

vách ngăn cao hơn trong khi Hamid và cộng sự<sup>13</sup> cho thấy có nhiều vách ngăn chiếm 10.8%.

Không thể lấy vách ngăn chính làm mốc đáng tin cậy cho các thủ thuật nội soi<sup>9,15</sup>. Vị trí của nó, như chúng tôi đã thấy trong nghiên cứu của mình, không phải lúc nào cũng ở đường giữa mà lệch sang phải hoặc trái. Hơn nữa, vách ngăn ở giữa không nhất thiết phải theo toàn bộ chiều dài của đường giữa, mà ở phía trước hoặc phía sau. Ngoài ra, cần hết sức chú ý đến việc chèn vách ngăn vào ống thị giác và ống động mạch cảnh để tránh nguy cơ làm tổn thương các cấu trúc này khi phẫu thuật.

Vì những lý do trên, việc đánh giá trước phẫu thuật bằng MSCT đóng một vai trò quan trọng ở những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi ở xoang nhằm phát hiện các biến thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong hoặc sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Các vách ngăn xoang bướm rất thay đổi. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy là phương pháp được lựa chọn trong việc phát hiện và đánh giá giải phẫu xoang bướm, đặc biệt đối với các biến thể giải phẫu cũng như các bệnh lý về xoang, cần thiết để PTNS xoang thành công.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sirikci A, Bayazit YA, Bayram M, Kanlikama M.** Variations of sphenoid and related structures. *Eur Radiol.* 2000; 10(5):844-848.
2. **Cashman EC, McMahon PJ, Smyth D.** Computed tomography scans of paranasal sinuses before functional endoscopic sinus surgery. *World J Radiol.* 2011; 3(8): 199-204.
3. **Unlu A, Meco C, Ugur HC, Comert A, Ozdemir M, Elhan A.** Endoscopic Anatomy of Sphenoid Sinus for Pituitary Surgery. *Clinical Anatomy.* 2008; 21:627-632.
4. **Kölln KA, Senior BA.** Conventional and Endoscopic Approaches to the Pituitary. In: *Rhinology and Facial Plastic Surgery.* Stucker FJ, De Souza C, Kenyon GS, Lian TS, Draf WS. (Eds.): Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009; 485-490.
5. **Casiano RR.** Anterior skull base resection. In: *Endoscopic sinus surgery manual.* Marel Dekker Inc, New York, 2002.
6. **Idowu OE, Balogun BO, Okoli CA.** Dimensions, septation, and pattern of pneumatization of the sphenoidal sinus. *Folia Morphol.* 2009; 68(4):228-232.
8. **Abdullah BJ, Arasaratnam S, Kumar G, Gopala K.** The sphenoid sinuses: computed tomography assessment of septation, relationship to the internal carotid arteries, and sidewall thickness in the Malaysian population. *J HK Coll Radiol.* 2001; 4:185-188.
9. **Couldwell WT.** Transsphenoidal and transcranial surgery for pituitary adenomas. *J Neurooncol* 2004; 69 (1-3): 237-256.
10. **Delano MC, Fun FY, Zinrich SJ.** Relationship of the optic nerve to the posterior paranasal sinuses. *Am J Neuroradiol.* 1996; 17:669-675.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH CỦA VIÊM MÀNG BỤNG Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ (CAPD) TẠI BỆNH VIỆN E

Phạm Xuân Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Vĩnh Hưng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang đặc điểm căn nguyên vi sinh gây viêm màng bụng ở 27 bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD) tại khoa Thận-Tiết niệu, Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $42,6 \pm 12,5$  (16-82 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ: 1,25/1. Với 36 lượt viêm màng bụng tỷ lệ cấy dịch lọc màng bụng dương tính trong chai cấy máu môi trường hiếu khí, kỵ khí và môi trường thạch lần lượt là: 58,3%, 38,9% và 33,3%. Tất cả các mẫu dương tính đều ở chai hiếu khí. Tỷ lệ vi khuẩn Gram dương là 24%

(trong đó 50% là tụ cầu), Gram âm là 64% (trong đó 40% là E.coli) và 12% là nấm (trong đó 100% là Candida). **Kết luận:** Căn nguyên vi sinh gây viêm màng bụng thường gặp ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là Gram âm (64%, chủ yếu là E. coli 40%), Gram dương (24%) và nấm Candida (12%).

**Từ khóa:** Viêm màng bụng, lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD).

### SUMMARY

#### ETIOLOGY MICROBIOLOGY OF PERITONITIS IN CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS IN E HOPITAL

A cross-sectional descriptive study the microbiological etiology of peritonitis in 27 CAPD patients at the Nephro-Urology Department in E Hospital during August 2020 to August 2021. **Results:** The average age was  $42.6 \pm 12.5$  (16-82 years old). Male/Female ratio is 1,25/1. With 36 episodes of peritonitis, positive rate of Dialysate of peritoneal

<sup>1</sup>Viện Y học Cổ truyền Quân đội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Người chịu trách nhiệm: Phạm Xuân Phong

Email: pxphongyhct@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023

dialysis put in blood culture bottle that was cultured in the aerobic, the anaerobic and the agar 58.3%, 38.9% and 33.3%. All positive samples appeared in the aerobic bottles. Rate of Gram-positive bacteria is 24% (of which 50% is Staphylococcus), Gram-negative bacteria is 64% (of which 40% is E.coli) and 12% (of which 100% is Candida). **Conclusions:** The common microbiological agents causes of etiology of peritonitis in CAPD patients are the Gram-negative bacteria (64%, mainly E.coli 40%), the Gram-positive bacteria (24%) and Candida (12%).

**Keywords:** Peritonitis, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng bụng (VMB) là một biến chứng quan trọng nhất ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, gây suy siêu lọc, xơ hoá màng bụng, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng lọc của màng bụng. Đây là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân phải rời bỏ phương pháp. Kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào việc chẩn đoán đúng được căn nguyên vi sinh gây tình trạng viêm màng bụng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm vi sinh của viêm màng bụng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis – CAPD).*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện ở các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm màng bụng được điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng liên tục, theo dõi ngoại trú tại khoa Thận - Tiết niệu, Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 08/2020 đến tháng 08/2021.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân đang lọc màng bụng liên tục ngoại trú được chẩn đoán xác định viêm màng bụng theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Lọc màng bụng Quốc tế (ISPD) năm 2010 khi có  $\geq 2/4$  dấu hiệu [1]; Tuổi:  $\geq 16$  tuổi; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân CAPD bị viêm màng bụng thứ phát do thủng tạng rỗng, viêm ruột thừa vỡ, viêm tụy cấp hoại tử... Bệnh nhân mới điều trị VMB ra viện chưa đủ 4 tuần lại vào viện vì VMB với tác nhân vi sinh giống lần VMB trước.

**Cách thức tiến hành:** Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

Nuôi cấy trong tủ cấy BACTEC – FX của Mỹ.

Các thông tin thu thập theo các thông số nghiên cứu thống nhất. Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 36 lượt viêm màng bụng ở 27

bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu: 15 nam và 12 nữ. Tỷ lệ nam/nữ: 1,25/1. Tuổi trung bình là  $42,6 \pm 12,5$  (16-82 tuổi).

**Bảng 1. Kết quả nhuộm Gram và Vi nấm soi tươi**

Kết quả		Tần suất (n=36)	Tỷ lệ (%)
Gram dương	Dương tính	2/36	5,6
	Âm tính	34/36	94,4
Gram âm	Dương tính	4/36	11,1
	Âm tính	32/36	88,9
Vi nấm soi tươi	Dương tính	0	0
	Âm tính	0	0

**Nhận xét:** Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn Gram dương là 5,6%, Gram âm là 11,1%. Không phát hiện được trường hợp nào dương tính với vi nấm soi tươi.

**Bảng 2. Kết quả nuôi cấy dịch lọc màng bụng**

Phương pháp cấy	Kết quả	Tần suất gặp (n)	Tỷ lệ (%)
Chai hiếu khí	Dương tính	21/36	58,3
	Âm tính	15/36	41,7
Chai kỵ khí	Dương tính	14/36	38,9
	Âm tính	22/36	61,1
Cấy thạch	Dương tính	12/36	33,3
	Âm tính	24/36	66,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ dương tính khi cấy dịch lọc màng bụng trong chai cấy máu môi trường hiếu khí là 58,3%, kỵ khí là 38,9% và trong môi trường thạch tỷ lệ dương tính là 33,3%

