

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai, 2012 - 2017

Nguyễn Thị Thu Hoài*, Phạm Minh Tuấn*, Trần Bá Hiếu*, Đặng Việt Phong*
Phạm Mạnh Hùng*, Dương Đức Hùng*, Phạm Nguyễn Sơn**, Đỗ Doãn Lợi***

Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai*

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108**

Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, các vi khuẩn gây bệnh ở các bệnh nhân (BN) viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2012 đến năm 2017.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên toàn bộ hồ sơ BN được chẩn đoán VNTMNK nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 01/01/2012 đến 30/9/2017. Mã bệnh được quy định theo bảng phân loại quốc tế về bệnh tật ICD-10 (International Classification of Disease).

Kết quả: 292 BN được chẩn đoán VNTMNK được nhập viện hoặc chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai để điều trị, chẩn đoán theo tiêu chuẩn Duke sửa đổi, trong đó có 194 nam (66,4%) và 98 nữ (33,6%), tuổi trung bình $46,6 \pm 16,4$ (từ 16 đến 83 tuổi). Sốt kéo dài trên 2 tuần (125 BN, 42,81%), suy tim NYHA ≥ 2 chiếm 55,5%. Tiền sử bệnh van tim 57 BN (19,52%), bệnh tim bẩm sinh (6,85%), van nhân tạo chiếm 8,22%. Nhiễm trùng răng miệng trước đó là 5 BN (1,74%), 1 BN nhiễm trùng da (0,34%), có 17 BN (5,82%) nghiện ma túy trong đó có 15 BN tiêm chích ma túy (5,14%), 2 BN hít ma túy, 26 BN có tiền sử phẫu thuật (8,9%). 133 BN (45,5%) được chuyển đến từ các bệnh viện

địa phương lân cận. Có 26,03% BN được sử dụng kháng sinh trước đó. Cấy máu được tiến hành trong vòng 24 giờ sau khi bệnh nhân vào viện, kết quả cấy máu 70,55% âm tính, dương tính là 29,45%. Có 268 trường hợp (91,78%) BN viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van tim tự nhiên, có 24 BN (8,22%) có viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên nền có van tim nhân tạo từ trước, van cơ học 15 (5,14%), van sinh học 9 (3,08%). 135 (46,2%) có sùi các van tự nhiên. Các tổn thương hở van các mức độ từ vừa đến nặng ở van động mạch chủ (10,9%), van hai lá (25,1%), van ba lá (6,74%), van động mạch phổi (1,9%) và 3% tổn thương phối hợp nhiều van. Biến chứng nặng trong các tổn thương van là đứt dây chằng cột cơ là 11 BN (4,12%), và áp-xe vòng van hai lá là 2 BN (0,68%), áp-xe gốc động mạch chủ 1 BN (0,34%). Kết quả phân lập vi khuẩn trong máu bệnh nhân cho thấy tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus* đứng hàng đầu (15 BN 17,4%), kế tiếp là liên cầu với 2 chủng hay gặp nhất là *Streptococcus sanguinis* 10 BN (11,6%) và *S. viridians* 9 BN (10,5%), ngoài ra là các chủng liên cầu và tụ cầu khác và 6 ca nhiễm nấm chủng *Candida*. Thời gian điều trị trung bình là 22 ± 18 ngày. 14 BN (4,79%) bị biến chứng đột quỵ, bao gồm: nhồi máu não 7 bệnh nhân (2,40%), xuất huyết não 3 bệnh nhân (1,03%), xuất huyết dưới nhện 4 bệnh nhân (1,37%). 2 BN (0,68%) tử

vong trong viện. 19 BN (6.51%) được phẫu thuật tim mở. 100% được làm siêu âm tim qua thực quản. Chỉ có 14 BN (4,79%) được làm siêu âm tim qua thành ngực.

