

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM BIẾN CHỨNG VIÊM PHỨC MẠC NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ

NGUYỄN VĨNH HƯNG

## TÓM TẮT

Viêm phúc mạc là một nhiễm khuẩn một phần hoặc tất cả các vùng của khoang màng bụng giữa lá thành và lá tạng. Viêm phúc mạc được chia làm hai loại là viêm phúc mạc nguyên phát và viêm phúc mạc thứ phát. Viêm phúc mạc nguyên phát ở bệnh nhân hội chứng thận hư là viêm phúc mạc nội khoa. Từ năm 1989 đến năm 1998 trong tổng số 1134 bệnh nhân điều trị tại khoa thận bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán hội chứng thận hư, chúng tôi gặp 19 trường hợp viêm phúc mạc tiên phát chiếm tỷ lệ 1,7%. Nam giới 16 người ( 84.2%), nữ giới 3 người ( 15,8 %). Tuổi trung bình  $22.5 \pm 6.5$ . Trong đó nhóm nam giới có tuổi trung bình là  $21.8 \pm 4.3$ , nhóm nữ giới có tuổi trung bình là  $25.7 \pm 5.1$ . Triệu chứng hằng định của bệnh (100%) là đau, phản ứng thành bụng, rối loạn tiêu hóa đột ngột xảy ra trên bệnh nhân đang điều trị hội chứng thận hư. Các xét nghiệm cấy dịch màng bụng, cấy máu giúp ích chẩn đoán tuy nhiên tỉ lệ cấy âm tính cao(50%), cấy máu 10%. Vi khuẩn hay là phế cầu khuẩn(30%) và e.coli(20%). Các biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn gặp trong phần lớn các trường hợp(84,2%). Các dấu hiệu rối loạn nước điện giải, rối loạn tuần hoàn là các triệu chứng rất nặng gây tử vong. Điều trị chính là dùng kháng sinh phối hợp liều cao phổ rộng đường tĩnh mạch (100%), phối hợp ngoại khoa khi cần dẫn lưu ổ bụng.

Từ khóa: hội chứng thận hư, viêm phúc mạc nguyên phát.

## SUMMARY

Peritonitis is infection of peritoneum. Peritonitis is divided into two types of spontaneous and secondary infection. Spontaneous peritonitis is one of severe complication in nephrotic syndrome patient. From 1989 to 1998 a total of 1134 kidney disease patients treated at the Bach Mai hospital, we experienced 19 cases of peritonitis, occupied rate of 1.7%. Men's 16 (84.2%), 3 women (15.8%). Average age  $22.5 \pm 6.5$ : In the men group  $21.8 \pm 4.3$ , group of women  $25.7 \pm 5.1$ . Common symptoms of disease (100%) are painful, reactions to stomach, digestive disorders, suddenly found on patients being treated for nephritic syndrome. The test blood and liquid peritoneum culture helps diagnosis but the rate of negative high: 50% peritoneum, 10% blood. The bacteria are s.pneumoniae (30%) and E.coli (20%). The current status of infections encountered in most cases (84.2%). 89,4% patients suffered from renal failure.

Signs of water - electricity disorders, circulatory disorders are very severe fatal. Treatment is combined antibiotics used common high dose, intravenous, width (100%), surgeon intervention and renal replacement therapy in severe renal failure or electricity disorder.

Keywords: Spontaneous peritonitis, nephrotic syndrome

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc là một nhiễm khuẩn một phần hoặc tất cả các vùng của khoang màng bụng giữa lá thành và lá tạng. Bệnh thường do vi khuẩn có nguồn gốc từ các bệnh đường tiêu hóa, cơ quan sinh dục, ít gặp hơn là các nguyên nhân bên ngoài, chấn thương hay do sự xâm nhập từ nhiễm khuẩn. Viêm phúc mạc được chia làm hai loại là viêm phúc mạc nguyên phát và viêm phúc mạc thứ phát. Viêm phúc mạc thứ phát là biến chứng thường xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập vào phúc mạc từ một tạng bị viêm trong ổ bụng. Mầm bệnh là các loại vi khuẩn hỗn hợp, trong đó trực khuẩn gram âm và vi khuẩn yếm khí. Các nguyên nhân thường gặp: loét dạ dày tá tràng, hoại tử ruột cấp tính, viêm ruột thừa, viêm túi thừa đại tràng, viêm ống mật cấp, viêm tụy cấp, viêm vòi trứng. Viêm phúc mạc nguyên phát thường xảy ra ở những bệnh nhân bị xơ gan, hội chứng thận hư, cổ trướng. Nguyên nhân chưa rõ. Mầm bệnh có khả năng nhân lên trong dịch cổ trướng. Trong các biến chứng của hội chứng thận hư, viêm phúc mạc tiên phát là một biến chứng nặng nề. Bệnh có nhiều biểu hiện phức tạp, diễn biến với nhiều hình thái khác nhau.

