

- trạng rối loạn nhận thức của bệnh nhân tai biến mạch máu não. Tạp chí Y - Dược học Quân sự, 2017(4): p. 114-119.
3. **Đào Thị Bích Ngọc, Nguyễn Văn Liệu và Nguyễn Kim Việt** (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 4. **Nguyễn Hoàng Ngọc và Nguyễn Đình Toàn** (2015), "Nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức ở bệnh nhân sau đột quỵ não cấp bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu MMSE. Thần kinh học Việt Nam".
 5. **A Dhakal và BD Bobrin** (2024), Cognitive Deficits. StatPearls, chủ biên, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
 6. **Harris, J.E. and J.J. Eng**, Individuals with the dominant hand affected following stroke demonstrate less impairment than those with the nondominant hand affected. Neurorehabilitation and neural repair, 2006. 20(3): p. 380-389.
 7. **Richa Sharma và các cộng sự.** (2020), "Early post-stroke cognition: in-hospital predictors and the association with functional outcome", Frontiers in Neurology. 11, tr. 613607.
 8. **SMC Rasquin và các cộng sự.** (2004), "Demographic and CT scan features related to cognitive impairment in the first year after stroke", Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 75(11), tr. 1562-1567.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS KHÁNG METHICILLIN (MRSA) TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Tiến Đạt¹, Trần Minh Châu^{1,2}, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 112 bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm nhận xét kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết do Staphylococcus aureus kháng methicillin (MRSA) giai đoạn 2021-2025. **Kết quả:** Nhiễm trùng da mô mềm và áp xe cơ là biểu hiện thường hay gặp nhất (60,7% và 20,5%). Tỷ lệ tử vong là 18,8%. Có 98/112 bệnh nhân (87,5%) được sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp có vancomycin hoặc linezolid. Tỷ lệ chuyển kháng sinh trong nhóm dùng vancomycin là 53,7% (36/67 bệnh nhân), chủ yếu do không đáp ứng với vancomycin (37,3%) và dị ứng vancomycin (11,9%). Phân tích đơn biến cho thấy, các yếu tố liên quan đến tử vong gồm trên 65 tuổi (OR=3,06; 95%CI: 1,12 – 8,31; p=0,029); đái tháo đường (OR=4,74; 95%CI: 1,72 – 13,05; p=0,003); suy trên 2 tạng (OR=3,74; 95%CI: 1,06 – 13,3; p=0,041); sốc nhiễm khuẩn (OR=18,92; 95%CI: 5,46 – 65,61; p<0,001), kháng sinh ban đầu không phù hợp (OR=4,15; 95%CI: 1,26 – 13,68; p=0,019); CRP> 150 mg/L (OR=5,06; 95%CI: 1,07 – 23,89; p=0,041), PCT> 2ng/mL (OR=8,45; 95%CI: 2,80 – 25,50; p=0,001). Phân tích hồi quy đa biến thấy sốc nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh ban đầu không phù hợp là yếu tố độc lập liên quan với tử vong. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp sẽ làm giảm nguy cơ tử vong, cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn đánh giá hiệu quả của vancomycin trong điều trị nhiễm khuẩn huyết MRSA. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn huyết, MRSA, vancomycin, tử vong.

