguyễn Trí Thức,** ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN CQ BIÊN CỐ TỰ VONG VÀ TÁI NHẬP VIỆN 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN, HCM: Tạp chí Y Học Việt Nam, 2023.
 - "Short-term intravenous milrinone for acute exacerbation of chronic heart failure: a randomized controlled trial,"** *JAMA*, no. 287, pp. 1541 - 8, 2002.
 - Kirkwood F. Adams, Jr, Gregg C. Fonarow, Charles L. Emerman, Thierry H. LeJemtel et al,** "Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE)," *American Heart Journal*, no. 149, pp. 209-16, 2005.
 - "Clinical risk prediction model for 30-day all-cause rehospitalisation or mortality in patients hospitalised with heart failure,"** *Int J Cardiol*, no. 350, pp. 69-76, 2022.
 - Nguyễn Hữu Nghĩa, Nguyễn Thị Diễm,** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ," *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, no. 93, pp. 158-164, 2021.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CĂN NGUYÊN VI KHUẨN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH - BỆNH VIỆN E

Vũ Phương Nga¹, Nguyễn Công Hựu¹, Tạ Thị Diệu Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên gây bệnh và biến chứng của Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 84 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị VNTMNK tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E từ tháng 01/2019 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Có 52,4% VNTMNK xảy ra trên van tự nhiên và 27,4% trên van nhân tạo. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp là sốt (90,5%), tiếng thổi tại tim (82,1%), khó thở (50%), đau ngực (44%). Có 96,4% bệnh nhân phát hiện thấy khối sùi trên siêu âm tim qua thành ngực và qua thực quản. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 37 ca (44%) gồm Streptococcus (22 ca; 59,5%), Staphylococcus (10 ca; 27%), Enterococcus (4 ca; 10,8%), Enterobacter (1 ca; 2,7%). Các biến chứng trong quá trình điều trị gồm: hở van tim do sùi (72,6%), suy tim cấp (50%), đứt dây chằng van tim (26,2%), nhồi máu não (11,9%), tắc mạch chi (9,5%), xuất huyết não (6%), nhồi máu lách (6%). Tỷ lệ bệnh nhân nặng xin về là 4,8%. **Kết luận:** Tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E, VNTMNK thường gặp trên van tim tự nhiên với căn nguyên hay gặp nhất là Streptococcus và Staphylococcus. Các biến chứng gặp với tỷ lệ cao nhất là hở van tim do sùi, suy tim cấp và tắc mạch. Xuất huyết não là biến chứng gặp với tỷ lệ thấp nhưng lại là biến chứng nặng, nguy

cơ tử vong cao. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các biến chứng có thể cứu sống được bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, căn nguyên, biến chứng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ETIOLOGIES AND COMPLICATIONS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS AT THE CARDIOLOGY CENTER OF E HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, etiology, and complications of infective endocarditis (IE) at the Cardiology Center of E Hospital. **Material and methods:** A retrospective cross-sectional study of 84 patients who was diagnosed of IE and treated at the Cardiology Center of E Hospital from January 2019 to March 2024. **Result:** Infective endocarditis on native valves and on prosthetic valves were 52.4% and 27.4% respectively. Common clinical presentations were fever (90.5%), cardiac murmurs (82.1%), shortness of breath (50%) and chest pain (44%). Vegetations were detected in 96.4% of patients on transthoracic and transesophageal echocardiography. Blood cultures were positive in 37 cases (44%), including Streptococcus (22 cases; 59.5%), Staphylococcus (10 cases; 27%), Enterococcus (4 cases, 10.8%), Enterobacter (1 cases; 2.7%). Complications included valvular regurgitation due to vegetations (72.6%), acute heart failure (50%), ruptured chordae tendineae (26.2%), cerebral infarction (11.9%), limb embolism (9.5%), cerebral hemorrhage (6%), and splenic infarction (6%). The proportion of serious illness patients who could not be cured was 4.8%. **Conclusion:** At the Cardiology Center of E Hospital, infective endocarditis was most commonly in native valves with Streptococcus and Staphylococcus

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

as the most common pathogens. Complications with the highest proportion were valvular regurgitation due to vegetations, acute heart failure, embolism. Cerebral hemorrhage was a complication with a low proportion but was serious with high risk of mortality. Early detection and appropriate treatment of these complications can be lifesaving. **Keywords:** Infective endocarditis, etiologies, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) là bệnh lý nhiễm trùng của lớp nội mạc của tim mà chủ yếu là van tim. Biểu hiện là các khối sùi, áp xe. Bệnh do vi khuẩn hoặc nấm gây ra. VNTMNK gây nhiều tổn thương tại tim và biến chứng ngoài tim. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao, có thể lên đến 30% trong 30 ngày đầu¹, dao động từ 18-25% trong 3 tháng đầu kể từ khi nhập viện².