Kết luận: 292 bệnh nhân VNTMNK được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2012 đến 30/9/2017: Đa số BN là nam giới. Các bệnh lý tim mạch đã mắc trước đó thường là các bệnh van tim. Triệu chứng sốt kéo dài là triệu chứng hay gặp nhất. Suy tim chiếm tỷ lệ khá cao. Chủng vi khuẩn hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân này là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) và liên cầu (*Streptococci*). Tỷ lệ cấy máu âm tính cao. Tỷ lệ được dùng siêu âm tim qua thực quản để đánh giá các tổn thương cấu trúc tim còn thấp.

Từ khoá: Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) là tình trạng nhiễm trùng và viêm các van tim hoặc nội mạc tim, có thể do vi khuẩn, nấm, do virus hoặc do Rickettsia... Các tổn thương thường gặp là sùi, thủng lá van, áp-xe, thuyên tắc mạch, phình mạch hình nấm... Đây là một bệnh nặng, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao[1,2,3]. Thống kê toàn cầu năm 2010 cho thấy VNTMNK làm mất đi tổng số 1,58 triệu năm sống khoẻ mạnh do tử vong và do hậu quả của suy tim, suy thận, đột quỵ não, sốc nhiễm khuẩn ... [4]. Ở các nước thu nhập thấp và trung bình, VNTMNK chủ yếu gặp trên các BN có bệnh van tim do thấp. Ở các nước phát triển, VNTMNK chủ yếu gặp ở những người bị thoái hoá van tim, những BN có van nhân tạo hoặc thiết bị cấy ghép, một số BN tim bẩm sinh, BN có tiêm chích ma tuý[4]. Việc tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, vi khuẩn gây bệnh cũng như các biến chứng, hậu quả của VNTMNK là rất quan trọng. Ở Việt Nam, Tạ Mạnh Cường và Vũ Thị Thanh Nga đã nghiên cứu về đánh giá điều trị kháng sinh ở các

BN VNTMNK cấy máu âm tính từ 2002 đến 2007. Với mong muốn tìm hiểu về đặc điểm của các BN VNTMNK trong giai đoạn hiện nay, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, các vi khuẩn gây bệnh ở các bệnh nhân VNTMNK được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2012 đến năm 2017.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ hồ sơ BN được chẩn đoán VNTMNK nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 01/01/2012 đến 30/9/2017.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập từ bệnh án BN nội trú tại phòng lưu trữ hồ sơ của Bệnh viện Bạch Mai, điền phiếu điều tra số liệu theo mẫu thiết kế sẵn. Mã bệnh được quy định theo bảng phân loại quốc tế về bệnh tật ICD-10 (International Classification of Disease).

Các thông số của BN được lấy từ bệnh án của BN, các kết quả thăm khám lâm sàng, kết quả siêu âm tim, cấy máu, kết quả phẫu thuật tim. Một số bệnh phẩm được làm xét nghiệm PCR tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Xử lý số liệu: Các số liệu được lưu trữ trên máy vi tính và được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0 với các thuật toán thống kê y học.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1-2012 đến tháng 9-2017, tổng cộng đã có 292 BN được chẩn đoán VNTMNK được nhập viện hoặc chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai để điều trị. Các BN được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Duke sửa đổi[5]. Trong nhóm nghiên cứu, có 194 nam (66,4%) và 98 nữ (33,6%), tuổi trung bình $46,6 \pm 16,4$ (từ 16 đến 83 tuổi).

Đặc điểm chung của các bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm của các bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai, 2012 - 2017

