

CLINICAL CHARACTERISTICS, PATHOGENS AND ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY OF SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN CIRRHOTIC PATIENTS AT THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES DURING 2022 – 2024

Dao Nguyen Bao Tran¹, Le Manh Hung¹, Pham Tran Dieu Hien², Dao Bach Khoa¹, Tran Le Hang Nga¹, Phan Ngoc Phuong Thao^{2,*}, Ho Dang Trung Nghia^{1,2}

¹Hospital for Tropical Diseases-Bau Village, Thien Loc Commune, Hanoi City, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine-2 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 05/05/2026

Revised: 25/06/2026; Accepted: 23/07/2026

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to describe the clinical, paraclinical characteristics, pathogens, antimicrobial susceptibility of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients.

Methods: A descriptive case-series study was conducted on spontaneous bacterial peritonitis patients with cirrhosis upper 16 years old who were treated at the hospital for Tropical Diseases between January 2022 to August 2024.

Results: Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ was in 64.6% of patients, followed by abdominal pain (74.6%); 10.5% of patients presented with neither fever nor abdominal pain; 71.8% of patients had white blood cells $<12\,000/\text{mm}^3$. Ascitic fluid cultures were positive in 58.9% of cases, of which over 90% of the isolates were Gram-negative bacteria. *Escherichia coli* were found to be the predominant agent isolated from the ascitic fluid infections (55%) followed by *Klebsiella pneumoniae* (25%) and *Streptococcus* sp. (7.5%). The susceptibility rate of *E.coli* to ceftriaxone and piperacillin/tazobactam was 65% and 88%, respectively. Carbapenem-resistant *E.coli* accounted for 9.9% of isolates. The susceptibility rate of *K.pneumoniae* to ceftriaxone and piperacillin/tazobactam was 83.9% and 93.3%, respectively. The mortality rate was 26%.

Conclusion: In decompensated cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis must be considered through thorough clinical evaluation, even if the patient is afebrile and lacks abdominal pain or an elevated white blood cell count. The susceptibility of *E.coli* to ceftriaxone has increased compared to previous study. However, carbapenem resistance was observed.

Keywords: infection, spontaneous bacterial peritonitis, cirrhosis, *Escherichia coli*.

*Corresponding author

Email: thaopnp@pnt.edu.vn Phone: (+84) 933764219 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5904

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, TÁC NHÂN VÀ SỰ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA VIÊM PHÚC MẠC NHIỄM KHUẨN NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI GIAI ĐOẠN 2022 – 2024

Đào Nguyễn Bảo Trân¹, Lê Mạnh Hùng¹, Phạm Trần Diệu Hiền², Đào Bách Khoa¹, Trần Lệ Hằng Nga¹, Phan Ngọc Phương Thảo^{2,*}, Hồ Đặng Trung Nghĩa^{1,2}

¹ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới-Thôn Bàu, xã Thiên Lộc, thành phố Hà Nội, Việt Nam

² Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch-2 Đường Quang Trung, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 25/06/2026; Ngày duyệt đăng: 23/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm tác nhân và sự nhạy cảm kháng sinh của viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca các trường hợp viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan từ 16 tuổi trở lên điều trị tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024.

Kết quả: 64,6% bệnh nhân viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát có triệu chứng sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$; 74,6% có triệu chứng đau bụng; 10,5% không sốt và không đau bụng; 71,8% có bạch cầu máu $< 12\,000/\text{mm}^3$. Tỷ lệ cấy dịch màng bụng dương tính là 58,9% với hơn 90% là vi khuẩn Gram âm. Ba loại vi khuẩn thường gặp nhất là *Escherichia coli* (55%), *Klebsiella pneumoniae* (25%) và *Streptococcus sp.* (7,5%). Đối với vi khuẩn *E.coli*, tỷ lệ nhạy cảm với ceftriaxon, piperacillin/tazobactam lần lượt là 65% và 88%. Nghiên cứu ghi nhận 9,9% *E.coli* đề kháng với kháng sinh nhóm carbapenem. Đối với vi khuẩn *K.pneumoniae*, tỷ lệ nhạy cảm với ceftriaxone, piperacillin/tazobactam lần lượt là 83,9% và 93,3%. Về kết cục điều trị, tỷ lệ tử vong theo nghiên cứu là 26%.