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh VNTMNK. Tuy nhiên do sự thay đổi dịch tễ học theo khu vực và căn nguyên vi sinh vật gây bệnh, thay đổi về về tính nhạy cảm kháng sinh, cũng như những khó khăn trong chẩn đoán bệnh nên nghiên cứu về những vấn đề này vẫn rất cần thiết trong thực hành lâm sàng. Trong điều trị VNTMNK, việc phối hợp đa chuyên khoa là cần thiết, sẽ giúp bệnh nhân được theo dõi điều trị và quản lý tốt hơn. Nhóm chuyên gia đó được gợi ý bao gồm ít nhất có bác sỹ truyền nhiễm, chuyên gia về chẩn đoán hình ảnh, bác sỹ tim mạch nội khoa và ngoại khoa³.

Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E là một trong các cơ sở điều trị Tim mạch hàng đầu ở miền Bắc, đồng thời nằm trong bệnh viện đa khoa nên việc phối hợp đa chuyên khoa theo dõi điều trị bệnh nhân gặp nhiều thuận lợi. Trong những năm qua Trung tâm đã điều trị nhiều bệnh nhân mắc VNTMNK. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có các nghiên cứu nào về bệnh VNTMNK tại Trung tâm. Việc tổng kết các trường hợp VNTMNK tại Trung tâm là cần thiết, giúp cho các bác sỹ lâm sàng có thêm các thông tin về chẩn đoán và điều trị bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, căn nguyên gây bệnh và biến chứng bệnh VNTMNK tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện E trong giai đoạn 2019 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân được chẩn đoán VNTMNK điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E từ 01/2019 đến 31/03/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Dựa vào tiêu chuẩn của Duke cải tiến và sửa đổi theo ESC 2015³ lựa

chọn bệnh nhân được chẩn đoán “VNTMNK chắc chắn” và “có thể VNTMNK”:

+ “VNTMNK chắc chắn”: Khi có 2 tiêu chuẩn chính, hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ hoặc có đủ 5 tiêu chuẩn phụ

+ “Có thể VNTMNK”: khi có 1 tiêu chuẩn chính và 1 tiêu chuẩn phụ hoặc có 3 tiêu chuẩn phụ, đồng thời bệnh nhân được phẫu thuật và trong phẫu thuật được xác định có tổn thương sùi hoặc áp xe.

Trong đó, hai tiêu chuẩn chính gồm cấy máu dương tính với căn nguyên điển hình, bằng chứng hình ảnh tổn thương nội mạc trên siêu âm tim. Năm tiêu chuẩn phụ gồm: Bệnh tim tạo thuận lợi hoặc tiêm chích ma túy; Sốt > 38°C; Tổn thương mạch máu (tắc mạch hoặc xuất huyết nội sọ); Hiện tượng miễn dịch; Cấy máu dương tính nhưng không đủ tiêu chuẩn chính, bằng chứng huyết thanh học của nhiễm trùng đang hoạt động với các tác nhân gây VNTMNK.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án không có kết quả cấy máu, không đủ thông tin để lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu, người nhiễm HIV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không tính cỡ mẫu cho nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành: Hồi cứu các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, nhập trên phần mềm Redcap, gồm: (1) Nhân khẩu học, (2) Biểu hiện lâm sàng trước và trong khi điều trị, (3) Xét nghiệm cận lâm sàng, (4) Biến chứng trong khi điều trị (5) Kết cục khi ra viện

Kết cục khi ra viện gồm: tiến triển tốt và đủ tiêu chuẩn ra viện hoặc tiến triển nặng hơn và xin về, hoặc tiến triển tốt và chuyển tuyến.

- “Tiến triển tốt và ra viện” khi có đủ tiêu chuẩn: (1) hết sốt, (2) không có biến chứng đe dọa tính mạng hoặc tái phát biến chứng tại thời điểm ra viện, (3) siêu âm tim không có khối sùi hay áp xe, (4) xét nghiệm các chỉ số viêm về bình thường, (5) đủ thời gian dùng kháng sinh (tối thiểu 4 tuần với van tự nhiên và 6 tuần với van nhân tạo, trường hợp được phẫu thuật thời gian dùng kháng sinh sau mổ tối thiểu 2 tuần).

- “Tiến triển nặng hơn và xin về” khi bệnh nhân có biến chứng đe dọa tính mạng, không có khả năng cứu chữa, gia đình xin về.

- “Tiến triển tốt và chuyển tuyến” khi bệnh diễn biến thuận lợi, nhưng chưa đủ tiêu chuẩn ra viện ở trên, được chuyển tuyến dưới điều trị tiếp.

Nghiên cứu của chúng tôi không có kết cục

tử vong tại viện vì khi bệnh nhân diễn biến nặng nguy kịch đều được gia đình ký hồ sơ xin về.

Xử lý số liệu: Các số liệu số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định lượng được trình bày ở dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2024, có 84 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, gồm 47 bệnh nhân "VNTMNK chắc chắn" và 37 bệnh nhân "có thể VNTMNK". Tuổi trung bình là 45,6 ± 15,9 (từ 13 – 71 tuổi), có 58 nam (69%). Có 63 bệnh nhân (75%) chuyển từ bệnh viện khác đến, trong đó có 50 bệnh nhân đã được dùng kháng sinh trước khi nhập viện (59,5%).

Bảng 1: Tiền sử bệnh lý tim mạch và các yếu tố nguy cơ liên quan đến VNTMNK

Tiền sử	n (%)
Không có bệnh lý van tim hoặc tim bẩm sinh	44 (52,4)
Bệnh lý van tim	10 (11,9)
Bệnh tim bẩm sinh	7 (8,3)
Đã phẫu thuật thay van nhân tạo	23 (27,4)
Đã từng điều trị VNTMNK	1 (1,2)
Can thiệp thủ thuật răng miệng trong 3 tháng qua	4 (4,8)
Nhiễm trùng da mô mềm	5 (6)
Tiêm chích ma túy	1 (1,2)
Chạy thận nhân tạo	1 (1,2)

Nhận xét: Có 27,4% bệnh nhân tiền sử được phẫu thuật thay van nhân tạo; 52,4% không có tiền sử bệnh lý van tim hay tim bẩm sinh trước đó. 7 bệnh nhân có bệnh lý tim bẩm sinh, gồm 4 thông liên thất, 2 thông liên nhĩ, 1 Ebstein type V.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện

Đặc điểm	Kết quả
Sốt > 38°C, n (%)	76 (90,5)
Sốt trên 14 ngày, n (%)	55 (65,5)
Khó thở, n (%)	42 (50)
Đau ngực, n (%)	37 (44)
Tiếng thổi tại tim, n (%)	69 (82,1)
Lách to, n (%)	7 (8,3)
Gan to, n (%)	4 (4,8)
Cấy máu dương tính, n (%)	37 (44)
Có sùi trên siêu âm tim, n (%)	81 (96,4)
Có áp xe trên siêu âm tim, n (%)	12 (14,3)
Số lượng Bạch Cầu (G/L), X + SD	12,2 ± 4,7
CRP hs (mg/dL), X + SD, (n=39)	44,7 ± 30,04
PCT (ng/mL), Median (IQR) (n=52)	0,22 (0,12-0,55)

Số lượng Hồng cầu (T/L), X + SD	3,84 ± 0,71
HGB (g/L), X + SD	102,9 ± 17,1

Nhận xét: Sốt và tiếng thổi tại tim là triệu chứng thường gặp nhất. Có 65,5% có sốt kéo dài trên 14 ngày. Tỷ lệ phát hiện sùi qua siêu âm tim là 96,4%.

