

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Trịnh Thị Kim Chi¹, Nguyễn Thị Vinh¹,
Nguyễn Thị Kim Thoa¹, Nguyễn Bách¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu về đặc điểm vi khuẩn học ở bệnh nhân LMB có viêm phúc mạc; Đánh giá kết quả điều trị VPM ở bệnh nhân LMB trong 05 năm (2019-2023) tại Bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: 54 BN LMB điều trị tại Khoa Thận – Lọc máu. BV Thống Nhất có VPM từ 01/01/2019 đến 30/12/2023. Tiêu chuẩn chọn bệnh: LMB \geq 3 tháng và tuân thủ điều trị. Tiêu chuẩn loại trừ: VPM sau mổ, do nguyên nhân khác và hồ sơ không đủ dữ liệu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, đoàn hệ, hồi cứu.

Kết quả: Tuổi $58,69 \pm 14,33$, nam giới 59,20%, đái tháo đường 27%, tự thay dịch 50%, thời gian LMB $34,13 \pm 25,96$ tháng. Tỷ lệ vi sinh phân lập được trong dịch LMB theo tự nhiên thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa* (18,81%); *Staphylococcus aureus* (16,83%). Tỷ lệ cấy âm tính 30,69%. Tỷ lệ đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm 49,50%. Tỷ lệ đáp ứng, tiếp tục LMB 72,27%. Tỷ lệ thất bại phải rút bỏ catheter chuyển sang thận nhân tạo 24,75%.

Kết luận: Tác nhân thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus*. Tỷ lệ đáp ứng điều trị đạt 72,27%.

Từ khóa: lọc màng bụng, viêm phúc mạc, kháng sinh

SUMMARY

BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF PERITONITIS TREATMENT IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective (1). Identifying the bacteriological characteristics of peritonitis in peritoneal dialysis patients; (2). Evaluating the results of peritonitis treatment in peritoneal dialysis patients over 5 years (2019-2023) at Thong Nhat Hospital.

Subjectives and methods

Subjectives: 54 PD patients treated at Thong Nhat Hospital, had peritonitis from January 1, 2019 to December 30, 2023. Inclusion criteria: PD \geq 3 months and compliance with treatment. Exclusion criteria: Postoperative peritonitis, due to other causes and insufficient data in records.

Methods: Cohort, retrospective

Result: Age of PD patient was 58.69 ± 14.33 , 59.20% male, diabetes mellitus 27%, self performed PD by patients was 50%, PD duration was 34.13 ± 25.96 . The proportion of microorganisms isolated in LMB fluid in order of frequency is *Pseudomonas aeruginosa* (18.81%); *Staphylococcus aureus* (16.83%). Negative culture rate was 30.69%. Empirical antibiotic response rate was 49.50%. Response rate was 72.27%.

¹Khoa Nội Thận – Lọc máu, Bệnh Viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bách

ĐT: 0918209808

Email: nguyenbach69@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/03/2024

Ngày duyệt bài: 05/04/

Conclusions: Studying 54 patients with a total of 101 peritonitis episodes in 5 years (2019-2023), we concluded that the most common agents were *Pseudomonas aeruginosa* and *Staphylococcus aureus*. The response rate was 72.27%.

Keywords: peritoneal dialysis, peritonitis, antibiotics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm về tác nhân gây bệnh, đề kháng kháng sinh thay đổi theo thời gian, khác nhau ở các trung tâm lọc màng bụng (LMB). Bệnh Viện Thống Nhất đã triển khai LMB từ năm 2002 và có những điểm khác biệt về dân số LMB về độ tuổi, trình độ văn hóa người bệnh, tuyển chọn BN LMB, quy trình huấn luyện BN LMB. Các nghiên cứu trước 2019 cho thấy tác nhân gây viêm phúc mạc chủ yếu là vi khuẩn gram âm, tỷ lệ phù hợp kháng sinh kinh nghiệm và tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp. Sau năm 2019, chúng tôi có một số thay đổi về chọn lựa BN LMB, cải tiến quy trình huấn luyện, quản lý BN LMB nhưng chưa có nghiên cứu cập nhật tình trạng viêm phúc mạc (VPM) trong khoảng thời gian này. Đánh giá kết quả điều trị VPM ở bệnh nhân LMB là cơ sở cho thay đổi phác đồ điều trị kháng sinh kinh nghiệm.

Theo y văn, tác nhân gây VPM ở BN LMB ghi nhận tụ cầu vàng thường gặp nhất trong nhóm nguyên nhân VPM do nhiễm bẩn xảy ra trong quá trình thay dịch, do nhiễm trùng lối ra catheter. Vi khuẩn gram âm thường gặp do nhiễm trùng từ đường ruột. Phần lớn các đợt VPM đáp ứng với kháng sinh và tỷ lệ rút bỏ catheter Tenckhoff chuyển sang thận nhân tạo ở mức thấp.^{4,8}

Chúng tôi thu thập số liệu tất cả các BN LMB có biến chứng VPM về thời gian LMB, tác nhân gây VPM, kháng sinh kinh nghiệm, đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm và kết quả điều trị với mục tiêu (1). Tìm hiểu về đặc điểm vi khuẩn học của viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng; (2). Đánh giá kết quả điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng trong 05 năm (2019-2023) tại Bệnh viện Thống Nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng:

54 BN LMB điều trị tại Khoa Thận – Lọc máu. BV Thống Nhất TP.HCM có viêm phúc mạc trong thời gian từ 01/01/2019 đến 30/12/2023. Tiêu chuẩn chọn bệnh: LMB ≥ 3 tháng và tuân thủ điều trị. Tiêu chuẩn loại trừ: VPM sau mổ, do nguyên nhân khác và hồ sơ không đủ dữ liệu

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ, hồi cứu.
- Chỉ định LMB được áp dụng tại Khoa Thận – Lọc máu. BV Thống Nhất TP.HCM: (1). Bệnh nhân STMGĐC không thể chạy thận nhân tạo vì nhiều lý do như bệnh lý tim mạch nặng, kiệt hết các đường mạch máu không thể mổ được cầu nối động tĩnh mạch; (2). Bệnh nhân và gia đình đồng ý, tự nguyện tham gia vào chương trình LMB ngoại trú và phải có các điều kiện phù hợp để thực hiện kỹ thuật LMB tại nhà như phải có người giúp đỡ bệnh nhân LMB tại nhà đối với người già, yếu, gia đình phải có phòng đảm bảo điều kiện vệ sinh để LMB tại nhà.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán VPM: (1). Lâm sàng đau bụng, nôn ói, sốt, bụng đề kháng, âm ruột giảm và dịch thẩm phân đục. (2).

Bạch cầu trong dịch thẩm phân cao > 100 BC/mm³, phần lớn là bạch cầu đa nhân trung tính. (3) Cây dịch thẩm phân phát hiện vi khuẩn gây bệnh.⁸

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng chân ống: chân ống sưng, đỏ, hoặc có mủ

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm trùng đường hầm: ấn đau dọc đường hầm, sưng, đỏ, hoặc có mủ. Siêu âm có thể thấy tụ dịch, mủ đường hầm.

- Kỹ thuật LMB: Kỹ thuật đặt catheter màng bụng bằng mổ mở và mổ nội soi, 2 nút chặn (cuff) ở ngoài phúc mạc và dưới da. Loại catheter Tenckhof của Baxter. Kỹ thuật thay dịch, rửa tay theo quy trình tiêu chuẩn. Dịch thẩm phân là Dianeal G 1,5%; 2,5% và 4,25% của hãng Baxter.⁴

- Kỹ thuật lấy mẫu dịch LMB: theo các hướng dẫn của ISPD thay đổi, cập nhật từ năm 2016 đến 2022 gồm các bước lắc đều túi dịch xả, rồi lấy 2 mẫu nghiệm. Mẫu 1 đếm tế bào (xem thành phần và số lượng các loại tế bào, bạch cầu, hồng cầu, tế bào thoái hóa). Nhuộm gram xác định các loại vi trùng và soi tươi tìm nấm. Mẫu 2 cấy dịch lọc (vi trùng, nấm) và làm kháng sinh đồ. Kỹ thuật cấy dịch thẩm phân để phân lập vi khuẩn theo quy trình chuẩn cấy phần cặn lắng: trộn đều túi dịch lọc, lấy ra 50 mL cho vào ống nghiệm và đặt vào máy quay ly tâm, sau đó cấy phần cặn lắng.⁸ Môi trường cấy vi sinh tại Bệnh viện Thống Nhất sử dụng là BHI, BA và MC

- Quy trình BN VPM nhập viện: nhuộm gram, cấy dịch ổ bụng, đếm tế bào, cấy máu cho những trường hợp viêm phúc mạc nặng, có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân nặng. BN

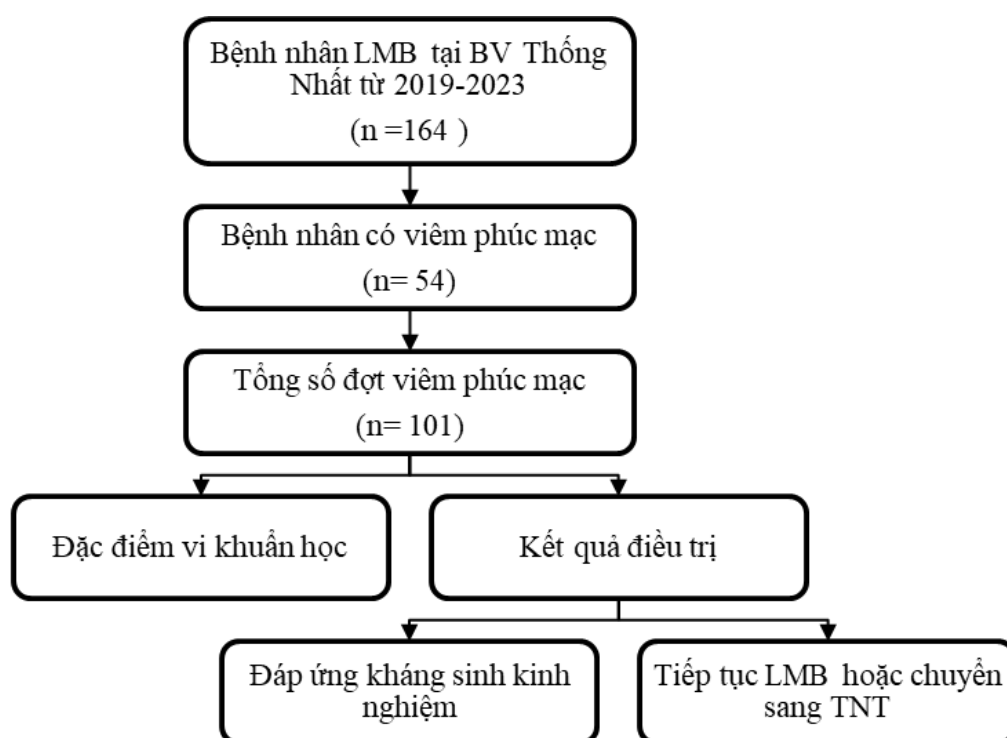
được súc rửa ổ bụng cho đến trong và ngâm kháng sinh ổ bụng. Trường hợp BN có lâm sàng VPM nặng, nhiễm trùng toàn thân sẽ được dùng kháng sinh ngâm ổ bụng và kháng sinh toàn thân.

- Đánh giá đáp ứng với điều trị kháng sinh kinh nghiệm: Phù hợp kháng sinh đồ, tiếp tục kháng sinh kinh nghiệm hoặc không phù hợp kháng sinh đồ, đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Đánh giá kết cục điều trị viêm phúc mạc: Đáp ứng, tiếp tục LMB; thất bại phải rút bỏ catheter chuyển sang thận nhân tạo; tử vong do VPM.