**Bảng 3. Phân bố kết quả của phương pháp cấy chai cấy máu và cấy trên thạch (Hiếu khí – HK; Kỵ khí – KK)**

Kết quả	Các trường hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính (n=21)	HK(+), KK(+), Cấy thạch(+)	12/36	33,3
	HK(+), KK(+), Cấy thạch(-)	2/36	5,6
	HK(+), KK(-), Cấy thạch(-)	7/36	19,4
	HK(+), KK(-), Cấy thạch(+)	0	0
Âm tính (n=15)	HK(-), KK(-), Cấy thạch(-)	15/36	41,7
	HK(-), KK(+), Cấy thạch(+)	0	0
	HK(-), KK(+), Cấy thạch(-)	0	0
	HK(-), KK(-), Cấy thạch(+)	0	0
<b>Tổng</b>		<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tất cả các mẫu dương tính đều xuất hiện ở chai hiếu khí. Các mẫu cấy trong chai hiếu khí âm tính thì các mẫu khác cũng âm tính.

**Bảng 4. Tác nhân vi sinh tìm thấy (n=25)**

Loại	Tác nhân vi sinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Gram	Staphylococcus aureus	1 3	12

(+)	Staphy. aureus (MRSA)	1	2	8
	S. epidermidis & C.albicans	1		
	Streptococcus salivarius	1		
	Streptococcus mitis	1		
	Acinetobacter baumani	1		
<b>Tổng</b>		6	24	
Gram (-)	Escherichia coli (ESBL)	3	10	40
	Escherichia coli	7		
	Pseudomonas aeruginosa	2		
	Enterobacter cloacae	1		
	Granulicatella adiacens	1		
	Klebsiella pneumoniae	1		
	Listeria monocytogenes	1		
<b>Tổng</b>		16	64	
Nấm	Candida paratropicalis	1	3	12
	Candida specis	1		
	Candida albicans	1		
<b>Tổng</b>		3	12	

**Nhận xét:** Tác nhân vi sinh tìm thấy gồm: Vi khuẩn Gram dương gặp 6/25 (24%), trong đó tụ cầu chiếm 3/6 (50%). Vi khuẩn Gram âm gặp 16/25 (64%), trong đó E.coli gặp 10/16 (40%). Nấm gặp 3/25 (12%), trong đó 100% là Candida.

**Bảng 5. Phân bố tỷ lệ mọc các chủng vi khuẩn, nấm ở các phương pháp nuôi cấy (n=32)**

Loại	Tác nhân vi sinh	Số lượng	Chai hiệu khí	Chai kỵ khí	Cấy trên thạch
Gram (+)	Staphylococci	3	3	2	2
	Streptococci	2	2	1	1
	Acinetobacter	1	1	0	0
Gram (-)	E. coli	10	10	9	10
	Pseudomonas	2	2	0	0
	Enterobacter	1	1	1	1
	Granulicatella	1	1	1	0
	Klebsiella	1	1	0	0
	Listeria	1	1	1	0
Nấm	Candida	3	3	0	0

**Nhận xét:** Các chủng vi khuẩn Gram dương, Gram âm và nấm đều phát triển ở chai hiệu khí.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 36 mẫu bệnh phẩm. Khi nhuộm Gram có 6/36 trường hợp thấy vi khuẩn chiếm tỷ lệ 16,7% trong đó vi khuẩn Gram dương 2/36 (5,6%), vi khuẩn Gram âm là 4/36 (11,1%). Chinnock B và cộng sự đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của phương pháp nhuộm Gram với 796 mẫu dịch màng bụng bị viêm cho kết quả dương tính 3,9%, độ nhạy 10% (95%CI: 6-15%), độ đặc hiệu 97,5% (95%CI: 96,7-

98,3%), giá trị dự đoán dương tính: 48% (95%CI: 32-65%), giá trị dự đoán âm tính: 81,3% (95%CI: 80,7-82,0%). Như vậy phương pháp nhuộm Gram ít đem lại thông tin hữu ích [2]. Tuy nhiên đây vẫn là phương pháp rất có giá trị trong định hướng cho bác sỹ lâm sàng ở những nơi chưa có kĩ thuật nuôi cấy hiện đại để sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm [3].