Đặc điểm	Trung bình ± SD hoặc n (%)
Đặc điểm chung	
Tuổi (Trung bình ± SD)	46,6 ± 16,4
Giới	
Nam	194 (66,4%)
Nữ	98 (33,6%)
Chuyển đến từ bệnh viện khác	133 (45,5%)
Thời gian nằm viện trung bình	22 ± 18
Tiền sử và các yếu tố nguy cơ	
Bệnh van tim	57 (19,52%)
Van động mạch chủ	28 (9,59%)
Van hai lá	20 (6,85%)
Van ba lá	7 (2,40%)
Phối hợp nhiều van	2 (0,68%)
Bệnh tim bẩm sinh	20 (6,85%)
Còn ống động mạch	5 (1,71%)
Thông liên thất	10 (3,42%)
Tứ chứng Fallot	1 (0,34%)
Thông sàn nhĩ thất	4 (1,37%)
Van nhân tạo	24 (8,22%)
Van cơ học	15 (5,14%)
Van sinh học	9 (3,08%)
Nhiễm khuẩn trước đó	9 (3,08%)
Viêm gan virus B	1 (0,34%)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1 (0,34%)
Nhiễm khuẩn hậu sản	1 (0,34%)
Nhiễm trùng răng miệng	5 (1,71%)
Nhiễm trùng da	1 (0,34%)
Tiêm chích ma túy	15 (5,14%)
Phẫu thuật trước đó	26 (8,90%)
Đặc điểm lâm sàng	
Tổn thương van tự nhiên	135 (46,2%)
Van động mạch chủ	37 (15,35%)
Van hai lá	66 (27,39%)
Van ba lá	18 (7,47%)

Van động mạch phổi	5 (2,07%)
Tổn thương nhiều van	8 (3,32%)
Tổn thương van nhân tạo	24 (9,06%)
Van cơ học	15 (5,14%)
Van hai lá cơ học	6 (2,05%)
Van động mạch chủ cơ học	7 (2,40%)
Van hai lá và van động mạch chủ cơ học	2 (0,68%)
Van sinh học	9 (3,08%)
Van hai lá sinh học	3 (1,03%)
Van động mạch chủ sinh học	2 (0,68%)
Van ba lá sinh học	4 (1,37%)
Cấy máu dương tính	86 (29,45%)
Cấy máu âm tính	206 (70,5%)
Sử dụng kháng sinh trước nhập viện	76 (26,03%)
Sốt >2 tuần	125 (42,81%)
Biến chứng và hậu quả	
Thời gian nằm viện (ngày)	22 ± 18 (1 - 88)
Suy tim trên lâm sàng	162 (55,48%)
Tai biến mạch máu não	14 (4,79%)
Nhồi máu não	7 (2,40%)
Xuất huyết não	3 (1,03%)
Xuất huyết dưới nhện	4 (1,37%)
Áp-xe vòng van hai lá	2 (0,68%)
Áp-xe gốc động mạch chủ	1 (0,34%)
Đứt dây chằng, cột cơ	11 (4,12%)
Áp-xe lách	1 (0,34%)
Phẫu thuật thay van	19 (6,51%)
Tử vong trong viện	2 (0,68%)

Nhận xét: Phần lớn BN đến bệnh viện vì lý do sốt kéo dài trên 2 tuần (125 BN, 42,81%) và được nhập viện trong tình trạng suy tim NYHA ≥ 2 chiếm 55.5%. Trong số đó, thống kê cho thấy có nhiễm trùng răng miệng trước đó là 5 BN (1.74%), 1 BN nhiễm trùng da (0,34%), có 17 BN (5,82%) nghiện ma túy trong đó có 15 BN tiêm chích ma túy (5,14%), 2 BN hít ma túy, 26 BN có tiền sử phẫu thuật (8,9%). Trong tổng số BN được nghiên cứu,

có 133 BN (45,5%) được chuyển đến từ các bệnh viện địa phương lân cận. Có 26,03% BN được sử dụng kháng sinh trước đó, số còn lại 73,97% BN chưa được sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện. Cây máu được tiến hành trong vòng 24 giờ sau khi bệnh nhân vào viện, kết quả cây máu của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lần lượt là 70,55% âm tính, dương tính là 29,45%.

