

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

VŨ ĐỨC HUY

ĐÁNH GIÁ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ
TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Ngành: NGOẠI THẬN VÀ TIẾT NIỆU

Mã số: 62720126

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh, năm 2024

Công trình được hoàn thành tại:

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: **PGS.TS.BS. Ngô Xuân Thái**

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường
họp tại

vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP. HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK) được định nghĩa là tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp, cấp tính nặng, hoại tử nhu mô thận và mô quanh thận, đặc trưng bởi việc sinh ra khí trong nhu mô thận, hệ thống thu thập, mô quanh thận. Kể từ trường hợp đầu tiên được mô tả bởi Kelly và MacCullum vào năm 1898, cho đến nay, có hơn 1300 trường hợp đã được báo cáo trên y văn. Tác nhân gây bệnh phổ biến là những vi khuẩn Gram (-) đường ruột, trong đó *Escherichia coli* chiếm tỉ lệ từ 60 – 70% các trường hợp.

VTBTSK có triệu chứng khởi đầu tương đối mơ hồ, tuy nhiên diễn biến lâm sàng của bệnh có thể trở nên đột ngột nghiêm trọng và đe dọa tính mạng người bệnh với biến chứng như: nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực kịp thời.

Chẩn đoán VTBTSK dựa trên triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Theo Schainuck hầu hết các trường hợp đều có tam chứng kinh điển: sốt, nôn ói, đau hông lưng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học như siêu âm bụng, chụp X-quang hệ niệu là những xét nghiệm đầu tiên trong chẩn đoán. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ niệu mới là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán cũng như đánh giá được mức độ khí lan rộng, mức độ hoại thận bị tổn thương.

Mặc dù là bệnh lý luôn có nguy cơ tử vong cao, nhưng về điều trị VTBTSK vẫn chưa có sự đồng thuận, còn có nhiều ý kiến

khác nhau. Trong quá khứ, ở thập niên 70 của thế kỉ trước điều trị nội khoa đơn thuần đưa đến tỉ lệ tử vong từ 50 – 78%. Một số tác giả khuyến cáo nên cắt bỏ thận ngay sau khi hồi sức tích cực và điều trị kháng sinh thích hợp, tuy nhiên tỉ lệ tử vong vẫn còn cao từ 25 – 42%. Trải qua hơn 3 thập niên phương pháp điều trị VTBTSK dần có sự thay đổi tích cực từ cắt bỏ thận là chính sang các phương pháp điều trị bảo tồn thận với kháng sinh và dẫn lưu qua da nhằm làm giảm tỉ lệ tử vong, việc chọn lựa cắt bỏ thận chỉ trong một số trường hợp cần thiết. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong hiện nay vẫn còn từ 6,6 – 18%.

Bên cạnh đó, trong các trường hợp VTBTSK, có đến 80 – 90% bệnh nhân có kèm theo bệnh đái tháo đường hoặc có kèm theo tắc nghẽn đường tiết niệu. Việt Nam là một quốc gia đang phát triển nhanh chóng về kinh tế xã hội, cùng với sự thay đổi về lối sống, đã góp phần làm gia tăng tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường, từ đó làm gia tăng nguy cơ mắc VTBTSK. Tại Việt Nam cũng đã có những báo cáo về VTBTSK nhưng chủ yếu vẫn là các báo cáo trường hợp riêng lẻ hoặc hàng loạt trường hợp. Hiện tại vẫn chưa có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn về bệnh lí này.

Bệnh viện Chợ Rẫy là một bệnh viện tuyến cuối ở các tỉnh phía nam, là cơ sở đào tạo uy tín trong cả nước, có đầy đủ trang thiết bị hiện đại và lực lượng y bác sĩ có trình độ chuyên môn cao, thường xuyên tiếp nhận điều trị những trường hợp bệnh nặng, phức tạp từ các chuyên khoa ở tuyến trước chuyển đến. Thực tế, tại bệnh viện Chợ Rẫy đã có nhiều trường hợp VTBTSK nhập viện muộn với các biến chứng như: choáng nhiễm khuẩn, suy đa

cơ quan, đã góp phần làm gia tăng nguy cơ tử vong. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu **“Đánh giá chẩn đoán và điều trị viêm thận bể thận sinh khí tại bệnh viện Chợ Rẫy”** nhằm cung cấp dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh VTBTSK. Từ đó, giúp bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin để chẩn đoán bệnh sớm và điều trị kịp thời, góp phần cải thiện tỉ lệ tử vong.

b. Mục tiêu nghiên cứu

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm thận bể thận sinh khí.
2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm thận bể thận sinh khí.
3. Xác định một số yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh viêm thận bể thận sinh khí.

c. Những đóng góp mới của nghiên cứu về mặt lý luận và thực tiễn

Dù nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, nhưng số lượng bệnh nhân VTBTSK được ghi nhận là lớn nhất tại Việt Nam hiện nay. Đây là dữ liệu có ý nghĩa khoa học, có tính thời sự, đáp ứng yêu cầu thực tiễn tại Việt Nam.