Tại Việt nam và trên thế giới ít có những nghiên cứu về biến chứng viêm phúc mạc tiên phát ở bệnh nhân hội chứng thận hư. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm biến chứng viêm phúc mạc nguyên phát ở bệnh nhân có hội chứng thận hư.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

- Gồm các bệnh nhân có hội chứng thận hư:  
Protein niệu > 3,5 g/24h  
Protid máu < 60 g/l; albumin máu < 30g/l,  
Cholesterol > 6,5mmol/lít; triglycerid > 2,3mmol/lít  
Có hạt mỡ lưỡng chất, trụ mỡ trong nước tiểu
- Biểu hiện viêm phúc mạc:  
Sốt  
Đau bụng

Phản ứng thành bụng, cảm ứng thành bụng  
Rối loạn tiêu hóa: nôn, buồn nôn.  
Bạch cầu máu cao.

## 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn nghiên cứu  
- Các bệnh nhân được theo dõi theo mẫu bệnh án chung:

Triệu chứng lâm sàng: hội chứng thận hư, viêm phúc mạc

Các xét nghiệm cho bệnh nhân bao gồm: ure, creatinin, glucose, điện giải, công thức máu và protein niệu 24h.

Cấy máu

Cấy dịch ổ bụng

Chụp Xq bụng, siêu âm bụng

- Điều trị bằng thuốc kháng sinh phối hợp:

Betalactam + macrolide nếu cấy có phế cầu

Betalactam + glycozid nếu do vi khuẩn gram âm

Betalactam nếu cấy âm tính

- Điều trị ngoại khoa nếu kháng sinh 48h không kết quả

- Các số liệu xử lý theo toán thống kê y học spss10.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ năm 1989 đến năm 1998 trong tổng số 1134 bệnh nhân điều trị tại khoa thận bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán hội chứng thận hư, chúng tôi gặp 19 trường hợp viêm phúc mạc tiên phát chiếm tỷ lệ 1,675%. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy biến chứng viêm phúc mạc tiên phát ở bệnh nhân hội chứng thận hư là biến chứng ít gặp nhưng nặng nề, với nhiều biểu hiện phức tạp, diễn biến thay đổi. Tỷ lệ gặp là 1.7% so với một số tác giả khác như BRUNER và SUDDARTH là 1,23%, JONH DAVIS là 1,45%.

### 1. Đặc điểm về giới trong nghiên cứu.

Bảng 1: Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu:

	Nam	Nữ	Tổng
n	16	3	19
%	84,2%	15,8%	100%

Có 19 bệnh nhân tham gia và tuân thủ đầy đủ các yêu cầu của nghiên cứu. Nam giới 16 người ( 84.2%), nữ giới 3 người (15,8 %). Đa số bệnh nhân đã được chẩn đoán hội chứng thận hư từ trước và đã được điều trị. Tuy nhiên hầu hết đều không tuân thủ điều trị. Khi đến bệnh viện, các bệnh nhân thường trong tình trạng phù to, suy thận, suy dinh dưỡng, kèm theo nhiều biến chứng khác.

### 2. Đặc điểm về tuổi trong nghiên cứu.

Bảng 2: Phân bố tuổi trong nghiên cứu

	Tổng số	Nam	Nữ
Số bệnh nhân	19	16	3
Tuổi trung bình	22.5±6.5	21.8±4.3	25.7±5.1

19 bệnh nhân của nghiên cứu có tuổi trung bình 22.5 ± 6.5. Trong đó nhóm nam giới có tuổi trung bình

là 21.8±4.3, nhóm nữ giới có tuổi trung bình là 25.7±5.1. Hai nhóm này không khác nhau về tuổi trung bình.