Trong quá trình nằm viện, tất cả các BN được khảo sát các bệnh lý tim mạch tiềm tàng, kết quả phát hiện số BN có bệnh van tim là 57 (19,52%), trong đó bệnh lý van động mạch chủ 28 (9,59%), van hai lá 20 BN (6,85%), van ba lá là 7 BN (2,40%), nhiều van phối hợp có 2 BN (0,68%); số BN có bệnh lý tim bẩm sinh là 20 ca (6,85%) với các bệnh tim lần lượt là còn ống động mạch (5 BN, 1,71%), thông liên thất (10 BN, 3,42%), Fallot 4 (1 BN, 0,34%), thông sàn nhĩ thất (4 BN, 1,37%). Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cũng được phát hiện trên các BN đã được thay van tim. Có 268 trường hợp (91,78%) BN viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van tim tự nhiên, có 24 BN (8,22%) có viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên nền có van tim nhân tạo từ trước, van cơ học 15 (5,14%), van sinh học 9 (3,08%). Trong nhóm bệnh nhân có tổn thương van tim tự nhiên, trên siêu âm phát hiện được sùi van ở 127 bệnh nhân (43,5%), các tổn thương hở van các mức độ từ vừa đến nặng được phát hiện ở van động mạch chủ (10,9%), van hai lá (25,1%), van ba lá (6,74%), van động mạch phổi (1,9%) và 3% bệnh nhân phát hiện tổn thương phối hợp nhiều van. Biến chứng nặng trong các tổn thương van là đứt dây chằng cột cơ là 11 bệnh nhân (4,12%), và áp-xe vòng van hai lá là 2 bệnh nhân (0,68%), áp-xe gốc động mạch chủ 1 bệnh nhân (0,34%), tất cả các trường hợp này đều được phát hiện khi phẫu thuật tim mở. Thêm vào đó, kết quả thăm dò cho thấy các bệnh lý nhiễm khuẩn trước đó của các bệnh nhân bao gồm tổn thương van động mạch chủ 1 (0,34%),

tổn thương van hai lá 1 (0,34%), viêm gan virus B 1 (0,34%), nhiễm khuẩn tiết niệu 1 (0,34%), nhiễm khuẩn hậu sản 1 (0,34%), nhiễm khuẩn huyết 5 (1,71%).

Trong vòng 24 giờ sau khi vào viện, toàn bộ bệnh nhân được tiến hành cấy máu thường quy theo đúng phác đồ hướng dẫn chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Trong số đó, có 86 bệnh nhân (29,45%) có kết quả cấy máu dương tính, còn lại 206 bệnh nhân (70,55%) kết quả cấy máu âm tính. Một phần nguyên nhân kết quả cấy máu âm tính cao là do bệnh nhân đã được dùng kháng sinh ở tuyến trước trước khi chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai (76 bệnh nhân, 26%), một số bệnh nhân tự dùng kháng sinh tại nhà.

Việc dùng siêu âm tim qua thành ngực và siêu âm tim qua thực quản trong chẩn đoán VNTMNK

Trong số 292 BN, tất cả các BN đều được làm siêu âm tim qua thành ngực (100%), siêu âm tim qua thành ngực phát hiện 146 trường hợp có sùi van. Chỉ có 14 bệnh nhân được làm thêm siêu âm tim qua thực quản (4,79%), đây là những trường hợp không thấy sùi trên siêu âm tim qua thành ngực. Có 3 trường hợp bệnh nhân trên siêu âm tim qua thành ngực không phát hiện được sùi van nhưng trên siêu âm tim qua thực quản phát hiện được sùi van, tỷ lệ bỏ sót là 2,05%. Kết quả siêu âm cả qua thành ngực và qua thực quản không phát hiện được trường hợp nào có áp-xe vòng van hay gốc động mạch chủ.