SUMMARY

EVALUATION THE TREATMENT OUTCOME IN PATIENTS WITH METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA) BLOOD STREAM INFECTIONS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A retrospective study was conducted to evaluate the treatment outcomes of 112 inpatients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bloodstream infections treated at Hanoi Medical University Hospital from 2021 to 2025. **Results:** In MRSA bloodstream infection patients, the most common sources of infection were skin-soft tissue infections and muscle abscess (60.7% and 20.5%, respectively). The mortality rate was 18.8%. There were 98 of 112 patients (87.5%) receiving appropriate initial antibiotics with vancomycin or linezolid. The rate of antibiotic switching in the vancomycin group was 53.7% (36/67 patients), mainly due to non-response to vancomycin (37.3%) and vancomycin allergy (11.9%). The univariate analysis showed that, factors associated with the risk of mortality included age more than 65 years (OR=3.06; 95% CI 1.12–8.31; p=0.029), diabetes mellitus (OR 4.74; 95% CI 1.72–13.05; p=0.003), failure of two or more organs (OR=3.74; 95% CI 1.06–13.3; p=0.041), septic shock (OR=18.92; 95% CI 5.46–65.61; p<0.001), inappropriate initial antibiotics (OR=4.15; 95%CI: 1.26 – 13.68; p=0.019); CRP> 150 mg/L (OR=5.06; 95%CI: 1.07 – 23.89; p=0.041), PCT> 2ng/mL (OR=8.45; 95%CI: 2.80 – 25.50; p=0.001). In multivariate regression analysis, septic shock and inappropriate initial antibiotics were identified as an independent predictors for mortality. **Conclusion:** Appropriate initial antibiotics will reduce mortality, further studies are needed to evaluate the efficacy of vancomycin in the treatment of MRSA blood stream infection.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Keywords: bloodstream infection, MRSA, vancomycin, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Staphylococcus aureus kháng methicillin (MRSA) hiện là mối đe dọa sức khỏe toàn cầu do khả năng kháng kháng sinh cao, liên quan đến nhiều nhiễm khuẩn xâm lấn, thời gian nằm viện kéo dài và tỷ lệ tử vong đáng kể. Theo CDC Hoa Kỳ và Mạng lưới giám sát kháng thuốc châu Âu, năm 2019 MRSA là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các vi khuẩn gây bệnh. Tại Việt Nam, MRSA chiếm tới 78% các trường hợp nhiễm khuẩn huyết (NKH) do S. aureus, mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ tử vong có thể lên đến 31,2%^{1,2}.

Các kháng sinh thường được sử dụng điều trị MRSA bao gồm vancomycin, linezolid, daptomycin, bên cạnh đó ceftaroline cũng được ghi nhận có hiệu quả trên MRSA. Mặc dù đã được điều trị kháng sinh thích hợp nhưng khoảng 1/3 số bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do S. aureus vẫn bị nhiễm khuẩn huyết dai dẳng³. Ngoài ra, thời gian điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn MRSA cũng khác nhau tùy thuộc mức độ phức tạp của các nhiễm khuẩn. Vì vậy diễn biến lâm sàng và kết quả điều trị NKH do MRSA cần được đánh giá nhằm cung cấp thêm thông tin cho thực hành lâm sàng. Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Staphylococcus aureus kháng methicillin (MRSA) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2021-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Có biểu hiện của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống gồm: (1) Nhiệt độ > 38°C hoặc <36°C; (2) Tần số tim >90 lần/ phút; (3) Tần số thở >20 lần/ phút hoặc PaCO₂ <32 mmHg (tự thở); (4) BC >12000 hoặc <4000/mm³, hoặc >10% BC non.
- Kết quả cấy máu và kháng sinh đồ (KSD) khẳng định nhiễm MRSA

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Kết quả cấy máu xác định được các căn nguyên khác trong quá trình điều trị.
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn

được thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm: thông tin chung, bệnh lý nền, lâm sàng, cận lâm sàng, các can thiệp và các thuốc điều trị, kết cục điều trị.

2.3. Các định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu:

- Kết cục khi ra viện:
 - Sống sót: bao gồm các bệnh nhân khỏi hoặc đỡ, giảm
 - + Khỏi: Lâm sàng hết sốt và không còn ổ nhiễm khuẩn, bạch cầu về bình thường, PCT giảm 80% so với giá trị ban đầu hoặc PCT < 0,5 ng/dL
 - + Đỡ, giảm: Các triệu chứng lâm sàng giảm so với thời điểm nhập viện, các chỉ số viêm giảm, có thể còn tồn tại ổ nhiễm khuẩn tại chỗ cần tiếp tục điều trị kháng sinh hoặc can thiệp ngoại khoa.
 - