

## **VIÊM PHỨC MẠC SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA**

- Viêm phúc mạc (VPM) là 1 trong các tai biến nhiễm trùng nặng sau phẫu thuật.

- Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỉ lệ VPM sau mổ lấy thai khoảng 1-4/10.000 và sau mổ phụ khoa khoảng 1-3/10.000.

### **I. PHÂN LOẠI CHUNG**

- VPM nguyên phát: không tổn thương tạng, do vi khuẩn từ đường tiêu hóa hay đường máu vào trong ổ bụng mà không có nguồn rõ ràng. Có khoảng 10-30% người bệnh xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỉ lệ tử vong khoảng 25%.

- VPM thứ phát: là hậu quả của viêm cơ quan nội tạng (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa), không thủng tạng <10%, có thủng tạng > 50%, tai biến nhiễm trùng phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật sản phụ khoa,... cần điều trị được bằng phẫu thuật.

- VPM tái phát: tái phát nhiễm trùng sau khi điều trị VPM đầy đủ, thường thấy ở những người bệnh có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lĩnh vực Sản Phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

### **II. YẾU TỐ NGUY CƠ**

#### **2.1. Do người bệnh**

- Suy dinh dưỡng, điều kiện kinh tế thấp.

- Bệnh nội khoa: gan, thận, tiểu đường...

- Thiếu máu Hb < 12 g%.

- Tuổi > 60, béo phì.

- Có vết mổ cũ.

- Thời gian nằm viện trước mổ càng lâu nguy cơ nhiễm trùng tăng, nằm viện 1 ngày nguy cơ nhiễm trùng 1,1%, nằm viện 1 tuần nguy cơ nhiễm trùng 2%, nằm viện hơn 2 tuần nguy cơ nhiễm trùng 4,3%.

- Thời gian chuyển dạ, vỡ ối kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

#### **2.2. Do phẫu thuật (PT)**

- PT phức tạp, thời gian PT dài, nguy cơ nhiễm trùng tăng gấp 2 lần sau mỗi giờ PT ngay cả vết mổ sạch.

- PT mất máu nhiều, có máu tụ, nhiều mô hoại tử, nhiều vật lạ.
- Kháng sinh dự phòng thất bại.
- PT trong phòng mổ nhiễm, PT cấp cứu nhiễm trùng tăng gấp 2 lần.

### III. NGUYÊN NHÂN

- Các loại vi khuẩn (VK) gây VPM:

+ VK hiếu khí thường gặp: *Lactobacillus*, *Streptococcus*, *Diphtheroides*, *Staphylococcus*, *E.Coli*, *Enterococcus*.

+ VK kỵ khí thường gặp: *Bacteroides*, *Clostridia*.

- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong PT, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, mổ cắt tử cung, tổn thương ruột, bàng quang, niệu quản...

- VPM tái phát thường do: *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Enterococcus*, *Staphylococcus*, và *Candida sp*.

- Viêm phúc mạc sau PT vùng chậu thường do nhiều loại VK, phần lớn (60%) do VK kỵ khí, 20% cầu khuẩn hiếu khí Gram (+), 20% trực khuẩn hiếu khí Gram (-).

- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau PT thường do cầu khuẩn Gram (+) hay đôi khi do trực khuẩn Gram (-). Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm.

- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do VK kỵ khí.

### IV. TRIỆU CHỨNG

#### 4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt

Lưu ý: VPM trên người bệnh bị xơ gan giai đoạn muộn hoặc nhiễm trùng huyết nặng có thể chỉ sốt nhẹ.

- Khó thở, buồn nôn/nôn, ớn lạnh, chán ăn, tiểu ít, lo lắng.

#### 4.2. Triệu chứng thực thể

- Mạch nhanh, sốt > 38°C, nhịp thở nhanh, nông.

- Bụng: phản ứng dội, đau, thành bụng cứng, bụng chướng với tiếng ruột giảm hoặc không có. Đau bụng có thể không rõ ở người bệnh sau mổ lấy thai hoặc có ổ trướng do xơ gan.

#### 4.3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng  $> 11.000/\text{mm}^3$ , bạch cầu đa nhân (BCĐN) tăng.
- Cây máu, CRP tăng.
- Procalcitonin.
- Phân tích và cấy nước tiểu.
- Chức năng gan, thận.
- Amylase, lipase.
- Đông máu toàn bộ.
- Ion đồ.