Các chủng vi khuẩn gây bệnh

Bảng 2. Các chủng vi khuẩn phân lập được trong toàn bộ các bệnh nhân cấy máu dương tính

Chủng vi khuẩn	n
Candida tropicalis	2
Candida parapsilosis	1
Candida albicans	2
Enterococcus faecalis	2

Enterococcus spp.	3
Enterococcus gallinarum	1
Erysipelothrix rhusiopathiae	2
Acinetobacter baumannii	1
Burkholderia cepacia	1
Klebsiella oxytoca	2
Pseudomonas aeruginosa	3
Ralstonia pickettii	1
Serratia marcescens	2
Staphylococcus aureus	15
Staphylococcus epidermidis	1
Streptococcus sanguinis	10
Streptococcus constellatus	1
Streptococcus viridian	9
Streptococcus constellatus	2
Streptococcus gordonii	3
Streptococcus mitis	5
Streptococcus pneumoniae	2
Streptococcus salivarius	4
Streptococcus spp	5
Streptococcus suis	1

Nhận xét: Kết quả phân lập vi khuẩn trong máu bệnh nhân cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn do tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus* đứng hàng đầu với 15 bệnh nhân (chiếm 17,4%), kế tiếp là liên cầu với 2 chủng hay gặp nhất là *Streptococcus sanguinis* 10 bệnh nhân (11,6%) và *S. viridian* 9 bệnh nhân (10,5%), ngoài ra là các chủng liên cầu và tụ cầu khác và 6 ca nhiễm nấm chủng *Candida*.

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở các bệnh nhân VNTMNK được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai, nam giới chiếm đa số (66,4%). Nghiên cứu của Watt ở Thái Lan năm 2014 cũng cho thấy 68,9% các BN là nam giới[6]. Các BN của chúng tôi có tuổi trung bình $46,6 \pm 16,4$ (từ 16 đến 83 tuổi). Nghiên cứu của Watt cho thấy tuổi trung bình là 47 (từ 16 đến 85 tuổi), như vậy tuổi và giới của các BN

VNTMNK ở Việt Nam cũng tương tự như ở các nước khác trong khu vực Đông Nam Á[6].

Về tiền sử và các yếu tố nguy cơ, đứng hàng đầu là các bệnh van tim với 57 BN (19,52%), trong đó chủ yếu là bệnh lý van động mạch chủ và van hai lá, tiếp theo là các bệnh tim bẩm sinh (6,85%) trong đó thông liên thất chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là còn ống động mạch, thông sàn nhĩ thất. Các BN mang van nhân tạo chiếm 8,22% bao gồm cả van cơ học và van sinh học. Nhiễm trùng răng miệng chiếm 1,71%. Tỷ lệ tiêm chích ma túy là 5,14%. Tiền sử phẫu thuật chiếm 8,90%. Đây là những yếu tố nguy cơ nổi trội ở các BN của chúng tôi.

Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ sốt >2 tuần chiếm 42,81%. Nghiên cứu của Watt cho thấy thời gian sốt trung bình trước khi nhập viện trung bình là 21 ngày (0-270)[6]. Như vậy, có một tỷ lệ lớn các BN có sốt kéo dài trước khi nhập viện. Nghiên cứu tổng phân tích của Wang cho thấy có đến 86% đến 96% các BN có triệu chứng sốt[7]. Các tổn thương van tim gặp 46,2% là tổn thương van tự nhiên, 9,06% là tổn thương ở van nhân tạo. Tỷ lệ dùng kháng sinh trước khi nhập viện đến Bệnh viện Bạch Mai là 26,03%, điều này được giải thích là do 45,5% các BN được chuyển đến từ các bệnh viện khác, một số BN tự dung kháng sinh đường uống ở nhà. Tỷ lệ cấy máu âm tính cao (70,5%), có thể do các BN dùng kháng sinh trước khi nhập viện. Những BN có cấy máu âm tính thường có thời gian nằm viện dài, có nhiều thách thức trong điều trị.

Siêu âm tim qua thành ngực là thăm dò không xâm lấn thường quy được tiến hành để đánh giá chức năng tim cũng như các tổn thương van tim. Ngoài ra, siêu âm tim qua thành ngực còn có thể đánh giá các tổn thương tim trước đó của bệnh nhân. Tất cả các BN của chúng tôi đều được làm siêu âm tim qua thành ngực (100%). Tuy nhiên, chỉ có 14 BN được làm siêu âm tim qua thực quản (4,79%), tất cả các BN này được chỉ định siêu âm tim qua thực quản do không thấy có sùi trên siêu âm tim qua thành ngực.