Kết luận: Khi tiếp cận trường hợp xơ gan mất bù, ngay cả khi BN không sốt, không đau bụng, bạch cầu máu không tăng, bác sĩ lâm sàng vẫn cần lưu ý đến chẩn đoán VPMNKNP dựa trên việc đánh giá toàn diện BN. Vi khuẩn *E.coli* gây viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát có tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh ceftriaxone tăng so với trước đây và xuất hiện tình trạng đề kháng kháng sinh nhóm carbapenem.

Từ khóa: nhiễm khuẩn, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, xơ gan, *Escherichia coli*.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một vấn đề sức khỏe toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 11 trên thế giới [1]. Bệnh nhân (BN) xơ gan có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn phải nhập viện điều trị với nguy cơ xảy ra biến chứng và tỷ lệ tử vong cao. Trong đó, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) là nhiễm khuẩn thường gặp với tỷ lệ 23 – 27% ở BN xơ gan [2,3]. Tình hình đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng dần dẫn đến các khuyến cáo điều trị cũng thay đổi theo thời gian. Các Hiệp hội trên thế giới đã thay đổi khuyến cáo về việc lựa chọn kháng sinh điều trị đầu tay cho VPMNKNP từ nhóm cephalosporin thế hệ 3 thành piperacillin-tazobactam nếu VPMNKNP từ cộng đồng có nguy cơ đề kháng kháng sinh cao [4].

Tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (BVBND), các nghiên cứu giai đoạn 2013 – 2014 và 2016 – 2017 cho thấy xu hướng nhạy cảm với ceftriaxon của vi khuẩn dao động từ 46 – 50%. Đối với piperacillin/tazobactam, sự nhạy cảm kháng sinh giảm từ 100% xuống còn 83% và xuất hiện sự đề kháng với carbapenem (<5%) trên bệnh phẩm dịch màng bụng [5,6].

Để tìm hiểu về các tác nhân gây VPMNKNP ở BN xơ gan và tình hình đề kháng kháng sinh của các tác nhân

này trong giai đoạn năm 2022 – 2024, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, tác nhân và kháng sinh đồ của các trường hợp xơ gan bị VPMNKNP tại BVBND.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

Địa điểm nghiên cứu: Các khoa điều trị nội trú người lớn BVBND

2.2. Thời gian thu thập số liệu: Nghiên cứu chia thành 2 giai đoạn:

Giai đoạn hồi cứu: từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2023

Giai đoạn tiến cứu: từ tháng 11/2023 đến tháng 08/2024

Đối tượng nghiên cứu: BN xơ gan mất bù được chẩn đoán VPMNKNP, điều trị nội trú tại BVBND

2.3. Tiêu chuẩn nhận vào: BN ≥ 16 tuổi, xơ gan mất bù có bàng bụng, được xét nghiệm dịch màng bụng thỏa ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: (1) Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính ≥ 250 tế bào/ mm^3 ; (2) Cấy dịch màng bụng dương tính.

*Tác giả liên hệ

Email: thaopnp@pnt.edu.vn Điện thoại: (+84) 933764219 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5904

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: BN được chẩn đoán VPMNK thứ phát, soi cấy dịch màng bụng ra nấm hoặc lao, ung thư màng bụng, nhiễm HIV.

2.5. Cỡ mẫu: Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt ca nên không tính cỡ mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Cách thức thu thập dữ liệu:

Giai đoạn hồi cứu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Danh sách bệnh nhân được cung cấp từ phòng Công nghệ thông tin và hệ thống bệnh án điện tử của BVBNĐ. Kết quả cấy dịch màng bụng được cung cấp từ phòng Vi sinh BVBNĐ. Các thông tin về dịch tễ, tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết cục điều trị được ghi nhận vào Phiếu thu thập số liệu soạn sẵn.