#### **4.4. Chẩn đoán hình ảnh**

- Chụp bụng nằm ngửa hay đứng không sửa soạn, có khí trong ổ bụng, ruột non, đại tràng giãn rộng, phù nề thành ruột.
- Siêu âm có thể có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng.
- CT có cản quang ruột hoặc MRI: có khối trong ổ bụng, có dịch ổ bụng, có dịch cản quang lan vào ổ bụng. Trên hình ảnh CT, MRI thấy được phức tạp thành bụng dày. Nếu do sỏi gạc hoặc dị vật có thể thấy trong ổ bụng.

#### **4.5. Chọc rút dịch ổ bụng**

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:
  - + Đếm hồng cầu, bạch cầu.
  - + Cây tìm VT (âm tính giả trong 80% trường hợp).
  - + Nhuộm Gram.
  - + Protein toàn phần, Glucose, Albumin.
  - + Lactate dehydrogenase, Amylase, Lipase.
- Trong VPM nguyên phát: thường dịch ổ bụng có nhiều BCĐN  $\geq 250/\text{mm}^3$  (nếu cấy dương tính, có thể gặp 1 loại VK trong 90% trường hợp).
- VPM thứ phát: BCĐN  $\geq 250/\text{mm}^3$  hay  $\geq 500/\text{mm}^3$  (cấy có thể gặp nhiều loại VK).

- VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.

+ Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).

+ Tăng Lactate Dehydrogenase  $\geq$  225 UI/L.

- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch ổ chướng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN  $\geq$  250/mm<sup>3</sup>, nhưng tỉ lệ BCĐN thường < 50% tổng số bạch cầu. Thêm vào đó cấy VK thường âm tính.

- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại VK nhưng BCĐN < 250/mm<sup>3</sup> thường do VK lan tràn qua lỗ thủng ruột sau chọc rút dịch ổ bụng. Rủi ro này hiếm gặp chiếm tỉ lệ < 0,6% các trường hợp chọc dò ổ bụng và tỉ lệ tử vong thấp.

## **V. CHẨN ĐOÁN**

### **5.1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng**

- Sốt > 38<sup>0</sup>C kéo dài.

- Đau bụng nhiều.

- Có phản ứng thành bụng (sau mổ lấy thai thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).

- Chướng bụng, liệt ruột.

- Dịch ổ bụng.

- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

### **5.2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng**

- Bạch cầu > 11.000/mm<sup>3</sup>.

- CRP tăng cao.

- Siêu âm: có dịch ổ bụng, tăng nhanh, dịch không đồng nhất, có echo, thấy tổn thương nơi nguyên phát.

- X quang: liệt ruột, nếu có tổn thương ruột có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành trên phim chụp bụng đứng.

- Chọc dò qua thành bụng dưới siêu âm sẽ thấy có dịch đục mủ, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BCĐN > 250/mm<sup>3</sup>, tế bào mủ. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Protein toàn phần trong dịch ổ bụng > 1 g/dL.

+ Glucose dịch ổ bụng < 50 mg/dL (2,8 mmol/L).

+ Tăng Lactate Dehydrogenase  $\geq$  225 UI/L.

## **VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Áp xe dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, VPM do ruột thừa vỡ.
- Liệt ruột, xoắn ruột, lồng ruột, rối loạn tiêu hóa.
- Viêm hạch mạc treo, viêm ruột thừa, viêm tụy, viêm phần phụ, viêm cầu thận.

## **VII. ĐIỀU TRỊ**

### **7.1. Nguyên tắc**

- Hồi sức tích cực.
- Kháng sinh phổ rộng, phối hợp nhiều kháng sinh.
- PT cấp cứu thám sát, lấy ổ nhiễm trùng, rửa bụng, dẫn lưu.

### **7.2. Hồi sức**

- Đặt thông dạ dày để giảm chướng ruột.
- Thở oxy nếu người bệnh thấy khó thở.
- Bù dịch điện giải, tránh rối loạn hệ thống thứ phát.
- Truyền Albumin 1,5 g/kg truyền tĩnh mạch ngày thứ 1 sau đó 1 g/kg ngày thứ 3 cho VPM thứ phát để ngừa hội chứng gan thận.
- Đặt thông foley theo dõi lượng nước tiểu.