Nghiên cứu cũng thống kê được những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán VTBTSK.

Ghi nhận được các tác nhân vi sinh gây bệnh trong VTBTSK qua đó rút ra một số kết luận về lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm để điều trị VTBTSK.

Phân tích được một số yếu tố liên quan tử vong trong VTBTSK. Trong đó ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và điều trị của VTBTSK nhóm 1 – 2 so với nhóm 3 – 4. Qua đó,

đưa ra một số kinh nghiệm trong tiếp cận điều trị với từng phân nhóm VTBTSK.

d. Bố cục của luận án

Luận án gồm 123 trang: đặt vấn đề, câu hỏi và mục tiêu nghiên cứu 2 trang, tổng quan tài liệu 33 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 21 trang, kết quả nghiên cứu 29 trang, bàn luận 36 trang, kết luận và kiến nghị 2 trang. Luận án có 39 bảng, 12 hình, 12 biểu đồ, 5 sơ đồ và 125 tài liệu tham khảo bao gồm 9 tài liệu tiếng Việt, 116 tài liệu tiếng Anh.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. DỊCH TỄ HỌC VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ

Viêm thận bể thận sinh khí (VTBTSK) có thể xuất hiện ở mọi nơi trên thế giới, thường gặp ở các nước đang phát triển ở châu Á, châu Phi. VTBTSK thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Đa số bệnh nhân trong độ tuổi từ 50 – 60 tuổi.

1.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC BỆNH VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ

Có đến 80 – 90% các trường hợp VTBTSK có kèm theo đái tháo đường (ĐTĐ), 95% kiểm soát đường huyết kém. Trong các trường hợp không có ĐTĐ, các yếu tố nguy cơ bao gồm: tắc nghẽn đường tiết niệu, suy thận và tình trạng suy giảm miễn dịch.

1.3. SINH LÝ BỆNH HỌC CỦA BỆNH VIÊM THẬN BỂ THẬN SINH KHÍ

Sinh lý bệnh học của VTBTSK đến nay vẫn còn chưa rõ ràng, có nhiều yếu tố phối hợp tạo ra VTBTSK, dẫn đến sự tiến triển nhanh chóng của bệnh bao gồm:

(1) Sự hiện diện của các chủng vi khuẩn gây bệnh có khả năng lên men glucose, hỗn hợp acid trong môi trường mô hoại tử.

(2) Nồng độ glucose cao trong mô tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

(3) Những khiếm khuyết trong hệ thống mạch máu cung cấp cho thận dẫn đến tình trạng giảm tưới máu mô.

(4) Những thay đổi trong hệ thống miễn dịch của bệnh nhân.

(5) Tình trạng tắc nghẽn đường tiết niệu do thay đổi về giải phẫu, chức năng hoặc bệnh lý.

1.4. CHẨN ĐOÁN VIÊM THẬN BỀ THẬN SINH KHÍ

Triệu chứng lâm sàng: sốt (79%), đau bụng hoặc đau hông lưng (71%), buồn nôn, nôn (17%), khó thở (13%), rối loạn tri giác (19%), choáng (29%), suy thận cấp (35%), tiểu khí, tiếng lép lép vùng hông lưng có thể gặp trong VTBTSK nặng.

Xét nghiệm CLS: tổng phân tích nước tiểu, cấy mẫu bệnh phẩm, xét nghiệm sinh hoá máu (công thức máu, đường huyết, chức năng thận, chức năng gan, lactate máu, CRP, procalcitonin). Xét nghiệm hình ảnh học: siêu âm bụng và KUB thường được sử dụng đầu tiên trong chẩn đoán nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ niệu là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ tổn thương thận. Phân loại VTBTSK theo Huang và Tseng: nhóm 1: Khí giới hạn trong hệ thống đài bể thận; nhóm 2: Khí giới hạn trong nhu mô thận; nhóm 3: Khí lan rộng ra khoang quanh thận hoặc có áp xe (3A), hoặc lan ra ngoài cân Gerota và khoang cạnh thận (3B); nhóm 4: VTBTSK một bên trên thận độc nhất hoặc cả hai bên

1.5. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG TRONG VIÊM THẬN BỀ THẬN SINH KHÍ

Các yếu tố nguy cơ tử vong được ghi nhận qua các báo cáo bao gồm: VTBTSK hai bên, choáng nhiễm khuẩn, rối loạn tri giác, giảm tiểu cầu, suy chức năng thận cấp, điều trị nội khoa đơn thuần, phẫu thuật cắt bỏ thận cấp cứu.

1.6. ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM THẬN BỀ THẬN SINH KHÍ

Điều trị VTBTSK luôn là phối hợp nội khoa và ngoại khoa, trong đó hồi sức tích cực, điều chỉnh huyết động và rối loạn đi kèm và bắt đầu dùng kháng sinh. Can thiệp ngoại khoa nhằm dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn, giải quyết tắc nghẽn đường tiết niệu nếu có.

1.7. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU TRONG - NGOÀI NƯỚC

Trải qua hơn 40 năm, quan điểm điều trị VTBTSK đã có sự thay đổi, từ phương pháp cắt bỏ thận được xem là điều trị tiêu chuẩn sang các phương pháp điều trị bảo tồn thận. Phẫu thuật cắt bỏ thận chỉ còn trong một số trường hợp cần thiết. Đến nay, tỉ lệ tử vong đã giảm đáng kể, còn 6,6 – 18%. Tại Việt Nam cũng đã có những báo cáo về VTBTSK nhưng chủ yếu vẫn là các báo cáo trường hợp riêng lẻ hoặc hàng loạt trường hợp. Hiện tại vẫn chưa có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn về bệnh lý này.

Chương 2:

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Dân số mục tiêu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận sinh khí.

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân VTBTSK được điều trị tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Dân số chọn mẫu

Bệnh nhân VTBTSK được điều trị tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các trường hợp chẩn đoán ra viện là VTBTSK từ 01/2011 đến 12/2019. Hình ảnh VTBTSK theo phân loại của Huang và Tseng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có can thiệp thủ thuật/phẫu thuật ở đường tiết niệu trên ngay trước nhập viện. Hồ sơ bệnh án không ghi nhận đầy đủ thông tin.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ những trường hợp có chẩn đoán ra viện là VTBTSK từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2019.

2.3. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 1/2011 đến tháng 12/2019.

2.4. CỖ MẪU CỦA NGHIÊN CỨU

$$n \geq \left(\frac{z_{\alpha/2}}{d} \right)^2 p(1 - p)$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu. Sai lầm loại I là $\alpha=0,05$ ta có $z_{\alpha/2} = 1,96$. Tỷ lệ từ vong p của VTBTSK theo Ngô Xuân Thái là 9,1%. Sai số cho phép d = 0,05. Thay vào công thức có:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{0,05} \right)^2 \cdot 0,091 \cdot (1 - 0,091) = 127$$

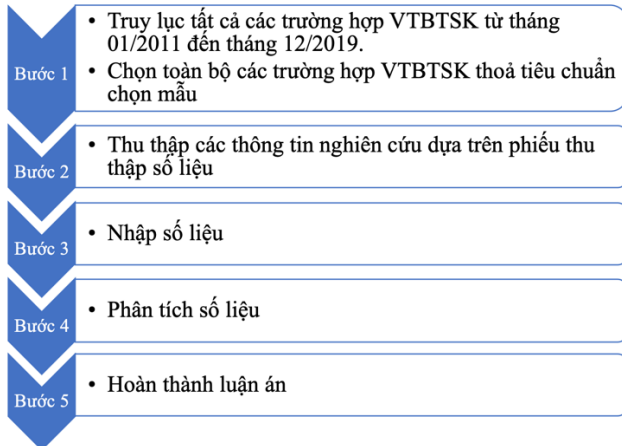
2.5. XÁC ĐỊNH CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU

Các biến số nghiên cứu: tuổi, giới, bệnh đi kèm, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đặc điểm vi sinh, đặc điểm hình ảnh học, phương pháp điều trị, kết quả điều trị.

2.6. PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ ĐO LƯỜNG, THU THẬP SỐ LIỆU

Hỏi cứu hồ sơ bệnh án, ghi nhận: các đặc điểm (tuổi, giới, bệnh đi kèm), triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả xét nghiệm vi sinh, kết quả xét nghiệm hình ảnh học, phương pháp điều trị và kết quả điều trị.

2.7. QUY TRÌNH NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.1: Sơ đồ quy trình nghiên cứu

2.8. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel bản 16.37 và phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.9. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y – Dược TP. Hồ Chí Minh số 470/HĐĐĐ-ĐHYD

Chương 3: KẾT QUẢ

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA VTBTSK

Từ tháng 01 năm 2011 đến tháng 12 năm 2019, chúng tôi ghi nhận 176 TH nhập viện điều trị với chẩn đoán VTBTSK thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được đưa vào nghiên cứu.

Tuổi, giới tính và bệnh đi kèm

Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 21 đến 97 tuổi. Tuổi trung bình là $59,05 \pm 12,71$ tuổi. Nữ giới chiếm tỉ lệ 81,2%.

Đái tháo đường chiếm tỉ lệ 72,2%, sỏi đường tiết niệu trên 55,7%, suy giảm miễn dịch 8%.

Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng/ đau hông lưng (94,3%) và sốt (86,9%). Các triệu chứng nặng bao gồm: choáng (23,3%), rối loạn tri giác (19,9%) và suy hô hấp (10,8%).

Công thức máu ghi nhận bạch cầu có xu hướng tăng với trung vị 16,6 G/L. Có 29,5% tiểu cầu giảm < 120 G/L, 40,3% creatinine > 1,5 mg/dL. Các xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm và lactate máu ghi nhận sự tăng cao. Bạch cầu niệu (+) 70%. Nitrit niệu (+) 10,7%.

Trong mẫu nghiên cứu, có 164 TH được cấy nước tiểu, 162 TH cấy máu và 148 TH cấy mủ. Tỉ lệ cấy dương tính của các loại bệnh phẩm lần lượt là 40,9%, 23,5% và 66,2%.

Tổng hợp các tác nhân gây bệnh trên từng trường hợp ghi nhận: *E. coli* 83,8%, *K. pneumoniae* 9,4%, không ghi nhận vi khuẩn kỵ khí. Có 2 TH (1,1%) cấy ra nấm *Candida*. Tỷ lệ vi khuẩn tiết men ESBL là 57,5%.

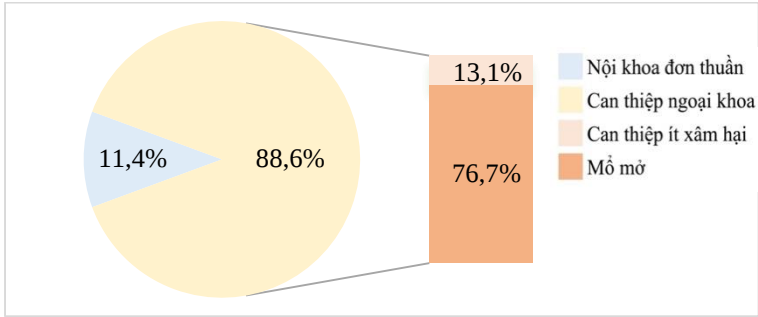
E. coli còn nhạy cảm cao với kháng sinh nhóm Carbapenem (95 – 98%), Amikacin (84%), Cefoperazone/Sulbactam (77,4%), Piperacilline/ Tazobactam (77,4%). *K. pneumoniae* còn nhạy cảm cao đối với nhóm Carbapenem (83 – 91%), Amikacin (90%), Cefoperazone/ Sulbactam (80%), Piperacilline/ Tazobactam (70%).

Bảng 3.1: Kết quả chụp cắt lớp vi tính hệ niệu

Đặc điểm	Số TH	Tỷ lệ (%)
Phân nhóm VTBTSK trên CLVT	176	100
Nhóm 1	48	27,3
Nhóm 2	26	14,8
Nhóm 3	94	53,4
3A	32	18,2
3B	62	35,2
Nhóm 4*	8	4,5
Bên thận tổn thương		
Bên trái	80	45,4
Bên phải	89	50,6
Cả hai bên	7	4,0
Tắc nghẽn đường tiết niệu trên	109	62,0
Sỏi đường tiết niệu trên	98	55,7

*Có 1 trường hợp VTBTSK trên thận độc nhất

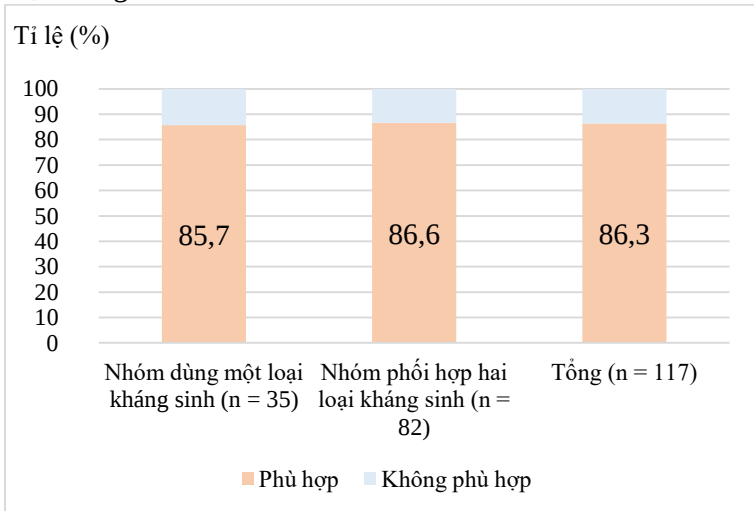
3.2. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VTBTSK



Biểu đồ 3.1: Các phương pháp điều trị VTBTSK

Điều trị nội khoa

Tất cả các trường hợp VTBTSK nhập viện đều được sử dụng kháng sinh kinh nghiệm. Trong đó, có 65,3% phối hợp 2 loại kháng sinh.