- Tiêu chuẩn lâm sàng đánh giá VPM đáp ứng điều trị: hết sốt, hết đau bụng, hết tiêu chảy, dịch xả trong, đếm tế bào giảm < 100 tế bào/mL.

- Tại trung tâm của chúng tôi, điều trị viêm phúc mạc tuân theo các hướng dẫn của ISPD thay đổi, cập nhật từ năm 2016 đến 2022.⁸ Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu gồm cephalosporin thế hệ thứ nhất hoặc vancomycin và cephalosporin thế hệ thứ ba hoặc aminoglycosid. Đối với viêm phúc mạc cấy âm tính có đáp ứng với kháng sinh kinh nghiệm, điều trị tiếp tục trong 2 tuần. Nếu viêm phúc mạc không cải thiện sau khi điều trị bằng kháng sinh và cấy dịch màng bụng lặp đi lặp lại vẫn âm tính, chỉ định rút catheter Tenckhoff và dùng kháng sinh tiêm tĩnh mạch trong 2 tuần. Trong trường hợp viêm phúc mạc do nấm, sẽ rút catheter Tenckhoff và điều trị kháng nấm toàn thân. Đối với những bệnh nhân không có biểu hiện nhiễm trùng huyết thuốc kháng sinh được sử dụng ngâm ổ bụng.



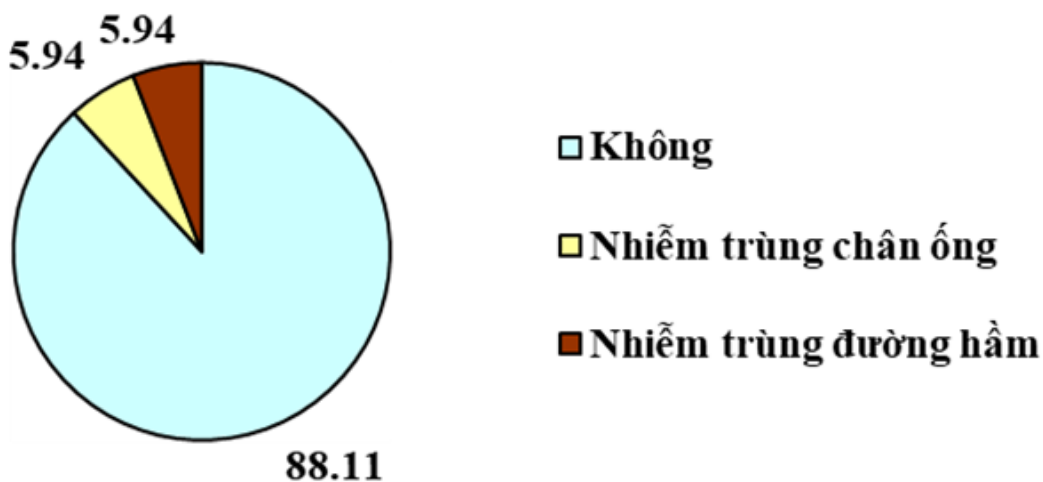
Sơ đồ nghiên cứu

Xử lý số liệu thống kê: Phần mềm SPSS.22.0 với các thuật toán thông thường.

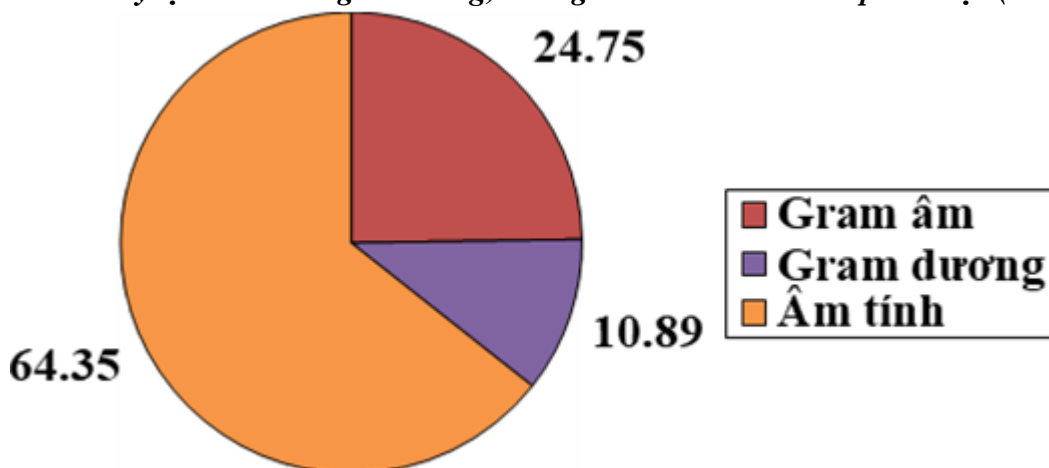
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm bệnh nhân LMB có biến chứng viêm phúc mạc (n=54)