Tỷ lệ được làm siêu âm tim qua thực quản còn thấp, điều này phản ánh sự hạn chế về nguồn lực, đòi hỏi nâng cao hơn nữa đầu tư trang thiết bị và nâng cao chất lượng thăm khám và điều trị.

Về nguyên nhân gây bệnh của các bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ở Bệnh viện Bạch Mai, chủ yếu là hai chủng vi khuẩn tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus*, đứng đầu là 2 chủng *S. Sanguinis* và *S. viridian*. Về mặt dịch tễ học, kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu nhỏ trong nước trước đó và một số nghiên cứu ngoài nước [1,7,8]. Toàn bộ bệnh nhân sau khi có chẩn đoán được dùng kháng sinh ngay theo phác đồ điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, và điều chỉnh kháng sinh theo kết quả vi sinh. Việc điều trị sẽ khó khăn khi kết quả cấy máu âm tính, tuy nhiên, kết quả nghiên cứu có thể là gợi ý cho lựa chọn kháng sinh trước khi có kết quả kháng sinh đồ nhằm không làm chậm trễ thời gian được điều trị của bệnh nhân.

Thời gian trung bình điều trị của các bệnh nhân nghiên cứu là 22 ± 18 ngày. Thời gian nằm viện còn dài so với các trung tâm khác trên thế giới [1,6,7,8]. Tỷ lệ biến chứng suy tim trên lâm sàng khá cao 55,48%. Trong quá trình nằm viện điều trị có 14 bệnh nhân (4.79%) bị biến chứng đột quy, bao

gồm: nhồi máu não 7 bệnh nhân (2.40%), xuất huyết não 3 bệnh nhân (1.03%), xuất huyết dưới nhện 4 bệnh nhân (1.37%). Đây là một trong những biến cố hay gặp nhất ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Trong tất cả bệnh nhân nghiên cứu, có 2 bệnh nhân (0.68%) tử vong trong viện do tình trạng nội khoa nhiễm trùng và suy tim quá nặng. Trong số bệnh nhân được chẩn đoán, có 19 bệnh nhân (6.51%) được tiến hành phẫu thuật thay van tổn thương, các bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi sau 1 tháng và không ghi nhận bệnh nhân nào tử vong trong vòng 1 tháng sau khi ra viện.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồ sơ bệnh án của 292 bệnh nhân VNTMNK được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2012 đến 30/9/2017, chúng tôi nhận thấy: Đa số BN là nam giới. Các bệnh lý tim mạch đã mắc trước đó thường là các bệnh van tim do thấp. Triệu chứng sốt kéo dài là triệu chứng hay gặp nhất. Suy tim chiếm tỷ lệ khá cao. Chủng vi khuẩn hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân này là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) và liên cầu (*Streptococci*). Tỷ lệ cấy máu âm tính cao. Tỷ lệ được dùng siêu âm tim qua thực quản để đánh giá các tổn thương cấu trúc tim còn thấp.

ABSTRACT

Infective Endocarditis in Bach Mai hospital 2012-2017

Background: Infective endocarditis (IE) is a severe cardiac condition with poor short and long-term outcomes.

Aims: to describe the clinical profile of a recent cohort of IE patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, a major academic center in Vietnam.

Methods: A retrospective cross-sectional study of 292 patients hospitalized from 2012 to 2017 using medical records search for the International Classification of Disease (ICD-10) code for IE.