Biểu đồ 3.2: Sự phù hợp kháng sinh kinh nghiệm với kết quả kháng sinh đồ

Thời gian trung vị từ lúc nhập viện tới khi sử dụng kháng sinh là 4,75 giờ và khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các trường hợp VTBTSK nhóm 1 – 2 và nhóm 3 – 4.

Điều trị nội khoa khác bao gồm: kiểm soát đường huyết (64,8%), điều trị đông máu (27,8%), hỗ trợ hô hấp (27,3%) và điều trị vận mạch (23,3%).

Can thiệp ngoại khoa

Bảng 3.2: Bảng tóm tắt các phương pháp can thiệp ngoại khoa

Điều trị	Số TH	Tỉ lệ (%)
Can thiệp ít xâm hại	23	13,1
Nội soi đặt thông double J niệu quản	21	11,9
Dẫn lưu qua da	2	1,1
Phẫu thuật mở mổ	135	76,7
Phẫu thuật mở thận ra da*	5	2,8
Phẫu thuật dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn	66	37,5
Phẫu thuật dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn + mở thận ra da	19	10,8
Phẫu thuật dẫn lưu + lấy sỏi	43	24,4
Phẫu thuật cắt thận [#]	2	1,1

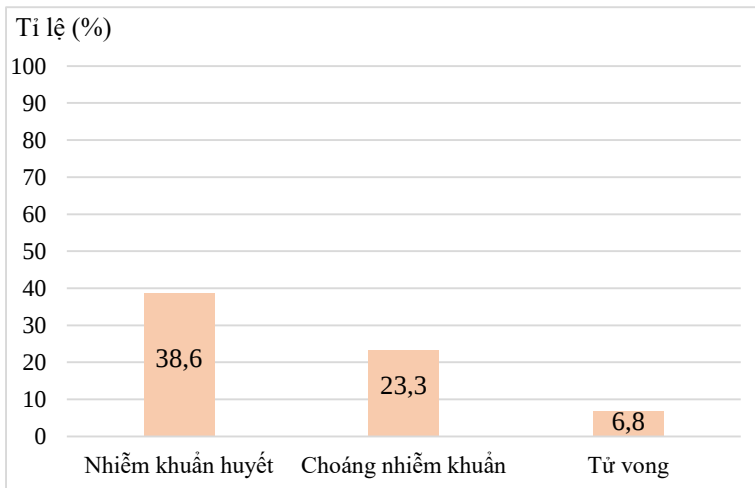
Ghi chú: *1 TH nội soi đặt thông double J được mở thận ra da sau 1 tuần. [#]1 TH dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn cấp cứu, PT cắt thận trì hoãn sau 2 tuần

Bảng 3.3: Chỉ định can thiệp ngoại khoa theo phân nhóm

VTBTSK

Phân nhóm	Can thiệp ít xâm hại, n (%)		Phẫu thuật mở mổ, n (%)	
	Nội soi đặt thông double J niệu quản	Dẫn lưu qua da	Dẫn lưu ± giải quyết tắc nghẽn	Cắt bỏ thận
Nhóm 1	15 (34,9%)	1 (2,3%)	27 (62,8%)	0
Nhóm 2	7 (38,9%)	1 (5,6%)	10 (55,5%)	0
Nhóm 3A	2 (6,2%)	0	30 (93,8%)	0
Nhóm 3B	2 (3,0%)	0	63 (94,0%)	2 (3,0%)
Nhóm 4	1 (20,0%)	0	4 (80,0%)	0

Biến chứng của VTBTSK



Biểu đồ 3.3: Tỉ lệ biến chứng của VTBTSK

3.3. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG TRONG VIÊM THẬN BỀ THẬN SINH KHÍ

Bảng 3.4: Liên quan giữa tuổi và giới tính với tử vong

Đặc điểm		Tử vong, số TH (%)		Giá trị p
		Có (n=12)	Không (n=164)	
Tuổi (năm)		70,3 ± 9,50	58,2 ± 12,5	0,001*
Nhóm tuổi	≤50	0	42 (100)	0,026
	51-70	7 (6,8)	96 (93,2)	
	>70	5 (16,1)	26 (83,9)	
Giới tính	Nữ	9 (6,8)	134 (93,2)	0.7
	Nam	3 (9,1)	30 (90,9)	

*Kiểm định Student t-test; Kiểm định Fisher

Bảng 3.5: Liên quan giữa bệnh đi kèm và tử vong

Đặc điểm		Tử vong, số TH(%)		Giá trị p
		Có (n=12)	Không (n=164)	
Đái tháo đường				
	Có	7 (58,3)	120 (73,2)	0,32
	Không	5 (41,7)	44 (26,8)	
Tắc nghẽn đường tiết niệu trên				
	Có	6 (5,5)	103 (94,5)	0,38
	Không	6 (9,0)	61 (91,0)	
Suy giảm miễn dịch				
	Có	3 (25)	11 (6,7)	0,017*
	Không	9 (75)	153 (93,3)	

Kiểm định Chi bình phương; *Kiểm định Fisher

Bảng 3.6: Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với tử vong

Triệu chứng	Tử vong, n (%)		Giá trị P
	Có (n=12)	Không (n=164)	
Sốt			
Có	7 (58,3)	146 (89,0)	0,011
Không	5 (41,7)	18 (11,0)	
Đau hông lưng			
Có	9 (75,0)	154 (93,9)	0,047
Không	3 (25,0)	10 (6,1)	
Buồn nôn/ nôn			
Có	3 (25,0)	42 (25,6)	1
Không	9 (75,0)	122 (74,4)	
Tiểu mủ			
Có	1 (8,3)	13 (7,9)	1
Không	11 (91,7)	151 (92,1)	
Rối loạn tri giác			
Có	7 (58,3)	25 (15,2)	0,001
Không	5 (41,7)	139 (84,8)	
Tụt huyết áp			
Có	10 (83,3)	31 (18,9)	< 0,001
Không	2 (16,7)	133 (81,1)	
Suy hô hấp			
Có	3 (25,0)	16 (9,8)	0,13
Không	9 (75,0)	148 (90,2)	

Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3.7: Liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với tử vong

Đặc điểm	Tử vong, TV (TPV)		Giá trị p
	Có (n=12)	Không (n=164)	
Hồng cầu (T/L)	3,8 (2,9–4,0)	3,8 (3,2–4,1)	0,18
Hemoglobin (g/L)	93,6 (78,2–110)	104 (91–116,5)	0,21
Bạch cầu (G/L)	16,5 (10,8–21,5)	16,6 (12–21,6)	0,89
Tiểu cầu (G/L)	81 (40–162)	225 (100–366)	<0,001
Giảm tiểu cầu (≤ 120 G/L)	8 (66,7%)	48 (29,3%)	0,02*
Đường huyết (mg/dL)	117 (83–192,5)	161 (104–279,5)	0,22
HbA1C (%)	9,4 (8,5–10,4)	10,4 (7,4–12,1)	0,68
Creatinine (mg/dL)	1,06 (0,78–3,28)	1,27 (0,97–2,05)	0,78
Albumin (g/dL)	2,7 (2,2–3,2)	2,8 (2,3–3,1)	0,71
Natri máu (mEq/L)	133 (131,5–137)	133 (130–137)	0,96
Kali máu (mEq/L)	4,05 (3,2–4,95)	3,6 (3,1–4,0)	0,13
Bilirubin (mg/dL)	0,76 (0,48–1,97)	0,7 (0,47–1,3)	0,72
CRP (mg/dL)	206 (105–350)	160 (103–235)	0,25
Procalcitonin (mg/mL)	35,2 (10,7–64,8)	15,0 (3,2–71,7)	0,49
Lactate máu (mg/dL)	16,2 (14,5–37,0)	20,3 (12,9–32,9)	0,96

Kiểm định Mann-Whitney; *Kiểm định Fisher

Bảng 3.8: Liên quan giữa bên thận tổn thương và tử vong

Bên thận tổn thương	Tử vong, n (%)		Giá trị p
	Có (n = 12)	Không (n = 164)	
Một bên	9 (5,3)	160 (94,7)	0,007
Hai bên	3 (42,9)	4 (57,1)	

Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3.9: Liên quan giữa phương pháp điều trị và tử vong

Điều trị	Tử vong, n (%)		Giá trị p
	Có (n =12)	Không (n =164)	
Nội khoa đơn thuần			
Có	5 (25)	15 (75)	0,005
Không	7 (4,5)	149 (95,5)	
Can thiệp ít xâm hại			
Nội soi đặt double J niệu quản	0	27 (16,5)	0,217
Dẫn lưu qua da	0	2 (1,2)	1
Phẫu thuật mở			
Phẫu thuật dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn	7 (58,3)	125 (76,2)	0,18
Phẫu thuật cắt thận	0	2 (1,2)	1