Bảng 3: Đặc điểm khối sùi và áp xe trên siêu âm tim

Đặc điểm	n (%)	
Kích thước khối sùi lớn nhất (n=81)	< 10mm	33 (40,7)
	≥ 10mm	48 (59,4)
Tính di động của khối sùi (n=81)	Có	31 (36,9)
	Không	53 (63,1)
Vị trí khối sùi (n=81)	Van hai lá đơn thuần	40 (49,4)
	Van Động mạch chủ đơn thuần	20 (24,7)
	Van Ba lá đơn thuần	7 (8,6)
	Van Hai lá, van ĐMC	10 (12,3)
	Van ĐMC, lỗ thông liên thất	2 (2,4)
	Van Hai lá, van Ba lá	1 (1,2)
Vị trí áp xe quanh van (n=12)	Van Động mạch chủ	11 (91,7)
	Van Hai lá	1 (8,3)

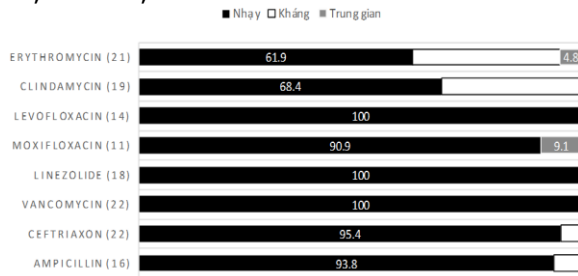
Nhận xét: Có 59,4% có khối sùi lớn kích thước ≥ 10mm; 36,9% khối sùi có tính di động. Khối sùi được tìm thấy ở nhiều vị trí, hay gặp nhất là sùi van hai lá, tiếp theo đến sùi van động mạch chủ. Có 17,1% bệnh nhân đồng thời sùi ở nhiều vị trí van.

Bảng 4: Tỷ lệ vi khuẩn phân lập được trong số bệnh nhân cấy máu dương tính.

Căn nguyên	Số lượng (%) (n=37)
Streptococcus	22 (59,5)
Streptococcus viridians	5
Streptococcus anginosus	4
Streptococcus thoraltensis	4
Streptococcus gordonii	2
Streptococcus spp	2
Streptococcus constellarius	1
Streptococcus gallolyticus	1
Streptococcus pasteurianus	1
Streptococcus pyogenes	1
Streptococcus sanguinis	1
Staphylococcus	10 (27)
Staphylococcus aureus MRSA	4
Staphylococcus aureus MSSA	2
Staphylococcus argenteus	1
Staphylococcus coagulase negative	1
Staphylococcus epidermidis	1

Staphylococcus warneri	1
Enterococcus faecalis	4 (10,8)
Enterobacter cloace	1 (2,7)

Nhận xét: Có 37 ca cấy máu dương tính. Trong đó căn nguyên phân lập được nhiều nhất là Streptococcus, tiếp đó là Staphylococcus. Enterococcus và Enterobacter chiếm lần lượt là 10,8% và 2,7%.



Biểu đồ 1: Kháng sinh đồ của Streptococcus (n=22)

Nhận xét: Streptococcus nhạy 100% với vancomycin, linezolid, levofloxacin; nhạy với ampicillin (93,8%), ceftriaxon (95,4%), moxifloxacin (90,9%). Tính nhạy cảm giảm với clindamycin (68,4%), erythromycin (61,9%).

Bảng 5: Các biến chứng và kết cục khi xuất viện

Biểu hiện	n (%) (n=84)
Biến chứng tại tim	
Suy tim cấp	42 (50)
Hở van tim do sùi	61 (72,6)
Đứt dây chằng van tim	22 (26,2)
Thủng, rách lá van	15 (17,9)
Ổ giả phình van ĐMC	5 (6)
Thủng vách liên thất	2 (2,4)
Block nhĩ thất	2 (2,4)
Biến chứng tắc mạch	25 (29,8)
Nhồi máu não	10 (11,9)
Tắc mạch chi	8 (9,5)
Nhồi máu lách	5 (6)
Nhồi máu thận	3 (3,6)
Nhồi máu phổi	2 (2,4)
Nhồi máu mạc treo	2 (2,4)
Xuất huyết não	5 (6)
Sốc nhiễm khuẩn	1 (1,2)
Suy thận cấp lúc nhập viện	11 (13,1)
Kết cục	
Tiến triển tốt và đủ tiêu chuẩn ra viện	75 (89,3)
Tiến triển tốt và chuyển viện	4 (4,8)
Tiến triển nặng hơn và xin về	5 (6,0)

Nhận xét: Hai biến chứng tại tim thường gặp nhất là hở van tim do sùi (71,4%) và suy tim cấp (50%), tiếp theo đến đứt dây chằng van

tim (26,2%) và thủng rách lá van (17,9%). Biến chứng ngoài tim hay gặp nhất là tắc mạch (25%), trong đó nhồi máu não và tắc mạch chi hay gặp hơn. Có 11 bệnh nhân (13,1%) có suy thận cấp tại thời điểm nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong VNTMNK là sốt (90,5%), có tiếng thổi tại tim (82,1%). Đây là hai triệu chứng chính giúp lâm sàng định hướng đến viêm nội tâm mạc. Ngoài ra, các triệu chứng khác cũng gặp với tỷ lệ cao: 50% khó thở, 44% đau ngực. Wang và cs cho thấy, trong VNTMNK sốt là triệu chứng phổ biến nhất (86%-96%), tỷ lệ phát hiện tiếng thổi tại tim là 68%⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 65,5% bệnh nhân có sốt kéo dài trên 14 ngày. Nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai (2012 – 2017) ghi nhận tỷ lệ sốt kéo dài trên 14 ngày chiếm 42,8%⁵.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được siêu âm tim qua thành ngực. Có 31% bệnh nhân được siêu âm tim qua thực quản do nghi ngờ có khối sùi trên siêu âm tim qua thành ngực, hoặc do cần đánh giá chi tiết hơn về khối sùi, áp xe và các tổn thương tim. Theo Habib, độ đặc hiệu của siêu âm tim qua thành ngực và qua thực quản khoảng 90%. Độ nhạy của siêu âm tim qua thành ngực trên van tự nhiên và van nhân tạo lần lượt là 70% và 50%. Siêu âm tim qua thực quản có độ nhạy trên van tự nhiên là 96%, van nhân tạo là 92%³. Tỷ lệ phát hiện khối sùi qua siêu âm thành ngực và thực quản trong nghiên cứu của chúng tôi là 96,4%, sùi chủ yếu ở van hai lá và van động mạch chủ, tỷ lệ áp xe quanh van là 14,3%. Theo nghiên cứu của Murdoch, vị trí hay gặp nhất của khối sùi và áp xe là van hai lá (41,1%) và van động mạch chủ (37,6%)⁶. Theo Habib, áp xe quanh van hay gặp nhất ở van động mạch chủ (10 – 40% van tự nhiên, 56 – 100% van nhân tạo)³. Có 59,4% bệnh nhân trong nghiên cứu có khối sùi lớn nhất với kích thước ≥ 10mm; 36,9% các khối sùi có tính di động. Khối sùi lớn >10 mm và có tính di động là yếu tố nguy cơ gây tắc mạch³. Điều này có thể giải thích biến chứng tắc mạch chiếm gần một phần ba số bệnh nhân (29,8%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Tắc mạch gặp ở nhiều vị trí khác nhau: nhồi máu não (11,9%), tắc mạch chi (9,5%), nhồi máu lách (6%), nhồi máu thận (3,6%), nhồi máu phổi (2,4%), nhồi máu mạc treo (2,4%). Nghiên cứu của Habib cho thấy biến chứng tắc mạch xảy ra 20-50% bệnh nhân VNTMNK³. Nhồi máu não, tắc mạch chi và các tạng trong ổ bụng hay gặp có thể liên quan đến