Giai đoạn tiến cứu: Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn và thăm khám BN, các thông tin nghiên cứu được ghi nhận vào Phiếu thu thập số liệu. BN tiếp tục được theo dõi, thu thập các thông tin về quá trình điều trị và kết cục.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng số trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ. So sánh biến định lượng bằng kiểm định t độc lập hoặc kiểm định Mann-Whitney U. So sánh biến định tính bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher-exact nếu tần số < 5. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bệnh nhiệt đới số CS/BNĐ/23/37.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024, chúng tôi thu nhận được 211 lượt BN tham gia nghiên cứu từ 183 BN, do có một số trường hợp nhập viện nhiều lần. Trong đó bao gồm 131 ca bệnh hồi cứu và 80 ca bệnh tiến cứu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung vị (khoảng tứ phân vị) là 54 tuổi (47 – 61). Tỷ lệ Nam:Nữ là 2:1. Nguyên nhân gây xơ gan thường gặp nhất là viêm gan siêu vi B mạn (60%), kế đến là xơ gan do rượu và viêm gan siêu vi C mạn. 20% trường hợp có ≥ 2 nguyên nhân xơ gan. 1/3 dân số nghiên cứu có bệnh nền khác đi kèm ngoài xơ gan, trong đó, đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận mạn là 3 bệnh nền thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 21,3%, 11,5% và 3,8%. Gần 1/3 BN nghiên cứu có tiền căn nhập viện trong 3 tháng gần đây với 80% trong số đó từng được sử dụng kháng sinh tĩnh mạch. Kháng sinh từng được sử dụng nhiều nhất là piperacillin/tazobactam (30%), trong khi đó, ceftriaxone được dùng ít hơn với tỷ lệ 4,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong 211 lượt BN tham gia nghiên cứu, 181 trường hợp đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VPMNKP, 30 trường hợp còn lại thỏa tiêu chuẩn du khuẩn báng.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN trong nghiên cứu (N=211)

Lâm sàng n (%)	Toàn bộ N=211	VPMNKP N=181	Du khuẩn báng N=30	P
Sốt $\geq 38^\circ\text{C}$	135 (64,0%)	117 (64,6%)	18 (60,0%)	0,624
Đau bụng	152 (72,0%)	135 (74,6%)	17 (56,7%)	0,043
Không sốt và không đau bụng	25 (11,8%)	19 (10,5%)	6 (20,0%)	0,137

Lâm sàng n (%)	Toàn bộ N=211	VPMNKP N=181	Du khuẩn báng N=30	p
Bảng bụng Lượng ít Lượng vừa Lượng nhiều	7 (3,3%) 69 (32,7%) 135 (64,0%)	6 (3,3%) 64 (35,4%) 111 (61,3%)	1 (3,3%) 5 (16,7%) 24 (80,0%)	0,996 0,043 0,048
Vàng da	191 (90,5%)	163 (90,1%)	28 (93,3%)	0,570
Rối loạn ý thức	50 (23,7%)	44 (24,3%)	6 (20,0%)	0,607
Sốc	14 (6,6%)	13 (7,2%)	1 (3,3%)	0,698
Xuất huyết tiêu hóa	8 (3,8%)	6 (3,3%)	2 (6,7%)	0,373
*Bạch cầu máu, K/mm ³ (trung vị, KTPV)	8,9 (6,4 – 13,0)	8,9 (6,5 – 12,8)	9,7 (6,0 – 14,2)	0,827
Tiểu cầu, K/mm ³ (trung vị, KTPV)	86 (62 – 124)	86 (61 – 119)	86 (71 – 136)	0,463
Creatinin, umol/l (trung vị, KTPV)	93 (70 – 143)	90 (70 – 137)	100 (72 – 145)	0,424

*Trong nhóm BN được chẩn đoán VPMNKP, có 51/181 BN (28%) có chỉ số bạch cầu máu $> 12\,000/\text{mm}^3$, còn lại phần lớn dao động từ $4\,000 - 12\,000/\text{mm}^3$

Bảng 2. Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn từ bệnh phẩm máu và dịch màng bụng (N=210)*

		Cấy máu, n (%)	
		Dương tính	Âm tính
Cấy dịch màng bụng n (%)	Dương tính	56 (26,7%)	80 (38,1%)
	Âm tính	15 (7,1%)	59 (28,1%)

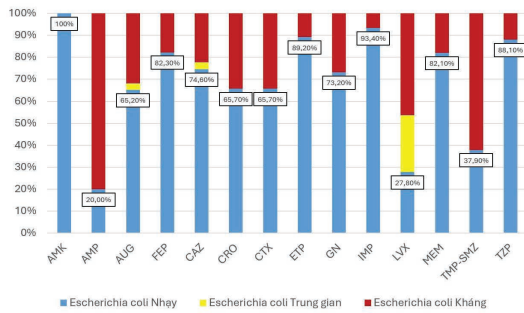
*Trong 211 trường hợp, có 1 ca không thu thập đủ thể tích dịch màng bụng để thực hiện nuôi cấy, ca này được loại ra khi phân tích số liệu vi sinh.