Kiểm định Fisher

Bảng 3.10: So sánh các phương pháp điều trị theo phân nhóm
VTBTSK

Đặc điểm	Phân nhóm, n (%)		Giá trị P
	Nhóm 1 – 2 (n = 74)	Nhóm 3 – 4 (n = 102)	
Nội khoa đơn thuần	17 (23,0)	3 (2,9)	< 0,001
Can thiệp ít xâm hại	21 (28,4)	2 (1,9)	< 0,001
Nội soi đặt thông double J	19 (25,7)	2 (1,9)	< 0,001
Dẫn lưu qua da	2 (2,7)	0	0,19
Mổ mở dẫn lưu ± giải quyết tắc nghẽn	36 (48,6)	96 (94,1)	< 0,001
Cắt bỏ thận	0	2 (2,1)	1

Kiểm định Fisher

Bảng 3.11: Liên quan giữa choáng nhiễm khuẩn và tử vong
theo phân nhóm viêm thận bể thận sinh khí

Phân nhóm	Choáng nhiễm khuẩn	Tử vong, n (%)		Giá trị P
		Có (n = 12)	Không (n = 164)	
Nhóm 1 – 2	Có	3 (15)	17 (85)	0,06
	Không	1 (1,9)	53 (98,1)	
Nhóm 3 – 4	Có	6 (28,6)	15 (71,4)	< 0,001
	Không	2 (2,5)	79 (79,5)	

Kiểm định Fisher

Bảng 3.12: Liên quan giữa điều trị nội khoa đơn thuần và tử vong theo phân nhóm viêm thận bể thận sinh khí

Phân nhóm	Điều trị nội khoa đơn thuần	Tử vong, n (%)		Giá trị p
		Có (n = 12)	Không (n = 164)	
Nhóm 1 – 2	Có	2 (11,8)	15 (88,2)	0,22
	Không	2 (3,5)	55 (96,5)	
Nhóm 3 – 4	Có	3 (100)	0	< 0,001
	Không	5 (5,0)	94 (95,0)	

Kiểm định Fisher

Bảng 3.13: Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan tử vong trong VTBTSK bằng mô hình hồi qui logistic

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi (năm)	1,09 (1,03 – 1,16)	0,002
Giới nữ	1,49 (0,38 – 5,83)	0,568
Đái tháo đường	0,51 (0,15 – 1,7)	0,27
Sỏi đường tiết niệu	0,55 (0,17 – 1,79)	0,31
Bệnh lý suy giảm miễn dịch	1,47 (1,06 – 2,03)	0,02
Sốt	0,17 (0,05 – 1,6)	0,5
Đau hông lưng	0,19 (0,05 – 1,83)	0,3

Buồn nôn/ Nôn	0,96 (0,25 – 3,72)	0,95
Rối loạn tri giác	10,15 (2,85–36,11)	<0,001
Choáng nhiễm khuẩn	12,38 (3,17–48,34)	<0,001
Nhiễm khuẩn huyết	8,67 (1,84 – 40,88)	0,006
Suy thận cấp	1,06 (0,32 – 3,48)	0,92
Hemoglobin	0,98 (0,95 – 1,01)	0,24
Bạch cầu máu	0,99 (0,94 – 1,04)	0,84
Tiểu cầu máu	0,99 (0,98 – 0,99)	0,01
Giảm tiểu cầu (≤ 120 G/L)	4,83 (1,39 – 16,81)	0,013
Creatinine huyết thanh	1,23 (0,92 – 1,64)	0,17
Đường huyết	1,0 (0,99 – 1,01)	0,32
Natri máu	0,99 (0,94 – 1,05)	0,83
Kali máu	2,34 (0,2 – 4,57)	0,13
Albumin máu	0,59 (0,21 – 1,64)	0,3
Bilirubin	1,26 (0,9 – 1,59)	0,06

Lactate máu	1,0 (0,98 – 1,01)	0,66
CRP	1,01 (0,9 – 1,02)	0,06
Procalcitonin	1,0 (0,99 – 1,01)	0,86
Điểm SOFA	1,31 (0,12 – 1,54)	0,1
Nhóm 3 – 4	1,28 (0,37 – 4,43)	0,53
Viêm thận bể thận sinh khí hai bên	5,13 (1,2 – 21,99)	0,002
Tác nhân E. coli	1,64 (0,48 – 5,68)	0,43
Tác nhân Klebsiella	1,4 (0,16 – 11,96)	0,76
Vì khuẩn tiết ESBL	5,4 (0,66 – 44,27)	0,12
Điều trị nội khoa đơn thuần	7,1 (2,0 – 25,13)	0,002
Phẫu thuật dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn	0,44 (0,13 – 1,45)	0,18
Phẫu thuật cắt thận	0,2 (0,01 – 5,36)	0,83
Thời gian nhập viện – bắt đầu kháng sinh	1,02 (0,98 – 1,06)	0,31
Thời gian nhập viện – can thiệp ngoại khoa	0,98 (0,95 – 1,01)	0,2