Results: The average age was 46.6 ± 16.4 years old, (range 6-83), with 98 (33.6%) females and 133 (45.54%) patients referred from other hospitals. IE risk factors included: Dental infection n=5 (1.74%), Skin infection n=1 (0.34%), use of inhalational drugs n = 2 (0.68%), use of IV drugs n=15 (5.14%), Previous procedure/operation n = 26 (8.90%), Prosthesis n = 24 (8.22%), mechanical valve n=15 (5.14%), bioprosthesis n = 9 (3.08%). Positions of prosthetic valves: mitral n=7 (2.40%), aortic n=9 (3.08%), tricuspid

n=3 (1.03%), multiple n=2 (0.68%). Underlying diseases included Valvular n=57 (19.52%), including aortic n=28 (9.59%), mitral n=20 (6.85%), tricuspid n=7 (2.40%), multiple n= 2 (0.68%). There were 20 (6.85%) patients with congenital heart disease, including: patent ductus arteriosus n=5 (1.71%), ventricular septal defect n = 10 (3.42%), Tetralogy of Fallot n = 1 (0.34%), AV canal n = 4 (1.37%). Previous infections included: Hepatitis B n=1 (0.34%), urinary tract infection n=1 (0.34%), obstetrics infection n=1 (0.34%), and sepsis n= 5 (1.71%). Clinical findings included fever >2 weeks n= 125 (42.81%), heart failure (NYHA ≥ 2) n= 162 (55.48%), use of antibiotic before admission n=76 (26.03%), positive blood cultures n=86 (29.45%) and negative blood culture n= 206 (70.55%). The negative blood culture proportion in patients with pre-admission use of antibiotics was 33/76 (43.42%). Transesophageal echocardiography (TOE) was performed in n=14 (4.79%), a mean of 3.14 ± 3.96 days after transthoracic (TTE) echocardiography (range: 1-13); 2/14 (14.3%) showed a vegetation when TTE did not. Causative organisms are shown in Table 1. Among patients with positive blood cultures, Staphylococcus n=16/86 (18.6%) and Streptococcus n=42 (48.8%) were most prevalent. In the 15 persons who used intravenous drugs, 3 had Staphylococcus aureus (20%), 1 had Klebsiella oxytoca (6.7%), 1 had Pseudomonas aeruginosa (6.7%), 1 had Burkholderia cepacia (6.7%), and 9 had negative blood cultures (60%). In terms of clinical outcomes, the mean of hospital stay length (days) was 22 ± 18 (range 1-88), surgical valve replacement n=19 (6.51%), stroke n=14 (4.79%), including cerebral infarction n=7 (2.40%), cerebral haemorrhage n=3 (1.03%), subarachnoid haemorrhage n=4 (1.37%), splenic abscess n=1 (0.34%), in-hospital mortality was 2 (0.68%).

Conclusions: In this referral population from Vietnam, IE was characterized by a striking male predominance, high prevalence of pre-existing valvular disease, high rate of negative blood cultures, and long average length of stay. TOE was infrequently used.

Keyword: Infective Endocarditis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Nga. Đánh giá điều trị kháng sinh trong viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cấy máu âm tính tại Viện Tim mạch Việt Nam 2002-2007. *Luận văn Thạc sĩ Dược học, người hướng dẫn Tạ Mạnh Cường, Vũ Đình Hoà, Hà Nội - 2009.*
2. Trương Thanh Hương. *Bài giảng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn* (2014).
3. Hồ Huỳnh Quang Trí. *Một số cập nhật trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.* *Chuyên đề Tim Mạch Học* 2016.
4. Elaine Yang, MD, Bradley W. Frazee. Infective Endocarditis. *Emerg Med Clin N Am* 36 (2018) 645–663.
5. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, et al.; on behalf of the American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council of Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and Stroke Council. **Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications.** Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation.* 2015;132:1435-1486.
6. George Watt, Orathai Pachirat, Henry C. Baggett, Pierre-Edouard Fournier et al. **Infective Endocarditis in Northeastern Thailand.** *Emerging Infectious Disease.* Vol 20(3) March 2014: 473-475.
7. Andrew Wang; Jeffrey G. Gaca, MD; Vivian H. Chu, MD. **Management Considerations in Infective Endocarditis - A Review.** *JAMA.* 2018; 320(1):72-838. Logan L. Vincent & Catherine M. Otto. **Infective Endocarditis: Update on Epidemiology, Outcomes, and Management.** *Current Cardiology Reports* (2018) 20:86.