khối sùi ở động mạch chủ di chuyển đến các cơ quan, đây là một trong hai vị trí hay gặp nhất của khối sùi trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ cấy máu dương tính trong nghiên cứu là 44%, căn nguyên thường gặp nhất là Streptococcus (59,5%), Staphylococcus (27%), tiếp đó là Enterococcus (10,8%), Enterobacter (2,7%). Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện lớn ở Việt Nam. Tại bệnh viện Chợ Rẫy (2015-2018) 55,4% có cấy máu dương tính, Streptococcus đứng hàng đầu 62,2%, tiếp đó là S. aureus 22,4%, Enterococcus 6,1%, vi khuẩn gram âm 4,1%, nấm 1%⁷. Tại bệnh viện Bạch Mai (2012-2017), 29,45% cấy máu dương tính, S. aureus chiếm 17,4%, kế tiếp là liên cầu với 2 chủng hay gặp là S. sanguinis (11,6%) và S. viridians (10,5%)⁵. Nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa Đà Nẵng (2009-2014) có tỷ lệ cấy máu dương tính là 63%, Streptococcus 33%, S. aureus 13%⁸. Tỷ lệ cấy máu dương tính trong các nghiên cứu tại Việt Nam còn thấp, có thể do bệnh nhân đã được dùng kháng sinh trước đó, cũng như hạn chế xét nghiệm vi sinh ở một số địa phương. Kết quả kháng sinh đồ cho thấy, 100% số chủng Streptococcus nhạy với vancomycin, linezolid, levofloxacin, ngoài ra ampicillin, ceftriaxon và moxifloxacin cũng còn nhạy với tỷ lệ cao, tương ứng là 93,8%; 95,4% và 90,9%. Với nhóm Staphylococcus và Enterococcus thì tất cả đều nhạy với vancomycin, linezolid. Enterobacter cloacae nhạy với các cephalosporin thế hệ 3, nhóm carbapenem, amikacin. Do đó kháng sinh sử dụng theo kinh nghiệm cho tất cả bệnh nhân VNTMNK nên dùng là vancomycin.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ biến chứng suy tim cấp trong VNTMNK là 50%. Tỷ lệ biến chứng suy tim trong nghiên cứu của Habib là 42 – 60%³, tại bệnh viện Bạch Mai là 55,48%⁵. Suy tim cấp chủ yếu do hở van động mạch chủ hoặc van hai lá nặng mới xuất hiện hoặc bị làm trầm trọng hơn. Hở van tim có thể do đứt dây chằng van tim, thủng hoặc rách lá van, nguyên nhân do sùi hoặc áp xe gây ra. Bàn thân khối sùi có thể cản trở việc đóng mở lá van dẫn đến hở van. Ngoài ra suy tim cấp cũng có thể do thủng tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng hở van tim, đứt dây chằng van tim, thủng rách lá van, thủng vách liên thất là phổ biến, dẫn đến một nửa số bệnh nhân có biến chứng suy tim.

Trong nghiên cứu này có 5 bệnh nhân có biến chứng xuất huyết não, trong đó có 1 ca xuất huyết não sau mổ. Đây có thể do biến chứng vỡ phình động mạch nhiễm trùng trong

não hoặc do dùng thuốc chống đông sau mổ thay van. Có 3 trong số 5 bệnh nhân có xuất huyết não diên rộng dẫn đến hôn mê sâu, nguy kịch. Mặc dù gặp với tỷ lệ thấp nhưng xuất huyết não là biến chứng rất nặng, làm tình trạng bệnh tiến triển xấu đi và là một trong những nguyên nhân gây tử vong của bệnh VNTMNK³.

Nghiên cứu có 4 bệnh nhân được chuyển viện về tuyến dưới điều trị tiếp sau khi được phẫu thuật thay van tim và tình trạng hậu phẫu ổn định. Đại đa số (89,3%) tiến triển tốt lên và đủ tiêu chuẩn ra viện.

V. KẾT LUẬN

Tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E, VNTMNK thường gặp trên van tim tự nhiên. Số kéo dài và tiếng thổi ở tim là triệu chứng hay gặp nhất. Streptococcus và Staphylococcus là hai vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất. Các biến chứng gặp với tỷ lệ cao nhất là hở van tim do sùi, suy tim cấp và tắc mạch. Xuất huyết não là biến chứng gặp với tỷ lệ thấp nhưng lại là biến chứng nặng, nguy cơ tử vong cao. Cần theo dõi phát hiện sớm biến chứng này để có biện pháp can thiệp điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rajani R, Klein JL.** Infective endocarditis: A contemporary update. Clin Med (Lond). 2020; 20(1): 31-35.
2. **Iung B, Duval X.** Infective endocarditis: innovations in the management of an old disease. Nat Rev Cardiol. 2019;16(10):623-635.
3. **Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al.** 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). European Heart Journal. 2015;36(44):3075-3128.
4. **Management Considerations in Infective Endocarditis: A Review | Infectious Diseases | JAMA | JAMA Network.** Accessed June 13, 2024.
5. **Nguyễn Thị Thu Hoài, Phạm Minh Tuấn, Trần Bá Hiếu.** Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai, 2012 - 2017. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2019;(87):48-54.
6. **Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al.** Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. Arch Intern Med. 2009;169(5):463-473.
7. **Hoàng NN, Duy TC, Sỹ HV.** Mối liên quan giữa đặc điểm vi sinh và kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng. TC Tim mạch học VN. 2019;(88):61-68.
8. **Lai HD.** Nghiên cứu đặc điểm bệnh học viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đà Nẵng trong 5 năm (2009 - 2014). TC Tim mạch học VN. 2014;(68):105-111.