Bảng 3.14: Phân tích đa biến các yếu tố liên quan tử vong trong VTBTSK bằng mô hình hồi qui logistic

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi (năm)	1,12 (1,04 – 1,2)	0,002
Bệnh lí suy giảm miễn dịch	1,48 (0,98 – 2,23)	0,06
VTBTSK hai bên	14,02 (2,38 – 82,46)	0,003
Rối loạn tri giác	4,87 (0,87 – 27,27)	0,07
Choáng nhiễm khuẩn	17,58 (3,7 – 83,42)	< 0,001
Nhiễm khuẩn huyết	3,79 (0,48 – 29,97)	0,21
Giảm tiểu cầu	4,98 (1,34 – 18,5)	0,016
Điều trị nội khoa đơn thuần	9,09 (2,08 – 39,75)	0,003

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 176 trường hợp VTBTSK nhập viện điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2011 đến tháng 12/2019, chúng tôi rút ra những kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm thận bể thận sinh khí

- Tuổi trung bình là $59,05 \pm 12,71$ tuổi. Giới nữ chiếm 81,2%.
- Bệnh đi kèm thường gặp là đái tháo đường (72,2%).
- Triệu chứng lâm sàng phổ biến: đau bụng hoặc đau hông lưng (94,3%) và sốt (86,9%). Triệu chứng lâm sàng nặng bao gồm: tụt huyết áp (23,3%), rối loạn tri giác (19,9%) và suy hô hấp (10,8%).

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 38,6%, choáng nhiễm khuẩn là 23,3%.

- Tác nhân gây bệnh: E. coli (83,8%), K. pneumoniae (9,4%), không ghi nhận vi khuẩn kỵ khí. Tỷ lệ vi khuẩn tiết ESBL là 57,5%. Các vi khuẩn còn nhạy cảm cao đối với kháng sinh nhóm carbapenem, nhóm aminoglycoside, nhóm β -lactam phối hợp ức chế β -lactamase.

2. Kết quả điều trị viêm thận bể thận sinh khí

- Tất cả các trường hợp VTBTSK được điều trị kháng sinh kinh nghiệm. Trong đó, sử dụng 1 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ 34,7%, phối hợp 2 loại kháng sinh chiếm 65,3%. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh là 13,7%. Thời gian bắt đầu sử dụng kháng sinh là 4,75 giờ.

- Can thiệp ngoại khoa chiếm tỷ lệ 88,6%. Trong đó, VTBTSK nhóm 3 – 4 có tỷ lệ can thiệp ngoại khoa nhiều hơn và có thời gian can thiệp sớm hơn so với VTBTSK nhóm 1 – 2.

- Có 12 trường hợp tử vong (6,8%).

3. Các yếu tố liên quan đến tử vong của viêm thận bể thận sinh khí

- Tuổi bệnh nhân với OR: 1,12; KTC 95%: 1,04 – 1,2.

- Viêm thận bể thận sinh khí hai bên với OR: 14,02; KTC 95%: 2,38 – 82,46.

- Choáng nhiễm khuẩn với OR: 17,58; KTC 95%: 3,7 – 83,42.

- Giảm tiểu cầu với OR: 4,98; KTC 95%: 1,34 – 18,5.

- Điều trị nội khoa đơn thuần với OR: 9,09; KTC 95%: 2,08 – 39,75.

KIẾN NGHỊ

- Trên những bệnh nhân nữ trung niên, có đài tháo đường, có triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên, cần lưu ý đến VTBTSK.

- Phân các trường hợp VTBTSK một bên thận nhưng thận còn lại mất chức năng vào nhóm 4 theo phân loại của Huang và Tseng.

- Không sử dụng kháng sinh metronidazol trong điều trị kháng sinh kinh nghiệm.

- Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ thận cần được cá thể hoá trên từng trường hợp cụ thể tùy thuộc vào đặc điểm của bệnh nhân, bệnh kèm theo, phân nhóm trên CLVT và diễn tiến lâm sàng của bệnh VTBTSK.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Vũ Đức Huy, Ngô Xuân Thái, Thái Minh Sâm, Nguyễn Thành Tuấn. Đặc điểm vi sinh và tình hình đề kháng kháng sinh của các chủng vi sinh vật trong bệnh viêm thận bể thận sinh khí. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525(1B):68-70.
2. Vũ Đức Huy, Ngô Xuân Thái, Thái Minh Sâm, Nguyễn Thành Tuấn. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm thận bể thận sinh khí tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525(1B):345-349.