### 3. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 3: các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Sốt	17	89,5%
Đau cơ cứng	19	100%
Phản ứng thành bụng	19	100%
Cảm ứng phúc mạc	19	100%
Nôn	18	94,7%
Buồn nôn	19	100%
Bí trung đại tiện	14	73,7%
Trụy mạch	3	15,8%
Tử vong	3	15,8%

Trong nghiên cứu có 19 bệnh nhân đau bụng rõ, có cơ cứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, 17 bệnh nhân có sốt, 18 bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa, nôn, buồn nôn, 5 bệnh nhân có rối loạn nước điện giải, 3 bệnh nhân có tụt huyết áp, trụy mạch. Trong số 19 trường hợp viêm phúc mạc tiên phát có 3 bệnh nhân tử vong, chiếm tỷ lệ 15,8%. Phúc mạc bị viêm, thiếu máu tổ chức, chấn thương. Đầu tiên là sự thâm nhiễm vi khuẩn xuất hiện gây phù nề mô, tăng xuất tiết dịch trong ổ bụng, tỷ lệ protein tăng cao, tăng bạch cầu và hồng cầu trong dịch màng bụng. Hệ thống ruột lúc đầu đáp ứng bằng tăng nhu động sau đó là liệt ruột với hình ảnh mức nước, mức hơi. Hệ thống tim mạch cũng bị ảnh hưởng, giảm thể tích máu, giảm cung lượng tim, giảm tưới máu ngoại vi đặc biệt là ở cơ. Tổn thương phổi do chèn ép ổ bụng. Ngoài ra còn có các tổn thương do nhiễm độc. Các triệu chứng phụ thuộc vào vị trí, sự lan rộng và nguyên nhân gây bệnh. Các triệu chứng hằng định bao gồm đau bụng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc. triệu chứng sốt có thể bị che lấp ở bệnh nhân quá suy kiệt hay đang dùng corticoid. Đặc điểm cơn sốt cũng âm ỉ, không cao. Trong 3 trường hợp tử vong, các triệu chứng không rõ ràng, bệnh nhân đau âm ỉ vùng bụng, không sốt, các xét nghiệm cấy dịch màng bụng âm tính, bạch cầu máu không tăng, các triệu chứng rối loạn điện giải và truy tuần hoàn xuất hiện nhanh và nặng nề.

### 4. Đặc điểm xét nghiệm.

Bảng 4: Các xét nghiệm

	Trung bình	Số có suy thận	%
Ure(mmol/l)	18.9±6.6	17	89,5%
Creatinin(micromol/l)	309.2± 67.9	17	89,5%
Natri(mmol/l)	126.5± 5.6	19	100%
Kali (mmol/l)	4.6±0.8	19	100%
Chlo (mmol/l)	92.3±7.7	19	100%
Hồng cầu (T/l)	2.9±1.0	19	100%
Hemoglobin(g/l)	85.6±29.6	19	100%
Bạch cầu	13,6± 9.6	16	84,2%
Protein niệu (g/24h)	3.7±2.9	19	100%

Các xét nghiệm cho thấy dấu hiệu suy thận gặp ở 17 trường hợp chiếm 89,5%. Dấu hiệu rối loạn điện giải cũng hằng định 100%. Biểu hiện là hạ natri máu, hạ clo máu, nguyên nhân do hội chứng thận hư, ngoài ra còn do nôn. Không thấy dấu hiệu tăng kali máu ở bệnh nhân suy thận. Hồng cầu và hemoglobin giảm 100% các trường hợp. Tỷ lệ bạch cầu tăng trong máu là 16/19 chiếm 84,2%. Như vậy dấu hiệu bạch cầu không tăng là tiên lượng xấu vì thể trạng và mức độ phản ứng của cơ thể rất yếu.

Bảng 5: Kết quả xét nghiệm vi sinh

		n	%
Bạch cầu dịch màng bụng	+	10	52,6%
Cấy dịch màng bụng	Phế cầu	3	30%
	E.coli	2	20%
	Âm tính	5	50%
Cấy máu	E coli	1	10%
	Âm tính	9	90%

Trong 19 bệnh nhân có 10 trường hợp được cấy dịch màng bụng và cấy máu. Tỷ lệ bạch cầu trong dịch cổ trướng là 10/10, 100%. Trong khi nuôi cấy vi khuẩn thì chỉ có 5/ 10 là dương tính (50%). Trong đó 3 trường hợp thấy phế cầu chiếm 30%, 2 trường hợp thấy E. coli chiếm 20%. Kết quả cấy máu có 9 trường hợp âm tính, 1 trường hợp có E.coli