Đặc điểm	Trị số
Tuổi (TB \pm ĐLC) (thấp nhất-cao nhất)	58,69 \pm 14,33 (20-83)
≥ 65 tuổi, n (%)	20 (37,00)
Nguyên nhân suy thận mạn, n (%)	
Đái tháo đường	15 (27,00)
THA	6 (10,00)
Không rõ nguyên nhân	33 (61,00)
Giới tính nam, n (%)	32 (59,20)
Lọc màng bụng bằng máy, n (%)	5 (9,25)
Lọc màng bụng bằng tay	49 (90,75)
Tự thay dịch, n (%)	27 (50,00)
Người trợ giúp tay dịch, n (%)	22 (40,75)
Thời gian LMB (TB \pm ĐLC)	34,13 \pm 25,96
(ngắn nhất-dài nhất)	(3-111)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm trùng chân ống, đường hầm kèm theo viêm phúc mạc (n=101)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhuộm gram dịch xả lọc màng bụng (n=101)

Bảng 3. Tác nhân vi sinh phân lập được trong dịch lọc màng bụng (n= 101 đợt VPM)

Tác nhân vi sinh phân lập	Số ca (%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> *	19 (18,81)
<i>Staphylococcus aureus</i>	17 (16,83)
<i>Escherichia coli</i> (E.Coli)	11 (10,89)
<i>Klebsiella pneumoniae</i> **	10 (9,90)
<i>Enterobacter</i> (Cloacae complex và <i>Faecalis</i>)	5 (4,95)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	3 (2,97)
<i>Streptococcus</i> (<i>gordonii</i> và <i>sanguinis</i>)	2 (1,98)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1 (0,99)
<i>Serratia marcescens</i>	1 (0,99)
<i>Candida albicans</i>	1 (0,99)
Âm tính	31 (30,69)

* Có 1 mẫu kèm *Acinetobacter baumannii*

** Có 1 mẫu kèm *Enterobacter faecalis*

Bảng 4. Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và tỷ lệ phù hợp đáp ứng với kháng sinh kinh nghiệm trong điều trị viêm phúc mạc (n= 101 đợt VPM)

Kháng sinh kinh nghiệm được sử dụng, n(%)	Số đợt điều trị (%)
Cefazolin + ceftazidime	65 (64,35)
Khác	36 (35,65)
Phù hợp và đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm, n(%)	50 (49,50)
Không phù hợp và phải đổi kháng sinh, n(%)	51 (50,50)

Bảng 5. Kết quả điều trị viêm phúc mạc (n= 101 đợt VPM)

Kết quả điều trị	Số đợt điều trị (%)
Đáp ứng, tiếp tục LMB	73 (72,27)
Thất bại phải rút bỏ catheter chuyển sang thận nhân tạo	25 (24,75)
Tử vong do VPM	01 (0,99)
Tử vong do bệnh lý khác	02 (1,98)

IV. BÀN LUẬN

Về tác nhân gây VPM:

