

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CĂN NGUYÊN VI SINH
GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN
ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

Lê Văn Nam^{1*}, Nguyễn Việt Phương¹

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh gây nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân (BN) xơ gan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 BN xơ gan nhiễm khuẩn huyết có kết quả cấy máu dương tính điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2020 - 12/2022. **Kết quả:** Xơ gan do rượu chiếm 52,4%, do HBV chiếm 21,4%. Triệu chứng khi nhập viện: Sốt cao, rét run (81,0%); tức ngực, khó thở 38,1%; cổ trướng, đau tức bụng (33,3%). Xét nghiệm: Giảm bạch cầu (BC) (< 4 G/L) chiếm 28,6%; tăng CRP \geq 100 mg/L và PCT \geq 10 ng/mL lần lượt là 81,0% và 57,1%. Tổn thương thận cấp và rối loạn điện giải là 61,9% và 78,6%; tăng lactate máu \geq 5 mmol/L chiếm 33,3%. Đường vào nhiễm khuẩn huyết: 33,3% từ đường tiêu hóa, 28,6% từ đường hô hấp và 19,0% không rõ đường vào. Vi khuẩn gram âm chiếm đa số (76,2%). Căn nguyên vi sinh: *E.coli* (42,9%), *K.pneumoniae* (16,7%), *Streptococcus* spp (14,2%), *S.aureus* (7,1%) và *P.aeruginosa* (7,1%). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan thường do vi khuẩn gram âm, đường vào tiêu hóa và *E. coli* là căn nguyên thường gặp nhất; thường đi kèm với tình trạng giảm BC, tổn thương thận cấp và rối loạn điện giải.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết; Xơ gan; Căn nguyên vi sinh.

**CLINICAL, SUBCLINICAL, AND MICROBIOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF SEPSIS IN CIRRHOTIC PATIENTS
AT MILITARY HOSPITAL 103**

Abstract

Objectives: To describe some clinical, subclinical, and microbiological characteristics of sepsis in cirrhotic patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Lê Văn Nam (drlnam103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 25/01/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i2.646>

study on 42 septic cirrhosis patients with positive blood culture results, treated in the Department of Infectious Diseases, Military Hospital 103 from December 2020 to December 2022. **Results:** Alcoholic cirrhosis accounted for the highest rate of 52.4%, followed by HBV with 21.4%. The most common symptoms on admission were high fever and chills (81.0%); chest tightness and shortness of breath (38.1%); ascites and abdominal pain (33.3%). Laboratory tests: Leukopenia (< 4 G/L) accounted for 28.6%; increases in CRP ≥ 100 mg/L and PCT ≥ 10 ng/mL accounted for the majority of 81% and 57.1%, respectively. Rates of acute kidney injury and electrolyte disturbances were 61.9% and 78.6%, respectively, and an increase in lactate ≥ 5 mmol/L was recorded at 33.3%. Entry of bacteria: 33.3% was from the gastrointestinal tract, the respiratory tract was 28.6%, the unknown origin was 19.0%. Gram-negative bacteria accounted for the majority, with 76.2%. Microbial causes: *E.coli* (42.9%), *K.pneumoniae* (16.7%), *Streptococcus* spp (14.2%), *S.aureus* (7.1%), and *P.aeruginosa* (7.1%). **Conclusion:** Sepsis in cirrhotic patients was often caused by gram-negative bacteria; transmission route from the gastrointestinal tract and *E.coli* was the most common causes and were accompanied by acute kidney injury and electrolyte disorders.

Keywords: Sepsis; Cirrhosis; Microbiological cause.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân gây tử vong khoảng 30 - 50% trên BN xơ gan, cao gấp 4 - 5 lần so với BN nhập viện nói chung và đặc biệt cao hơn ở những người bị xuất huyết tiêu hóa (45 - 60%) [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở BN xơ gan, do tình trạng suy giảm chức năng gan, suy giảm miễn dịch nên dẫn tới nguy cơ cao mắc nhiễm khuẩn huyết. Hiện nay, chẩn đoán căn nguyên và điều trị sớm nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan còn gặp

nhiều khó khăn do chồng lấp giữa tình trạng suy giảm chức năng gan nói riêng và các cơ quan khác - hậu quả của xơ gan (hạ huyết áp nền, tăng nhịp thở do cổ trướng, bệnh não gan, giảm thanh thải lactate,...). Bên cạnh đó, căn nguyên vi sinh gây bệnh thường thay đổi tùy theo từng nghiên cứu và không có sự tương đồng trên các đối tượng xơ gan về đặc điểm dịch tễ, chủng tộc và khu vực địa lý. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và*

căn nguyên vi sinh gây nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (2020 - 2022).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 42 BN xơ gan có nhiễm khuẩn huyết điều trị nội trú tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2020 - 12/2022

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan dựa vào ba hội chứng [2]: Hội chứng suy tế bào gan, hội chứng thay đổi hình thái gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo Bộ Y tế 2015 [3]: Có bằng chứng nhiễm khuẩn và kết quả cấy máu dương tính; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

Kết quả cấy máu âm tính; mắc các bệnh lý mạn tính như AIDS, BC cấp, ung thư,...

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

** Các bước thực hiện:*

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, nguyên nhân xơ gan, giai đoạn xơ gan theo Child-Pugh.

- Xác định căn nguyên vi sinh phân lập được.

- Tổng hợp và phân tích số liệu theo thuật toán thống kê.

** Các biến số nghiên cứu:*

- Tuổi, giới tính, nguyên nhân xơ gan, điểm Child Pugh, triệu chứng nhập viện (được thống kê theo tần suất gặp phải của từng triệu chứng), can thiệp cấp cứu, xét nghiệm cận lâm sàng đánh giá chức năng các cơ quan, CRP, procalcitonin, lactate máu, điện giải, chức năng thận, nước tiểu.

- Các căn nguyên vi sinh phân lập được, thống kê tỷ lệ %

** Xử lý số liệu:* Tất cả các số liệu được thống kê trên Excel 16.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu được thu thập dựa trên các dữ liệu BN được thực hiện xét nghiệm thường quy khi điều trị nội trú tại Bệnh viện, không ảnh hưởng đến quyền lợi cũng như chi phí xét nghiệm. Mọi thông tin người bệnh đều được giữ kín. Nhóm tác giả xin cam đoan các số liệu, kết quả nêu trong đề tài là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác; và cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ Min - max	$52,57 \pm 10,39$ 41 - 72
Nhóm tuổi (tuổi)	40 - 49	12 28,6
	50 - 59	16 38,1
	60 - 69	8 19,0
	≥ 70	6 14,3
Nam	38	90,5
Nữ	4	9,5

Tuổi trung bình của BN xơ gan có nhiễm khuẩn huyết là $52,57 \pm 10,39$, nhóm tuổi $\geq 50 - 59$ chiếm tỷ lệ cao nhất 38,1%. Tỷ lệ nam 90,5%, tỷ lệ nam/nữ: 9,5/1.

Bảng 2. Nguyên nhân xơ gan, giai đoạn xơ gan của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân	Rượu	22 52,4
	Rượu + HBV	8 19,0
	HBV	9 21,4
	HCV	3 7,2
Child - Pugh	A	4 9,5
	B	18 42,9
	C	20 47,6

Nguyên nhân xơ gan do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 52,4%, do HBV chiếm 21,4%; do cả rượu và HBV chiếm 19,0%. Xơ gan Child C chiếm 47,6% và Child B chiếm 42,9%.

Bảng 3. Một số triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

	Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do nhập viện	Sốt cao, rét run	34	81,0
	Tức ngực, khó thở	16	38,1
	Cổ trướng, đau tức bụng	14	33,3
	Rối loạn tiêu hóa	12	28,6
	Rối loạn ý thức	7	16,7
	Xuất huyết tiêu hóa	4	9,5
	Khác	6	14,3
Cấp cứu	Shock nhiễm khuẩn	16,0	38,1
	Can thiệp thở máy	9,0	21,4

Lý do nhập viện: Sốt cao, rét run là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 81,0%; tiếp đến tức ngực, khó thở (38,1%); cổ trướng, đau tức bụng (33,3%). Tỷ lệ hạ huyết áp, cần can thiệp sử dụng thuốc vận mạch là 38,1%; suy hô hấp cần can thiệp thở máy chiếm 21,4%.

Bảng 4. Một số xét nghiệm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

	Xét nghiệm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (G/L)	$\bar{X} \pm SD$	10,43 ± 14,36	
	< 4	12	28,6
	4 - 10,9	8	19,0
	≥ 11	22	52,4
CRP (mg/L)	$\bar{X} \pm SD$	180,78 ± 112,46	
	< 100	8	19,0
	≥ 100	34	81,0
PCT (ng/mL)	$\bar{X} \pm SD$	44,27 ± 31,56	
	< 10	18	42,9
	≥ 10	24	57,1
Tổn thương thận cấp	Có	26	61,9
	Không	16	38,1
Rối loạn điện giải	Có	33	78,6
	Không	9	21,4
Lactate (mmol/L)	$\bar{X} \pm SD$	4,49 ± 4,97	
	< 5	28	66,7
	≥ 5	14	33,3

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

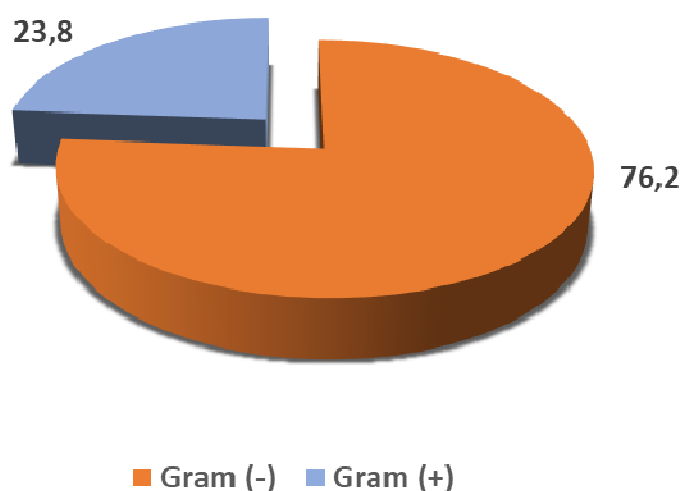
Tỷ lệ BN có giảm BC (< 4 G/L) chiếm 28,6%; tăng CRP ≥ 100 mg/L và PCT ≥ 10 ng/mL chiếm tỷ lệ đa số, lần lượt 81% và 57,1%. Tỷ lệ tổn thương thận cấp và rối loạn điện giải là 61,9% và 78,6%. Nồng độ lactate máu trung bình là $4,49 \pm 4,97$ mmol/L, tăng lactate ≥ 5 mmol/L chiếm 33,3%.

2. Một số đặc điểm căn nguyên vi sinh gây nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan

Bảng 5. Đường vào của nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan.

Đường vào	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiêu hóa	14	33,3
Hô hấp	12	28,6
Tiết niệu	5	11,9
Da mô mềm	3	7,1
Không rõ	8	19,0

Đường vào nhiễm khuẩn huyết từ đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), tiếp đến hô hấp (28,6%), không rõ đường vào (19,0%).



Biểu đồ 1. Căn nguyên vi sinh gây nhiễm khuẩn huyết trên xơ gan.

Nhóm vi khuẩn gram (-) chiếm tỷ lệ đa số với 76,2%, gram (+) chiếm 23,8%.

Bảng 6. Các căn nguyên vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn huyết trên xơ gan.

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Escherichia coli</i>	18	42,9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	16,7
<i>Streptococcus spp</i>	6	14,2
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	7,1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	7,1
<i>Aeromonas hydrophila</i>	2	4,8
<i>Enterococcus spp</i>	1	2,4
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	2,4
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	1	2,4

Vi khuẩn hay gặp là *E.coli* (42,9%), *K.pneumoniae* (16,7%), *Streptococcus spp* (14,2%), *S.aureus* (7,1%) và *P.aeruginosa* (7,1%).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan

* Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của BN là $52,57 \pm 10,39$, trong đó nhóm tuổi từ 40 - 59 chiếm tỷ lệ đa số với 66,7%, nam giới chiếm tỷ lệ 90,5%. So sánh với các nghiên cứu trong nước, độ tuổi và tỷ lệ nam/nữ cũng tương khá tương đồng; nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang

có độ tuổi trung bình $56,18 \pm 10,67$, tỷ lệ nam/nữ 6,5/1 [4]. Nghiên cứu của Lại Quang Lộc và CS, độ tuổi trung bình 53 ± 10 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là 45 - 64 tuổi (69,6%) [4]. So sánh với các nghiên cứu nước ngoài, độ tuổi nhiễm khuẩn huyết trên xơ gan tại Việt Nam thường thấp hơn so với các nghiên cứu ở châu Âu hay châu Mỹ. Điều này được giải thích do căn nguyên dẫn đến xơ gan tại Việt Nam thường do rượu và viêm gan virus B, bệnh biểu hiện và diễn biến sớm hơn các căn nguyên xơ gan do gan nhiễm mỡ, các virus gây viêm gan khác...

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THÔNG HỌC VIỆN QUÂN Y

Nguyên nhân gây xơ gan, như đã bàn luận ở trên, chúng tôi thấy căn nguyên xơ gan do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 47,6%, kết hợp cả rượu và HBV 19%. Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc bệnh và lưu hành viêm gan virus B cao nên nguyên nhân xơ gan do HBV thường chiếm tỷ lệ không nhỏ trong các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ nguyên nhân do rượu phụ thuộc vào từng địa điểm và đối tượng nghiên cứu. Theo Nguyễn Công Long và CS, trên đối tượng xơ gan tại Bệnh viện Bạch Mai, nguyên nhân do rượu chiếm tới 55% [5]. Trong khi đó, theo Lại Quang Lộc, rượu lại là nguyên nhân xếp hàng thứ 3 sau virus viêm gan B và viêm gan C [6].

Dù có sự khác nhau về nguyên nhân xơ gan trong các nghiên cứu mà chúng tôi đã đề cập, tỷ lệ giai đoạn xơ gan theo Child Pugh đều có nhiều điểm tương đồng với kết quả của chúng tôi. Đa số BN xơ gan có nhiễm khuẩn huyết đều ở giai đoạn xơ gan child B và C. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh nhiễm khuẩn huyết trên xơ gan đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu, khi chức năng gan bị suy giảm nặng, mất bù, sức đề kháng của cơ thể người bệnh bị suy giảm dẫn tới tăng nguy cơ nhiễm khuẩn huyết.

** Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:*

Qua thăm khám tại thời điểm nhập viện, sốt cao kèm rét run là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 81,0%, tiếp theo các triệu chứng đường hô hấp (tức ngực, khó thở 38,1%), đường tiêu hóa (cổ trướng và rối loạn tiêu hóa). Tuy nhiên, có một tỷ lệ không nhỏ BN nhiễm khuẩn huyết nhập viện có rối loạn ý thức và trong tình trạng xuất huyết tiêu hóa, đây chính là một vấn đề cần lưu ý khi tiếp nhận BN do các triệu chứng này thường lẫn với các biểu hiện thông thường của BN xơ gan. Bên cạnh đó, trong cơ chế bệnh sinh của xơ gan, xơ gan mất bù, huyết áp nền của BN thường giảm cùng với tiến triển của xơ gan, rối loạn nhịp thở do cổ trướng và các bệnh lý não gan. Do vậy, tỷ lệ BN nhập viện trong tình trạng tụt huyết áp, cần can thiệp cấp cứu sử dụng thuốc vận mạch và thở máy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chiếm một tỷ lệ không nhỏ, lần lượt là 38,1% và 21,4%.

Số lượng BC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $10,43 \pm 14,36$ G/L, trong đó đáng lưu ý có một tỷ lệ tương đối BN nhập viện trong tình trạng có giảm BC (< 4 G/L) chiếm 28,6%. Giảm BC là một triệu chứng thường đề cập trên BN xơ gan do

nguyên nhân cường lách, giảm tuổi thọ BC trung tính, ngừng trưởng thành BC giai đoạn tiền tủy bào hay rối loạn các yếu tố G-CSF và GM-CSF,... [7]. Tuy nhiên, khi tiếp cận trên BN có sốt, giảm BC thường được gợi ý là tình trạng nhiễm khuẩn gram âm nặng, cần can thiệp xử trí kịp thời nguy cơ cao dẫn tới tình trạng shock nhiễm khuẩn, suy đa tạng.