SO SÁNH ĐƯỜNG MỔ NGANG TRÊN XƯƠNG MU VÀ ĐƯỜNG MỔ ĐỌC GIỮA TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC VÀ CẮT TRƯỚC THẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Hữu Thịnh¹, Lê Minh Triết¹, Trần Thanh Sang¹,
Trần Đức Huy¹, Lê Trung Kiên¹,
Lê Trịnh Ngọc An¹, Phạm Ngọc Trường Vinh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Mục tiêu của nghiên cứu là so sánh mức độ đau sau mổ, tỉ lệ các biến chứng liên quan đến vết mổ của đường mổ ngang trên xương mu và đường mổ dọc giữa trong phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Có 186 trường hợp phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp từ 01/2019 đến 08/2021, chia làm hai nhóm đường mổ ngang trên xương mu (n=76) và đường mổ dọc giữa (n=110). Mức độ đau sau mổ, tỉ lệ các biến chứng liên quan đến vết mổ được so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Qua thời gian theo dõi trung vị là 47 tháng, đường mổ ngang trên xương mu làm giảm đáng kể tỉ lệ thoát vị vết mổ so với đường mổ dọc giữa (0% so với 8,1%). Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, mức độ đau sau mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. **Kết luận:** Đường mổ ngang trên xương mu làm giảm đáng kể tỉ lệ thoát vị vết mổ so với đường mổ dọc giữa trong phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

Từ khóa: đường mổ ngang trên xương mu, đường mổ dọc giữa, phẫu thuật nội soi cắt trước, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp

SUMMARY

TRANSVERSE SUPRAPUBIC VERSUS PERIUMBILICAL INCISION IN LAPAROSCOPIC ANTERIOR AND LOW ANTERIOR RESECTION

Aims: The study aim was to compare the postoperative pain level, overall complications between transverse suprapubic and periumbilical incision in laparoscopic anterior and low anterior resection in colorectal cancer treatment. **Methods:** Retrospective cohort study. From 01/2019 to 8/2021, there were 186 patients, divided into two groups: transverse suprapubic incision (n = 86) and periumbilical incision (n=110). The postoperative pain level, overall complications were compared between two groups. **Results:** After a mean 47-month follow up period, the transverse suprapubic incision significantly lower the incisional hernia rate, as compared to the periumbilical incision (0% vs 8,1%). There was no difference in the postoperative pain level and incisional infection rate between two groups. **Conclusions:** The transverse

suprapubic incision significantly lower the incision infection rate, as compared to the periumbilical incision in laparoscopic anterior and low anterior resection. **Keywords:** transverse suprapubic incision, transverse suprapubic incision, laparoscopic anterior resection, laparoscopic low anterior resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị ung thư đại trực tràng là xu hướng tất yếu hiện nay. Trên thực tế, trong các phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng, bác sĩ phẫu thuật còn cần mở bụng đường nhỏ để thực hiện miệng nối và lấy bệnh phẩm. Trong đó, đường mở bụng dọc giữa dưới rốn thường được sử dụng nhiều nhất do vị trí dễ tiếp cận để thao tác trên đoạn đại trực tràng mang u. Tuy nhiên đường mổ này có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ cao (lên đến 22%) và tỉ lệ thoát vị vết mổ cao (lên đến 29%)¹. Trong vài thập niên gần đây, đường mổ ngang trên xương mu, ban đầu được áp dụng trong phẫu thuật sản phụ khoa, ngày càng được sử dụng nhiều hơn trong phẫu thuật đại trực tràng. Ưu điểm của đường mổ này là giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, giảm mức độ đau sau mổ và giảm tỉ lệ biến chứng thoát vị vết mổ¹⁻⁶. Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về đường mổ ngang trên xương mu trong phẫu thuật đại trực tràng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để so sánh giữa hai nhóm đường mổ dọc giữa và đường mổ ngang trên xương mu trong phẫu thuật cắt trước, cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

▪ Tiêu chuẩn chọn vào:

- Người bệnh ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 01/2019 đến 08/2021.

- Đường mở bụng dọc giữa quanh rốn hoặc đường ngang trên xương mu.

- Bệnh nhân tái khám theo lịch sau phẫu thuật, được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu lần cuối không quá 12 tháng tính từ thời điểm nghiên cứu.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thịnh

Email: thinh.nh@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024