Theo hướng dẫn Hội LMB thế giới nhuộm gram là một xét nghiệm bắt buộc ở tất cả BN LMB có biến chứng VPM bởi cho kết quả nhanh, gợi ý kháng sinh ban đầu. Biểu đồ 2 ghi nhận vi khuẩn gram âm chiếm ưu thế (24,75%), có 10,89% là vi khuẩn gram dương. Tuy nhiên, tỷ lệ nhuộm gram âm tính rất cao, lên đến 64,35%. Tỷ lệ nhuộm gram âm tính cao có thể do kỹ thuật lấy mẫu dịch xả, kỹ năng người đọc kết quả, kỹ thuật nhuộm. Nhuộm gram vẫn là một xét nghiệm ban đầu rất cần thiết để cho định hướng kháng sinh kinh nghiệm. Kết quả nhuộm gram dương tính cho thấy có sự phù hợp với kết quả nuôi cấy dịch xả là vi khuẩn nhóm gram âm được phân lập vẫn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này (bảng 2). Vì vậy, cần nhấn mạnh đến nhu cầu lâm sàng nhuộm gram dịch lọc trong thực hành cho điều dưỡng LMB và nhân viên khoa vi sinh để

nâng cao kết quả nhuộm gram. Kết quả bảng 3 cho thấy có 4 loại vi khuẩn phân lập được trong nghiên cứu này theo thứ tự thường gặp là *Pseudomonas aeruginosa* (18,81%), kế đến là *Staphylococcus aureus* (16,83%), *E.Coli* (10,89%) và *Klebsiella pneumoniae* (9,90%). Điểm cần chú ý trong kết quả này là tỷ lệ cấy âm tính của chúng tôi là 30,69%. Tỷ lệ này thấp hơn các trung tâm LMB trong nước nhưng cao hơn nhiều so với khuyến cáo ISPD (tỷ lệ VMB cấy âm tính nên < 15% của tổng số đợt VPM). Kết quả này là cơ sở kiến nghị cần cải tiến nhiều hơn trong việc lấy bệnh phẩm, kỹ thuật nuôi cấy tại Bệnh Viện Thống Nhất trong thời gian tới.

So sánh tác nhân gây VPM ở các trung tâm LMB tại Việt Nam chúng tôi nhận thấy có tương đồng là vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ cao hơn vi khuẩn gram dương và tỷ lệ cấy âm tính còn cao. Lê Viết Cường báo cáo kết quả 108 bệnh nhân LMB tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ năm 2011 đến năm

2014. Kết quả thường gặp nhất là E.Coli. Tỷ lệ nhiễm trùng chân ống 13,8%, tụ cầu vàng 46,6%; Proteus mirabilis 20% và không rõ tỷ lệ cấy âm tính.¹ Nghiên cứu của Trần Lê Quân (2013) tại Bệnh Viện Chợ Rẫy tỷ lệ cấy gram dương là 16,2% trong đó cao nhất là Streptococcus sp 7,8%, thấp nhất là Staphylococcus haemolyticus 0,3%, gram âm là 20,2% trong đó E.coli chiếm 10,2%, nấm men 8,4%, lao 0,6%. Tỷ lệ cấy âm tính là 54,5%.³ Nguyễn Hùng báo cáo kết quả 42 BN VPM, tỷ lệ cấy âm tính lên đến 81%; dương tính 19% (gram dương 9,5%; gram âm 7,1%, nấm 2,4%). Các loại vi khuẩn thường gặp là Enterobacter, nấm, tụ cầu vàng, Streptococcus alpha.²

So sánh tác nhân gây VPM với các nước khác trên thế giới. Kết quả ở Việt Nam khá tương đồng với Thái Lan (2008-2010). Theo dõi 93 bệnh nhân LMB tại Bệnh viện Bhumibol Adulyadej. Các chủng phân lập phổ biến nhất là vi khuẩn gram âm (33,3%), tiếp theo là gram dương (17,6%) và nấm (5,9%). Có 43,1% BN viêm phúc mạc cấy âm tính.⁹ Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu 2021-2022 gồm 81 bệnh nhân được điều trị bằng LMB bị viêm phúc mạc tại Thái Lan. Kết quả có 35/81 cấy âm tính (43,20%).⁵ Pattanachaiwit N báo cáo 93 bệnh nhân LMB được theo dõi tại Bệnh viện Bhumibol Adulyadej trong đó có 75 trường hợp mới 2008 - 2010. Các chủng phân lập phổ biến nhất là vi khuẩn gram âm (33,3%), tiếp theo là gram dương (17,6%) và nấm (5,9%). Nocardiosis được chẩn đoán ở 1 bệnh nhân. Có 43,1% số ca là viêm phúc mạc âm tính.⁹