Bảng 3. Đặc điểm vi khuẩn phân lập được trong dịch màng bụng (N=210)

Đặc điểm	Toàn bộ N=210	VPMNKP N=180	Du khuẩn báng N=30	p
Cấy dịch màng bụng dương tính	136 (64,8%)	106 (58,9%)	30 (100%)	<0,001
Số vi khuẩn phân lập được*	139	106	33	
Vi khuẩn Gram âm	123 (88,5%)	97 (91,5%)	25 (75,8%)	0,016
Vi khuẩn Gram dương	16 (11,5%)	9 (8,5%)	8 (24,2%)	

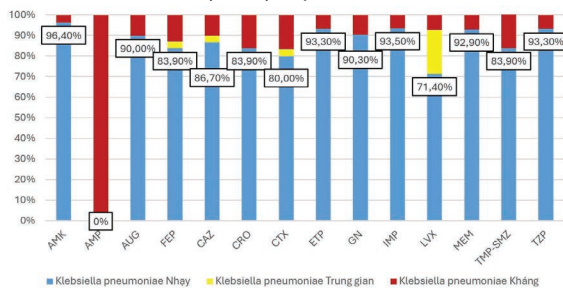
* Có 2 trường hợp cấy mọc đa tác nhân: 1 trường hợp mọc 3 tác nhân gồm E.coli, K.pneumoniae và S.gallolyticus; 1 trường hợp mọc 2 tác nhân gồm S.aureus và S.oralis.

Khi phân lập dịch màng bụng, Escherichia coli là tác nhân thường gặp nhất (chiếm 56% ở VPMNKP và 36% ở tình trạng du khuẩn báng), kế đó là K.pneumoniae (25% ở VPMNKP và 18% ở du khuẩn báng). Một tác nhân Gram âm khác chiếm tỷ lệ thấp hơn là Aeromonas sp. Trong các mẫu phân lập ra vi khuẩn Gram dương, vi khuẩn nhóm Streptococcus sp. thường gặp nhất (9% trên tổng số mẫu cấy).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn Escherichia coli trong dịch màng bụng (N=71)

Ghi chú: AMK (n=18): Amikacin; AMP (n=60): Ampicillin; AUG (n=66): Amoxicillin-acid clavulanic; FEP (n=62): Cefepime; CAZ (n=63): Ceftazidime; CRO (n=67): Ceftriaxone; CTX (n=67): Cefotaxime; ETP (n=65): Ertapenem; GN (n=71): Gentamycin; IMP (n=61): Imipenem; LVX (n=54): Levofloxacin; MEM (n=28): Meropenem; TMP-SMZ (n=66): Trimethoprim/sulfamethoxazole; TZP (n=67): Piperacillin-Tazobactam.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn Klebsiella pneumoniae trong dịch màng bụng (N=33)

Ghi chú: AMK (n=28): Amikacin; AMP (n=5): Ampicillin; AUG (n=30): Amoxicillin-acid clavulanic; FEP (n=31): Cefepime; CAZ (n=30): Ceftazidime; CRO (n=31): Ceftriaxone; CTX (n=30): Cefotaxime; ETP (n=30): Ertapenem; GN (n=32): Gentamycin; IMP (n=31): Imipenem; LVX (n=27): Levofloxacin; MEM (n=28): Meropenem; TMP-SMZ (n=31): Trimethoprim/sulfamethoxazole; TZP (n=30): Piperacillin-Tazobactam.

3.3. Đặc điểm điều trị

Về kết cục điều trị, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 26,4%, trong đó 2/3 trường hợp tử vong do nhiễm trùng không đáp ứng điều trị, các trường hợp còn lại tử vong vì các biến chứng khác của xơ gan.