### **7.3. Kháng sinh**

- Kháng sinh phổ rộng và phối hợp nhiều kháng sinh sử dụng ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng, dịch ổ bụng có BCDN  $\geq$  250/mm<sup>3</sup>. Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Viêm phúc mạc thứ phát: cần kháng sinh bao vây các vi trùng kỵ khí, hiếu khí gram âm và các vi trùng cơ hội khác.
- Các kháng sinh có thể chọn lựa:

+ Cefotaxime 2 g tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ × 5-14 ngày, thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận, tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.

+ Ceftriaxone 1 g/24 giờ x 5-14 ngày.

+ Ampicillin-sulbactam 3 g tiêm mạch chậm mỗi 6 giờ x 5-14 ngày.

+ Quinolones (Norfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacin) x 7 ngày.

+ Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Clavulanate, Piperacillin-Tazobactam, Ampicillin-Sulbactam, Imipenem.

#### **7.4. Phẫu thuật**

- PT mở bụng khẩn cấp: lấy sạch ổ nhiễm trùng, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu, lưu ý hóc gan lách tránh áp xe tồn lưu sau này.

- Nếu VPM sau mổ lấy thai do nhiễm trùng vết mổ cơ tử cung, cần thận trọng khi quyết định bảo tồn vì nguy cơ tái phát cao.

#### **7.5. Chăm sóc, dinh dưỡng**

- Nhịn ăn uống.

- Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

- Cân bằng nước và điện giải.

- Chỉ cho ăn sau khi có tiếng ruột, hay đại tiện được.

- Rút dẫn lưu  $\geq$  4 ngày sau mổ.

#### **7.6. Dự phòng**

- Chuẩn bị tốt người bệnh trước mổ, thực hiện đầy đủ các quy trình vô trùng.

- Kháng sinh dự phòng các PT Sản Phụ khoa.

- Các trường hợp PT khó, dính, có dịch cổ chướng từ trước PT, chảy máu nhiều, khó cầm máu..., nên đặt dẫn lưu mỏm cắt hoặc qua hóc chậu.

- Trong PT cần thận trọng lúc sử dụng máy đốt điện vì tổn thương có thể xảy ra 1-2 tuần sau mổ.

- Theo dõi hậu phẫu cần lưu ý kỹ các triệu chứng dấu hiệu như sốt, đau bụng. Trong 48 giờ đầu sau mổ phần lớn do chưa bù đủ dịch, nhưng cũng không loại trừ được nhiễm trùng Gram (+), cần đánh giá cẩn thận không để muộn.

- Với các trường hợp sau mổ lấy thai, cần theo dõi kỹ cơ hồi tử cung, màu sắc, mùi hôi sản dịch nếu có là đã có nhiễm trùng trong tử cung, cần nạo kiểm tra và cho thuốc cơ tử cung để tránh ứ đọng sản dịch và giảm nguy cơ bung vết mổ lấy thai và VPM.

- Với các trường hợp đã cắt tử cung, nếu có sốt sau mổ cần khám kỹ xem có máu tụ mòm âm đạo, nếu nghi ngờ kiểm tra bằng siêu âm và nên tháo mòm vào ngày hậu phẫu thứ 3 để thoát máu, dịch ứ đọng, tránh nhiễm trùng lan rộng gây VPM.

### **VIII. TIÊN LƯỢNG**

- Tỷ lệ tử vong VPM nguyên phát tới 80% nếu người bệnh được PT thám sát không cần thiết.

- VPM thứ phát không biến chứng tỉ lệ tử vong <5%, VPM thứ phát nặng tử vong 30-50%, với 1/2 do xuất huyết tiêu hóa, suy thận, hay suy gan.

- Nếu VPM thứ phát có suy thận là biểu hiện nặng, nguy cơ tử vong cao nhất.

- Các chỉ số tiên lượng xấu:

+ Bạch cầu cao.

+ Người bệnh lớn tuổi.

+ Liệt ruột kéo dài.

+ Suy kiệt, hoặc ung thư.

- Người bệnh VPM thứ phát do nhiễm trùng trong bệnh viện có nguy cơ tử vong cao.

### **IX. BIẾN CHỨNG**

- Giảm thể tích tuần hoàn.

- Nhiễm trùng huyết, choáng nhiễm trùng.

- Suy thận, suy gan.

- Suy hô hấp.

- Áp xe tồn lưu.

- Tắc ruột.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Frank J. Domino (2012), Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20<sup>th</sup> ed.

2. Schwartz's Principles of Surgery 9<sup>th</sup> ed 2010, Chapter 6, Surgical Infections.

3.W.D. Hager, J.W. Larsen (2008), Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10<sup>th</sup> ed,190-222.