Các xét nghiệm marker viêm tăng cao rõ rệt, trong đó đa số có CRP tăng trên 100 mg/L (81,0%) và PCT trên 10 ng/mL (57,1%). Bên cạnh các xét nghiệm về tình trạng nhiễm khuẩn, tỷ lệ tổn thương thận cấp và rối loạn điện giải (Na, K, Cl, Ca) cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Rối loạn điện giải là một trong những biến chứng của xơ gan, thường gặp ở những bệnh xơ gan mất bù, và cũng là một trong những yếu tố thúc đẩy làm nặng thêm tình trạng bệnh; gia tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng như: Hội chứng gan thận, hội chứng não gan, nhiễm trùng dịch ổ trướng... Nguy cơ tử vong ở BN xơ gan cổ trướng với nồng độ natri máu < 125 mmol/L tăng lên 48% [8]. Vì vậy, trong cấp cứu, xử trí các BN nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau, đặc biệt là chuyên ngành truyền nhiễm và nội tiêu hóa, thận tiết niệu.

Nồng độ lactate máu tăng thể hiện tình trạng tụt huyết áp, giảm tưới máu tổ chức, liên quan tới tình trạng nặng và là nguy cơ độc lập tới tử vong ở BN NKH. Tuy nhiên, trên BN xơ gan, nồng độ lactate thường có xu hướng tăng hơn người bình thường do khi gan bị xơ, khả năng thanh thải lactate ở gan cũng bị suy giảm. Kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ lactate máu trung bình là $4,49 \pm 4,97$ mmol/L, tỷ lệ BN có lactate máu ≥ 5 mmol/L chiếm tới 33,3%.

2. Một số đặc điểm căn nguyên vi sinh nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan

** Đường vào nhiễm khuẩn huyết:*

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, căn nguyên đường vào nhiễm khuẩn huyết thường gặp trên BN xơ gan là đường tiêu hóa (33,3%), hô hấp (28,6%), không rõ đường vào (19,0%). So sánh với kết quả nghiên cứu Vũ Thị Thu Trang, NKH đường vào tiêu hóa (38,5%), hô hấp (28,2%), không xác định (20,5%) [4]. Một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng đều ghi nhận đường tiêu hóa là đường vào thường gặp nhất trên BN xơ gan [9].

** Căn nguyên vi sinh theo kết quả nhuộm gram:*

Định hướng căn nguyên vi sinh để sử dụng kháng sinh khởi đầu theo kinh

nghiệm có vai trò rất quan trọng trong lâm sàng truyền nhiễm. Trên BN nhiễm khuẩn huyết có xơ gan, căn nguyên gram âm chiếm tỷ lệ đa số với 76,2%, gram dương chiếm 23,8%, phù hợp với đường vào của nhiễm khuẩn huyết, thường gặp từ đường tiêu hóa và từ đường hô hấp. Nghiên cứu của tác giả Yangxin Xie, trong 852 BN NKH trên nền xơ gan, tỷ lệ Gram âm là 59,6% và gram dương là 40,4% [10]. Tuy có sự khác biệt về tỷ lệ giữa nghiên cứu trong nước và nghiên cứu nước ngoài do có sự khác nhau về tỷ lệ suy chức năng gan theo Child Pugh, nhưng đa số các nghiên cứu đều ghi nhận nhiễm khuẩn huyết trên BN xơ gan đa số do các vi khuẩn gram âm.