Phương pháp nuôi cấy dịch lọc màng bụng trong chai cấy máu để tìm tác nhân vi sinh gây bệnh cho kết quả dương tính ở chai hiệu khí đạt 21/36 trường hợp (58,3%), ở chai kỵ khí là 14/36 (38,9%), môi trường thạch đạt 12/36 (33,3%). Tất cả các trường hợp dương tính đều có ở chai hiệu khí 21/21 (100%). Khi so sánh tỷ lệ dương tính giữa phương pháp cấy chai môi trường hiệu khí và cấy trên thạch thì tỷ lệ dương tính ở phương pháp cấy chai cao hơn phương pháp cấy trên thạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tác giả Yoon SH và cộng sự nghiên cứu 112 lượt nuôi cấy dịch màng bụng viêm ở bệnh nhân CAPD với hai phương pháp song song là cấy dịch trong chai cấy máu (hiệu khí và kỵ khí) và nuôi cấy trên thạch cứng với tỷ lệ dương tính ở phương pháp cấy chai là 88/112 (78,6%) cao hơn phương pháp cấy trên thạch là 56/112 (50%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [3]. Một nghiên cứu khác so sánh giữa hai phương pháp nuôi cấy trong chai cấy máu và cấy trên thạch với các mẫu bệnh phẩm là các dịch cơ thể của Zafer M và cộng sự cũng cho kết quả dương tính ở nuôi cấy trong chai cấy máu cao hơn cấy trên thạch với  $p < 0,001$  [4].

Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn trên thạch cứng có tỷ lệ dương tính thấp, để làm tăng khả năng mọc vi khuẩn của phương pháp này các nhà nghiên cứu đã tiến hành như sau: lấy 1000ml dịch xà ở bệnh nhân CAPD bị viêm màng bụng chia đôi, ly tâm 3000 vòng/phút, để lắng 15 phút sau đó hút bỏ phần nổi ở trên cấy phần lắng trên môi trường thạch cứng blood agar, chocolate agar, MacConkey, brain – heart broth và thioglycolate broth. Nghiên cứu của Omer I và cộng sự đã thực hiện 36 mẫu bệnh phẩm từ dịch lọc màng bụng viêm ở bệnh nhân CAPD tiến hành theo cách trên đã cho kết quả mọc vi khuẩn và nấm rất khả quan với tỷ lệ dương tính đến 91,6% trong đó 78,8% dương tính với vi khuẩn và 21,2% dương tính với nấm [5].

Trong nghiên cứu này, kết quả cấy âm tính lên tới 41,7% đây là một thách thức lớn cho các bác sỹ lâm sàng khi không biết được rõ tác nhân vi sinh gây bệnh, các trường hợp này chúng tôi

thường phải điều trị theo phác đồ kết hợp với kinh nghiệm. Theo nghiên cứu của Najafi I và cộng sự thì ở những trường hợp cấy âm tính thì kết quả điều trị cũng như tỷ lệ sống sót ở nhóm bệnh nhân này thấp hơn ở nhóm có kết quả cấy dương tính [6].

Tỷ lệ gặp vi khuẩn Gram dương là 24% thấp hơn so với vi khuẩn Gram âm (64%). Tantiyavarong P và cộng sự nghiên cứu 644 lượt nuôi cấy tìm tác nhân vi sinh ở bệnh nhân CAPD bị viêm màng bụng tại Thái Lan bằng phương pháp cấy dịch lọc màng bụng trong chai cấy máu và cấy trên thạch cho kết quả: Vi khuẩn Gram dương 33,1%, Gram âm 27,5%; Cấy âm tính 29,7%, nấm 2,6%, lao 1,4% và tác nhân hỗn hợp 5,7% [7].