Bảng 4. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến kết cục thất bại điều trị (N = 177)

Đặc điểm	Thất bại điều trị (n=37)	OR (KTC 95%)	p
Tuổi ≥ 60, n (%)	14 (37,8)	1,63 (0,76 – 3,50)	0,206
Tiền căn đái tháo đường, n (%)	6 (16,2)	0,77 (0,29 – 2,04)	0,603
Rối loạn ý thức, n (%)	12 (32,4)	2,01 (0,90 – 4,50)	0,086
Sốc, n (%)	5 (13,5)	3,49 (1,00 – 12,15)	0,054
Bạch cầu máu ≥ 12 000/mm ³ , n (%)	23 (42,6)	2,38 (1,12 – 5,06)	0,023
Creatinin ≥ 132,6 μmol/l, n (%)	19 (51,4)	4,42 (2,05 – 9,54)	<0,001
Nhiễm khuẩn tác nhân gram âm, n (%)	24 (64,9)	1,55 (0,80 – 2,31)	0,248

4. BÀN LUẬN

Mặc dù sốt và đau bụng là hai triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất, góp phần quan trọng hướng đến chẩn đoán VPMNKNP, nhưng nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn có 10,5% trường hợp BN không biểu hiện cả hai triệu chứng này. Như vậy, đặc điểm lâm sàng của VPMNKNP có thể không điển hình. Bên cạnh đó, 70% bệnh nhân có số lượng bạch cầu máu không tăng cao (< 12 000/mm³), cho thấy phản ứng viêm hệ thống ở BN xơ gan có thể bị hạn chế. Do vậy, khi tiếp cận các trường hợp xơ gan, bác sĩ lâm sàng cần hỏi bệnh, thăm khám kỹ càng, đánh giá toàn diện các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết hợp với chọc dò khảo sát dịch màng bụng để có thể chẩn đoán sớm, tránh bỏ sót các ca bệnh không điển hình.

Có 7% BN cấy dịch màng bụng âm tính nhưng cấy máu dương tính. Từ đó cho thấy việc kết hợp cấy dịch màng bụng và cấy máu có thể giúp đánh giá toàn diện tình trạng nhiễm khuẩn, xác định tác nhân gây bệnh và lựa chọn kháng sinh trên BN VPMNKNP.

Về đặc điểm vi sinh, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế với tỷ lệ trên 90%. E.coli (56%) và K.pneumoniae (25%) vẫn là hai tác nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn dịch ổ bụng. Với tỷ lệ đề kháng ceftriaxone của E.coli là 34,3% và K.pneumoniae là 16,1% theo nghiên cứu của chúng tôi, việc lựa chọn nhóm cephalosporin thế hệ 3 là kháng sinh đầu tay trong điều trị VPMNKNP theo khuyến cáo của các hướng dẫn điều trị tại Hoa Kỳ (AASLD) [7] và châu Âu (EASL) có thể dẫn đến tỷ lệ thất bại điều trị cao, không thật sự phù hợp với đặc thù của khu vực châu Á – Thái Bình Dương, nơi có tỷ lệ vi khuẩn Gram âm tiết men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) cao ngay cả trong nhiễm khuẩn từ nguồn gốc cộng đồng. Hiệp hội Nghiên cứu Gan vức châu Á – Thái Bình Dương (APASL) [4] khuyến cáo cần cá thể hoá điều trị dựa trên độ nặng của bệnh và nguy cơ nhiễm vi khuẩn kháng thuốc, trong đó, piperacillin/tazobactam dần trở thành lựa chọn ưu tiên trong điều trị ban đầu, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến cuối. Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với ceftriaxone tăng trở lại theo thời gian do việc giảm sử dụng kháng sinh này. Tỷ lệ nhạy cảm của E.coli với ceftriaxone trong nghiên cứu này là 65%, cao hơn so với hai nghiên cứu trước đây tại BVBNĐ: 33% trong nghiên cứu của tác giả Trần Đăng Khoa (2013 – 2014) [6] và 36% trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Hồng Linh (2016 – 2017) [5]. Tuy nhiên, sự xuất hiện các chủng E.coli kháng carbapenem với tỷ lệ 9,9%, tăng đáng kể so với tỷ lệ dưới 5% trước đây, dấu hiệu cảnh báo cho nguy cơ đề kháng carbapenem trong tương lai, cần đặt ra chiến lược giám sát sử dụng kháng sinh phù hợp.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy tình trạng bạch cầu máu ≥ 12 000/mm³ và tổn thương thận cấp có mối liên quan đến kết cục không đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Điều này tương đồng với kết quả từ các nghiên cứu khác trên thế giới [9,10], phản ánh việc xuất hiện tổn thương cơ quan đích là dấu hiệu tiên lượng nguy cơ diễn tiến không thuận lợi trong quá trình điều trị.