Tuy nhiên, ở các nước đã phát triển, vi khuẩn gram dương chiếm tỷ lệ cao hơn vi khuẩn gram âm và tỷ lệ cấy dương tính cao. Thật vậy, phân tích dữ liệu từ Cơ quan Đăng ký Lọc máu và ghép tạng tại Úc và New Zealand (2003-2008). Vi khuẩn gram dương được phân lập 53,4% các đợt viêm phúc mạc do một vi sinh vật và vi khuẩn gram âm 23,6%. Các đợt viêm phúc mạc do vi khuẩn và nấm rất hiếm.⁷ Michaela C Brown báo cáo số liệu thu thập từ 10 đơn vị thận người lớn ở Scotland 2000-2007. Tỷ lệ cấy âm tính khi nuôi cấy là 19,4%.⁶ Phân tích dữ liệu từ Cơ quan Đăng ký Lọc máu và ghép tạng tại Úc và New Zealand 2003 - 2008. Có 13% là âm tính với nuôi cấy và 11% là đa vi khuẩn. Vi khuẩn gram dương được phân lập ở 53,4% các đợt viêm phúc mạc do một vi sinh vật và vi khuẩn gram âm được phân lập ở 23,6%. Các đợt viêm phúc mạc do vi khuẩn và nấm rất hiếm.⁷ Như vậy tác nhân gây VPM rất khác nhau tùy điều kiện môi trường giữa các nước.

Đánh giá về đáp ứng điều trị:

Bảng 4 cho thấy kháng sinh kinh nghiệm được sử dụng theo khuyến cáo của ISPD là Cefazolin + ceftazidime chiếm 64,35%. Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm chỉ đạt 49,50%. So sánh kết quả điều trị ở các trung tâm khác tại Việt Nam như Nguyễn Hùng (2011) báo cáo kết quả 42 BN VPM. Đáp ứng điều trị kháng sinh ceftazidime phối hợp cephalosporin VPM đợt 1 là 83,3%, đợt 2 là 75%, đợt 3,4,5 là 100%.² Kết quả nghiên cứu của Trần Lê Quân (2013), tỷ lệ đáp ứng điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng

bụng là 86%.³ Sự khác biệt về kết quả đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm giữa các trung tâm LMB có lẽ do khác biệt về đặc điểm BN, chủng loại vi khuẩn thường gặp. Tuy vậy, chúng tôi nhận thấy cần phải nghiên cứu thay đổi phác đồ kháng sinh kinh nghiệm cho phù hợp tình hình BN và vi khuẩn ở Bệnh Viện Thống Nhất và có thể nên chọn cặp kháng sinh khác, kháng sinh điều trị gram âm hơn là gram dương. Tham khảo kết quả phân tích dữ liệu từ Cơ quan Đăng ký Lọc máu và ghép tạng tại Úc và New Zealand 2003 - 2008 nhận thấy phác đồ sử dụng kháng sinh ban đầu cho hầu hết các đợt viêm phúc mạc là 2 vancomycin và aminoglycoside trong 77,2% số đợt, sau đó được thay đổi thành một thuốc duy nhất.⁷

Tuy vậy, kết quả chung cuộc kết quả điều trị viêm phúc mạc 101 đợt VPM tại Bệnh Viện Thống Nhất khá tốt với 72,27% có đáp ứng với kháng sinh, tiếp tục LMB. Có 24,75% thất bại phải rút bỏ catheter chuyển sang thận nhân tạo. Tử vong do VPM và do bệnh lý kèm theo chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 0,99% và 1,98% (bảng 5). Kết quả này một lần nữa cho thấy sự cần thiết phải thay đổi kháng sinh điều trị ban đầu điều trị VPM để giữ BN tiếp tục LMB. Tuy nhiên, điều quan trọng là tỷ lệ tử vong do VPM của chúng tôi thấp nhất so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Lê Viết Cường báo cáo 108 bệnh nhân LMB tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa (2011-2014). Kết quả tử vong liên quan đến viêm phúc mạc 03 bệnh nhân (2,7%).¹ Michaela C Brown báo cáo kết quả điều trị từ 10 đơn vị thận người lớn ở