Tác giả Yoon SH và cộng sự nghiên cứu 112 lượt cấy dịch lọc màng bụng bị viêm ở bệnh nhân CAPD cũng bằng 2 phương pháp cấy trong chai cấy máu và cấy trên thạch kết quả mọc vi khuẩn Gram dương là 58,9%, Gram âm là 20,5%, nấm là 0,9% [3]. Tuy nhiên theo Feng X và cộng sự nghiên cứu trong 6 năm với 498 lượt bệnh nhân CAPD bị viêm màng bụng, tác nhân vi khuẩn Gram âm chiếm 59,2% trong đó chủ yếu là E coli 75,5% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm nấm và đều là nấm Candida trong đó có 3 lượt tìm thấy nấm ở chai hiệu khí trong đó có 1 trường hợp cấy mọc đồng thời cả vi khuẩn và nấm và 1 lượt mọc ở phương pháp nuôi cấy nấm thông thường. Viêm màng bụng do nấm tuy ít gặp nhưng đây là biến chứng có nguy cơ tử vong cao nếu không được xử trí kịp thời. Dấu hiệu và các triệu chứng của viêm màng bụng do nấm cũng tương tự như viêm màng bụng do vi khuẩn. Khi có bằng chứng nhiễm nấm thì phải lập tức đình chỉ phương pháp lọc màng bụng ngay, chuyển phương pháp khác. Nghiên cứu của chúng tôi có 3/36 trường hợp bị nhiễm nấm. Cả 3 trường hợp đều rút catheter đình chỉ phương pháp lọc màng bụng, trong đó chuyển sang lọc máu chu kỳ 3 trường hợp, 1 trường hợp còn rất trẻ với thời gian sử dụng CAPD chưa được 1 năm đã tử vong do đồng thời nhiễm cả nấm máu. Trường hợp dương tính với cả nấm và vi khuẩn đó là nấm Candida albican và Staphylococcus epidermidis, bệnh nhân này đã đình chỉ CAPD chuyển lọc máu chu kỳ. Viêm màng bụng do hai hay nhiều hơn tác nhân vi sinh gây ra trong cùng một thời điểm (ví dụ nấm và vi khuẩn hoặc 2 loại vi khuẩn khác nhau) cũng được nhiều nghiên cứu đề cập đến, các trường hợp này đều rất nặng và khuyến cáo đình chỉ phương pháp

chuyển phương pháp thay thế thận khác. Cả 3 bệnh nhân nhiễm nấm này đều có thời gian điều trị kháng sinh trên 14 ngày trước đó. Chúng tôi nhận định rằng đây chính là yếu tố tạo điều kiện cho nấm phát triển vì trước khi dùng kháng sinh cấy nấm kết quả đều âm tính.

Chavada R và cộng sự nghiên cứu hồi cứu tại Liverpool và Westmead (Australia) trong 10 năm với mục đích tìm yếu tố nguy cơ gây viêm màng bụng do nấm ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú cho thấy nguy cơ nhiễm nấm ở những bệnh nhân có dùng kháng sinh trước đó gấp hơn 5 lần những bệnh nhân không có điều trị kháng sinh (51% và 10%;  $p=0,01$ ) [9]. Cũng theo nghiên cứu này cho biết chủ yếu là nhiễm nấm Candida, rất hiếm khi nhiễm nấm khác như Aspergillus, Paecilomyces, Penicillium, Zygomycetes và điều kiện thuận lợi cho nấm phát triển là có sử dụng kháng sinh trước đó [9].

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: bằng phương pháp nhuộm Gram, tỷ lệ phát hiện vi khuẩn Gram dương là 24%, vi khuẩn Gram âm là 64%. Vi nấm soi tươi không phát hiện được trường hợp nào. Phương pháp cấy dịch lọc màng bụng trong chai cấy máu môi trường hiếu khí đạt tỷ lệ dương tính: 58,3%, kỵ khí đạt tỷ lệ dương tính: 38,9%, môi trường thạch đạt tỷ lệ dương tính: 33,3%. Tất cả các mẫu dương tính đều xuất hiện ở chai hiếu khí. Các mẫu cấy trong chai hiếu khí âm tính thì các mẫu khác cũng âm tính. Căn nguyên vi sinh gây viêm màng bụng thường gặp ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là Gram âm (64%, trong đó E. coli chiếm 40%), Gram dương (24%, trong đó 50% là tụ cầu) và nấm (12%, trong đó 100% là Candida).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li PK, Szeto CC, Piraino B, et al. (2010). Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis, 30(4), 393-423.
2. Chinnock B, Fox C, Hendey GW (2009). Gram's stain of peritoneal fluid is rarely helpful in the evaluation of the ascites patient. Annals of emergency medicine, 54(1), 78-82.
3. Yoon SH, Choi NW, Yun SR (2010). Detecting bacterial growth in continuous ambulatory peritoneal dialysis effluent using two culture methods. The Korean journal of internal medicine, 25(1), 82-5.
4. Zafer M, Tekin T, Özlem B, et al. (2015). Comparison of classical methods versus bactec blood culture system for culture of normally sterile body fluids. 4.
5. Omer I, Hummeida MA, Musa HA (2011).