* *Căn nguyên vi sinh theo kết quả phân lập từ cấy máu:*

Kết quả cấy máu cho thấy, nhiễm khuẩn huyết do *E.coli* thường gặp nhất với tỷ lệ 42,9%, tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* (16,7%) và các chủng *Streptococcus spp* (14,2%). Bên cạnh các căn nguyên thường gặp kể trên, chúng tôi cũng ghi nhận một số căn nguyên ít gặp khác như *Aeromonas hydrophila* (4,8%) và *Burkholderia pseudomallei* (2,4%), *Enterococcus spp* (2,4%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về nhiễm khuẩn huyết trên xơ gan, trong đó *E.coli* là căn nguyên vi khuẩn thường

gặp nhất. So sánh với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang, đối tượng xơ gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp - Hải Phòng, vùng thường tiếp xúc với nước lợ, chăn nuôi thủy hải sản, tỷ lệ *Aeromonas hydrophila* lên tới 20,5%, xếp sau căn nguyên *E.coli* và *K.pneumoniae* [5]. Yangxin Xie cũng ghi nhận *E.coli* là căn nguyên thường gặp nhất với 28,8%, *Klebsiella pneumoniae* 11,5% và các chủng *Streptococcus spp* 11,3%, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [8]. Như vậy, tùy theo từng nghiên cứu, các đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân xơ gan, cơ cấu và tỷ lệ căn nguyên vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn huyết cũng có sự khác nhau

KẾT LUẬN

Phân tích trên 42 BN xơ gan có nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2020 - 12/2022, chúng tôi nhận thấy:

Độ tuổi trung bình của BN là 52,57 ± 10,39, nhóm tuổi 40 - 59 chiếm đa số (66,7%), tỷ lệ nam/nữ: 9,5/1. Nguyên nhân xơ gan do rượu cao nhất (46,6%) do rượu và HBV chiếm 19,0%. Các triệu chứng khi nhập viện thường gặp nhất là sốt cao, rét run (81,0%); tức ngực khó thở (38,1%), cổ trướng đau tức bụng (33,3%). Xét nghiệm: Giảm BC (< 4 G/L) chiếm 28,6%; tăng CRP

≥ 100 mg/L và PCT ≥ 10 ng/mL chiếm đa số lần lượt 81% và 57,1%. Tỷ lệ tổn thương thận cấp và rối loạn điện giải: 61,9% và 78,6%, tăng lactate ≥ 5 mmol/L chiếm 33,3%.

Đường vào nhiễm khuẩn huyết từ đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%), tiếp đến hô hấp (28,6%) và không rõ đường vào (19,0%). Vi khuẩn gram âm chiếm đa số với 76,2%, gram dương 23,8%. Căn nguyên vi sinh: *E.coli* (42,9%), *K.pneumoniae* (16,7%), *Streptococcus* spp (14,2%), *S.aureus* (7,1%) và *P.aeruginosa* (7,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bunchorntavakul C, Chamroonkul N, Chavalitdhamrong D. Bacterial infections in cirrhosis: A critical review and practical guidance. *World J Hepatol.* 2016; 8(6):307-321.

2. Bacon BR. Cirrhosis and Its Complications. Harrison's principles of internal medicine, 20e. *McGraw-Hill Education, New York.* 2018.

3. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. *Quyết định số 5642/QĐ-BYT.* 2015.

4. Vũ Thị Thu Trang. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2018 -

2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.* Tháng 6, 2021; 503(2).

5. Nguyễn Công Long, Nguyễn Thị Minh Ngọc. Tìm hiểu đặc điểm vi khuẩn, lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân xơ gan có nhiễm khuẩn huyết. *Tạp chí Y học Việt Nam.* Tháng 4, 2022; (513)2.

6. Lại Quang Lộc, Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Thế Trung. Đặc điểm nhiễm trùng huyết ở bệnh nhân người lớn có xơ gan tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP.HCM. *Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh.* 2016; 20(1).

7. Qamar A, Grace N. Abnormal Hematological indices in cirrhosis. *Canadian Journal of Gastroenterology = Journal Canadien de Gastroenterologie.* 2009; 23:441-445.

8. Ginès P, Guevara M. Hyponatremia in cirrhosis: Pathogenesis, clinical significance, and management. *Hepatology.* 2008; 48(3):1002-1010.

9. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, et al. Bacterial infections in cirrhosis: A position statement based on the EASL Special Conference 2013. *Journal of Hepatology.* 2014; 60(6):1310-1324.

10. Xie Y, Tu B, Xu Z, et al. Bacterial distributions and prognosis of bloodstream infections in patients with liver cirrhosis. *Sci Rep.* 2017; 7(1):11482.