Scotland (2000- 2007) tỷ lệ tử vong là 2,8%.⁶ Phân tích dữ liệu từ Cơ quan Đăng ký Lọc máu và ghép tạng tại Úc và New Zealand (2003 - 2008). Tỷ lệ rút ống thông Tenckhoff 20,4% trường hợp, tỷ lệ tử vong do VPM là 2,6%.⁷ Pattanachaiwit N báo cáo 93 bệnh nhân LMB được theo dõi tại Bệnh viện Bhumibol Adulyadej (2008- 2010) tử vong do VPM chiếm 17,6%.⁹ Mặc dù tỷ lệ rút catheter Tenckhoff của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác nhưng tỷ lệ tử vong do VPM của chúng tôi thấp nhất do quan điểm ưu tiên bảo vệ tính mạng người bệnh LMB, sẵn sàng rút catheter chuyển sang TNT ở thời điểm phù hợp nhất. Sau năm 2020 chúng tôi không còn BN nào tử vong do VPM.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 54 BN VPM với tổng cộng 101 đợt VPM trong 05 năm (2019- 2023) chúng tôi rút ra một số kết luận sau: tác nhân thường gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus aureus*. Tỷ lệ cấy âm tính vẫn còn cao so với khuyến cáo ISPD (30,69%). Tỷ lệ phù hợp và đáp ứng kháng sinh kinh nghiệm theo khuyến cáo ở mức thấp (49,50%). Tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng, tiếp tục LMB đạt 72,27%. Tỷ lệ rút bỏ catheter Tenckhoff chuyển sang thận nhân tạo còn cao, nhưng tỷ lệ tử vong thấp. Có 2 yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị là tuổi cao và thời gian nằm viện kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Viết Cường, Phạm Đình Chi. Khảo sát biến chứng nhiễm trùng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thẩm phân phúc mạc

- liên tục ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2015;19(4):441-4.
2. **Nguyễn Hùng Nguyễn Thị Phòng, Đặng Anh Đào và cs.** Khảo sát các biến chứng của phương pháp lọc màng bụng liên tục ngoại trú ở bệnh thận giai đoạn cuối. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2011;15(3):45-50.
 3. **Trần Lê Quân.** Khảo sát vi trùng học và đáp ứng kháng sinh điều trị viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2013;17(3):97-103.
 4. **Võ Tam.** Cẩm nang lọc màng bụng. Bộ Y tế: Nhà xuất bản y học; 2015.
 5. **Chienwichai K, Sangaew S, Chuachanpipat L, Chang A.** Comparison of clinical outcomes between culture-negative and positive peritonitis in patients undergoing maintenance peritoneal dialysis: a prospective cohort study. BMC nephrology. 2023;24(1):340.
 6. **Brown MC, Simpson K, Kerssens JJ, Mactier RA.** Peritoneal dialysis-associated peritonitis rates and outcomes in a national cohort are not improving in the post-millennium (2000-2007). Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis. 2011;31(6):639-50.
 7. **Ghali JR, Bannister KM, Brown FG, Rosman JB, Wiggins KJ, Johnson DW, et al.** Microbiology and outcomes of peritonitis in Australian peritoneal dialysis patients. Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis. 2011;31(6):651-62.
 8. **Li PK, Chow KM, Cho Y, Fan S, Figueiredo AE, Harris T, et al.** ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis. 2022;42(2):110-53.
 9. **Pattanachaiwit N, Gojaseni P, Junrak J, Riengchan P, Pajareya T, Chittinandana A.** The changing profile of PD-related peritonitis in Thailand: a single centers experience. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2011;94 Suppl 4:S44-51.