- Improved conventional method for the laboratory diagnosis of peritonitis from peritoneal dialysate in Sudan. *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 31(4), 495-8.
6. **Najafi I, Ossareh S, Hosseini M, et al.** (2011). Epidemiology of culture-negative peritonitis in Iranian patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Iranian journal of kidney diseases*, 5(5), 332-7.
  7. **Tantiyavarong P, Traitanon O, Chuengsamarn P, et al.** (2016). Dialysate White Blood Cell Change after Initial Antibiotic Treatment Represented the Patterns of Response in Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis. *International journal of nephrology*, 2016, 6217135.
  8. **Feng X, Yang X, Yi C, et al.** (2014). Escherichia coli Peritonitis in peritoneal dialysis: the prevalence, antibiotic resistance and clinical outcomes in a South China dialysis center. *Peritoneal dialysis international : journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 34(3), 308-16.
  9. **Chavada R, Kok J, van Hal S, et al.** (2011). Seeking clarity within cloudy effluents: differentiating fungal from bacterial peritonitis in peritoneal dialysis patients. *PLoS one*, 6(12), e28247.

## TỈ LỆ BIẾN CHỨNG VÀ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

Hoàng Văn Sỹ<sup>1</sup>, Trần Công Duy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** khảo sát tỉ lệ biến chứng và tử vong nội viện ở bệnh nhân VNTMKN. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, cắt ngang mô tả ở các bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 12/2019 thỏa tiêu chuẩn Duke cải biên về chẩn đoán xác định và chẩn đoán có thể VNTMKN. **Kết quả:** 201 bệnh nhân VNTMKN nhập viện trong 5 năm. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 42,2 ± 15,3. Nam giới chiếm 65,2%. Các biến chứng của VNTMKN gồm có suy tim cấp (10,4%); áp xe quanh van (16,4%); choáng nhiễm khuẩn (7,0%); nhồi máu não (12,9%); xuất huyết não (10,9%); nhồi máu lách (9,5%); nhồi máu thận (5,5%) và thuyên tắc động mạch khác (5,0%). Tỉ lệ tử vong nội viện là 15,9%. **Kết luận:** Tỉ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân VNTMKN vẫn còn cao và cần giảm đáng kể hơn nữa trong tương lai.

### SUMMARY

#### RATE OF COMPLICATIONS AND MORTALITY IN PATIENTS WITH INFECTIVE ENDOCARDITIS

**Objectives:** to survey the rate of complications and mortality in patients with IE. **Subjects and methods:** a retrospective, cross-sectional and descriptive study was conducted in patients who were admitted to Cho Ray Hospital from January 2015 to December 2019 and fulfilled the modified Duke criteria for definite or possible diagnosis of IE. **Results:** There were 201 patients with IE hospitalized for five years. The mean age of patients was 42.2 ± 15.3 years. Men account for 65.2%. The complications in IE included

acute heart failure (10.4%); perivalvular abscess (16.4%); septic shock (7.0%); cerebral infarction (12.9%); cerebral hemorrhage (10.9%); spleen infarction (9.5%); renal infarction (5.5%) and other arterial embolism (5.0%). The in-hospital mortality was 15.9%. **Conclusions:** The rate of complications and mortality in IE remains high and needs to be decreased more significantly in the future.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn là một tình trạng nhiễm khuẩn tại lớp nội mạc của tim và mạch máu. Tác nhân gây bệnh thường là vi khuẩn hoặc vi nấm. VNTMKN ảnh hưởng trên hệ thống van tim (rách, phá hủy van tim, đứt dây chằng, gây hở hoặc hẹp van tim), lỗ thông giữa các buồng tim hoặc các dụng cụ điện tử trong tim. Trong một số thể lâm sàng nặng, VNTMKN có thể gây áp xe quanh van, suy tim cấp, thuyên tắc động mạch, nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn... dẫn đến tử vong.

VNTMKN là một bệnh nhiễm khuẩn không thường gặp với tần suất vào khoảng 4 – 7 trường hợp mắc bệnh trên 100.000 dân mỗi năm [4]. Tuy là một bệnh không phổ biến nhưng VNTMKN là một trong các bệnh lý nhiễm khuẩn hàng đầu gây tử vong sau nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi và nhiễm khuẩn ổ bụng. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, phân lập tác nhân gây bệnh, phương pháp điều trị nội khoa và ngoại khoa nhưng tỉ lệ biến chứng và tử vong do VNTMKN gây ra vẫn còn chiếm tỉ lệ khá cao.

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, ít nghiên cứu được tiến hành để xác định tỉ lệ biến chứng và tử vong của bệnh nhân VNTMKN để so sánh với những nghiên cứu trong các thập niên trước đây. Việc xác định tỉ lệ biến chứng và tử

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy

Email: dr.trancongduy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023