### 5. Điều trị.

- Điều trị kháng sinh phối hợp 19/19

Bảng 6: Kháng sinh điều trị

Nhóm kháng sinh	n	%
Betalactam + Macrolide	6	31,6%
Betalactam + Glycozide	4	21,1%
Betalactam + quinolon	9	47,4%

Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh liều cao phối hợp. Trong đó nhóm cephalosporin thế hệ III có phổ tác dụng rộng phối hợp với các nhóm khác. Chỉ có 4 trường hợp sử dụng aminoglycoside vì nguy cơ suy giảm chức năng thận. Các loại kháng sinh khác là quinolon (47,4%) và macrolid (31,6%). Đây là nhóm thuốc nhạy cảm với phế cầu và E.coli. Thời gian điều trị trung bình là 2 tuần. Phương pháp điều trị nội khoa phối hợp kháng sinh liều cao đường tĩnh mạch cho kết quả tốt. Nếu phát hiện sớm và điều trị tốt thì không cần phải can thiệp ngoại khoa.

- Điều trị khác

Điều trị triệu chứng, chống sốc, chống rối loạn nước điện giải, lọc máu

Điều trị ngoại khoa 2 trường hợp. Trong đó có một trường hợp tử vong vì tụt áp không nâng lên được. Một trường hợp lau rửa ổ bụng về điều trị nội khoa bằng kháng sinh thì tốt lên.

## KẾT LUẬN

Viêm phúc mạc tiên phát ở bệnh nhân hội chứng thận hư là viêm phúc mạc nội khoa. Triệu chứng hằng định của bệnh (100%) là đau, phản ứng thành bụng, rối loạn tiêu hóa đột ngột xảy ra trên bệnh nhân đang điều trị hội chứng thận hư. Các xét nghiệm cấy dịch màng bụng, cấy máu giúp ích chẩn đoán tuy nhiên tỷ lệ cấy âm tính cao (50%), cấy máu 10%. Vì vậy phải cấy trước khi dùng kháng sinh. Vi khuẩn hay là phế cầu khuẩn (30%) và e.coli (20%). Bệnh tiên lượng dựa vào việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời, các dấu hiệu rối loạn nước điện giải nhẹ và tình trạng huyết động máu tốt. Về chẩn đoán: đứng trước bệnh nhân hội chứng thận hư có đau bụng, có phản ứng thành bụng thì phải nghĩ tới viêm phúc mạc, cần chọc cấy dịch màng bụng. Các biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn gặp trong phần lớn các trường hợp (84,2%). Các dấu hiệu rối loạn nước điện giải, rối loạn tuần hoàn là các triệu chứng rất nặng gây tử vong. Điều trị chính là dùng kháng sinh phối hợp liều cao phổ rộng đường tĩnh mạch, phối hợp ngoại khoa khi cần dẫn lưu ổ bụng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GorensekMJ, Lebel MH, Nelson JD. *Peritonitis in children with nephrotic syndrome*. Pediatrics 81: 849, 1988.
- Feinstein EI, Chesney RW, Zelikovic I. *Peritonitis in children renal disease*. AmJ Nephrol 8: 147, 1988.
- Krensky AM, IngelfingerJR, Grupe WE. *Peritonitis in childhood nephrotic Syndrome, 1970-1980*. Am J Dis Child 136: 732, 1982.
- Rubin HM, Blau EB, Michaels RH. *Hemophilus and pneumococcal peritonitis in children with the nephrotic syndrome*. Pediatrics 56: 598, 1975.
- Rusthoven J, Kabins SA. *Hemophilus influenzae cellulitis with bacteremia, peritonitis, and pleuritis in an adult with nephrotic syndrome*. 720 Internal Medicine Vol. 32, No. 9 (September 1993).
- Cameron JH, Ogg CS, Wass VJ. *Complications of the nephrotic syndrome*. The Nephrotic Syndrome, Marcel Dekker, New York, 1988, p. 849.
- Kato A, Fukayama M, Inamatsu T. *A report of 1 cases of spontaneous bacterial peritonitis*. J Jpn Assoc Infect Dis 62: 435, 1988.
- Akalin HE, Fisher KA, Laleli Y, Caglar S. *Bactericidal activity of ascitic fluid in patients with nephrotic syndrome*. EurJ Clin Invest 15: 1 38, 1985.
- Rusthoven J, Kabins SA *Peritonitis in Adult Nephrotic Syndrome*, SouthMedJ 71: 1433, 1978