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Phương pháp lấy mẫu thuận tiện tại một bệnh viện chuyên sâu về truyền nhiễm, có thể khiến mẫu thu thập mang sai lệch chọn lọc khi tập trung phần lớn vào nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù nặng. Phổ vi khuẩn và tỷ lệ đề kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có thể

cao hơn so cộng đồng và thiếu tính đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân xơ gan. Bên cạnh đó, việc áp dụng thiết kế mô tả loạt ca không có nhóm chứng nên nghiên cứu này chỉ đạt được mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và vi sinh, chưa thể xác định các mối quan hệ nhân quả hay yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến kết cục của bệnh nhân. Các phân tích đờn biến trong nghiên cứu chỉ mang tính chất gợi ý về mối liên quan, cần được xác thực thêm bằng các thiết kế nghiên cứu can thiệp hoặc bệnh chứng với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm.

6. KẾT LUẬN

Khi tiếp cận trường hợp xơ gan mất bù, ngay cả khi BN không sốt, không đau bụng, bạch cầu máu không tăng, bác sĩ lâm sàng vẫn cần lưu ý đến chẩn đoán VPMNKNP dựa trên việc đánh giá toàn diện BN. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm, dẫn đầu là E.coli và K.pneumoniae. Sự xuất hiện và gia tăng của các chủng vi khuẩn kháng carbapenem đặt ra thách thức mới về tình hình đề kháng kháng sinh, cần có các biện pháp giám sát định kỳ đặc điểm vi sinh và khuyến cáo lựa chọn sử dụng kháng sinh phù hợp.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Devarbhavi, H., Asrani, S. K., Arab, J. P., et al. (2023). Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of Hepatology*, 79(2), 516–537. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2023.03.017>
- [2] Piano, S., Singh, V., Caraceni, P., et al. (2019). Epidemiology and effects of bacterial infections in patients with cirrhosis worldwide. *Gastroenterology*, 156(5), 1368–1380.e10. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.005>
- [3] Piano, S., Bartoletti, M., Tonon, M., et al. (2018). Assessment of Sepsis-3 criteria and quick SOFA in patients with cirrhosis and bacterial infections. *Gut*, 67(10), 1892–1899. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314324>
- [4] Singh, V., De, A., Mehtani, R., et al. (2023). Asia-Pacific association for study of liver guidelines on management of ascites in liver disease. *Hepatology International*, 17(4), 792–826. <https://doi.org/10.1007/s12072-023-10536-7>
- [5] Đoàn, T. H. L. (2018). Đặc điểm điều trị kháng sinh trên bệnh nhân xơ gan viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát cấy dương tính tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới [Luận văn Thạc sĩ]. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [6] Trần, Đ. K., Cao, N. N., Phạm, T. L. H., et al. (2015). Hiệu quả của kháng sinh trong điều trị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân người lớn xơ gan. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19(1), 426
- [7] Biggins, S. W., Angeli, P., Garcia-Tsao, G., Ginès, P., et al. (2021). Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* (Baltimore, Md.), 74(2), 1014–1048. <https://doi.org/10.1002/hep.31884>
- [8] European Association for the Study of the Liver (2018). EASL clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of hepatology*, 69(2), 406–460. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>
- [9] Zhang, X., Li, X. X., Song, J. W., et al. (2023). Clinical features, microbial spectrum, and antibiotic susceptibility patterns of spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients. *Digestive and Liver Disease*, 55(11), 1554–1561. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2023.08.045>
- [10] Devani, K., Charilaou, P., Jaiswal, P., et al. (2019). Trends in hospitalization, acute kidney injury, and mortality in patients with spontaneous bacterial peritonitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 53(2), e68. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000973>