

51. 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% bệnh nhân xơ gan cổ trướng bị VPM nguyên phát với tỷ 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 bệnh nhân có bệnh lý đi kèm hoặc những người đang suy giảm miễn dịch.

Riêng trong lãnh vực sản phụ khoa chúng ta thường gặp 2 loại VPM thứ phát và tái phát.

II. Yếu tố nguy cơ

1. Do bệnh nhân

- 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. Do phẫu thuật

- Phẫu thuật (PT) phức tạp, thời gian phẫu thuật 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 trùng gây VPM:
 - + VT hiếu khí thường gặp: Lactobacillus, Streptococcus.
Diphtheroides, Staphylococcus.
E.coli, Enterococcus.
 - + VT kỵ khí thường gặp: Bacteroides, Clostridia.

- VPM thứ phát sau mổ do nhiễm trùng trong phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ lấy thai, móm 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 phẫu thuật vùng chậu thường do nhiều loại vi trùng, phần lớn (60%) do vi trùng kỵ khí, 20% cầu trùng hiếu khí Gram (+), 20% trực trùng hiếu khí Gram (-).
- Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật thường do cầu trùng Gram(+) hay đôi khi do trực trùng Gram(-). (Penicillin phổ rộng hay Cephalosporin là lựa chọn tốt nhất trong các nhiễm trùng sớm).
- Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu thường do vi trùng kỵ khí.

IV. Triệu chứng

1. Triệu chứng cơ năng

- Đau bụng, sốt. Lưu ý: VPM trên bệnh nhân 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.

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 bệnh nhân sau mổ lấy thai hoặc có ổ trứng do xơ gan).

3. Cận lâm sàng

- Huyết đồ, bạch cầu tăng > 11.000/mm³, BC đa nhân 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. 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 phúc mạc thành bụng dày. Nếu do sỏi gạc hoặc dị vật có thể thấy trong ổ bụng.

5. Chọc rút dịch ổ bụng

- Trong trường hợp khó chẩn đoán, làm các xét nghiệm:

- + Đếm hồng cầu, bạch cầu.
- + Cây tìm vi trùng (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 bạch cầu đa nhân (BCĐN) $\geq 250 / \text{mm}^3$ (nếu cấy dương tính, có thể gặp 1 loại vi trùng trong 90% trường hợp).
- VPM thứ phát: bạch cầu đa nhân $\geq 250 / \text{mm}^3$ hay $\geq 500 \text{ BC} / \text{mm}^3$ (cấy có thể gặp nhiều loại vi trùng).
- VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/Dl}$.
 - + Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/L}$).
 - + Tăng lactate dehydrogenase $\geq 225 \text{ UI/L}$.
- Các trường hợp VPM do ung thư, viêm tụy, xuất huyết vào dịch ổ bụng, lao phúc mạc, cũng có BCĐN $\geq 250 / \text{mm}^3$, nhưng tỉ lệ BCĐN thường $< 50\%$ tổng số BC. Thêm vào đó cấy vi trùng thường âm tính.
- Dịch ổ bụng cấy mọc nhiều loại vi trùng nhưng BCĐN $< 250 \text{ BC} / \text{mm}^3$ thường do vi trùng 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

1. Phần lớn căn cứ trên lâm sàng

- Sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ kéo dài.
- Đau bụng nhiều.
- Có phản ứng thành bụng (sau MLT thành bụng nhão dấu hiệu không rõ).
- Chướng bụng, liệt ruột.
- Dịch ổ bụng.
- Choáng nhiễm trùng, nếu để muộn.

2. Phối hợp với các kết quả cận lâm sàng

- BC $> 11.000 \text{ BC} / \text{mm}^3$.
- CRP tăng cao.
- SÂ: 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 mù, xét nghiệm dịch ổ bụng: có BC đa nhân $> 250 \text{ BC} / \text{mm}^3$, tb mù. VPM thứ phát điển hình có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:
 - + Protein toàn phần trong dịch ổ bụng $> 1 \text{ g/dL}$.
 - + Glucose dịch ổ bụng $< 50 \text{ mg/dL}$ ($2,8 \text{ mmol/L}$).
 - + Tăng Lactate dehydrogenase $\geq 225 \text{ UI/L}$.

VI. Chẩn đoán phân biệt

- Absces dưới hoành, dưới gan, trong ổ bụng, vùng chậu, viêm phúc mạc 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**1. Nguyên tắc**

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

2. Hồi sức

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

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 BCĐN $\geq 250/\text{mm}^3$. 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 TM mỗi 8 giờ \times 5–14 ngày; thuốc vào dịch ổ bụng tốt và không hại thận; tác dụng phụ thường gặp là nổi mẩn đỏ.
 - + Ceftriaxone 1g /24 giờ \times 5–14 ngày.
 - + Ampicillin-sulbactam 3 g TM mỗi 6 giờ \times 5–14 ngày.
 - + Quinolones (Norfloxacin, Ofloxacin, Ciprofloxacin) \times 7 ngày.
 - + Các kháng sinh có tác dụng trên vi trùng kỵ khí: Metronidazole, Cefotetan, Ticarcillin-Clavulanate, Piperacillin-Tazobactam, Ampicillin-Sulbactam, Imipenem.

4. Phẫu thuật

- Phẫu thuật 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.

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 ≥ 4 ngày sau mổ.

6. Dự phòng

- Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ, thực hiện đầy đủ các qui trình vô trùng.
- Kháng sinh dự phòng các phẫu thuật sản phụ khoa.
- Các trường hợp phẫu thuật khó, dính, có dịch cổ chướng từ trước phẫu thuật, chảy máu nhiều, khó cầm máu, ... nên đặt dẫn lưu mòm cắt hoặc qua hốc chậu.
- Trong phẫu thuật 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 thu 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 co 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 viêm phúc mạc nguyên phát tới 80% nếu bệnh nhân được phẫu thuật thám sát không cần thiết.
- Viêm phúc mạc thứ phát không biến chứng tỷ 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:
 - + BC cao.
 - + Bệnh nhân lớn tuổi.
 - + Liệt ruột kéo dài.
 - + Suy kiệt, hoặc ung thư.
- Bệnh nhân 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. W.D. Hager, J.W. Larsen, Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Te Linde's Operative Gynecology, 10th edit. 2008,190-222.
2. Schwartz's Principles of Surgery 9th ed 2010, Chapter 6. Surgical Infections.
3. Frank J. Domino, Acute Peritonitis, 5 Minute Clinical Consult 20th ed. 2012.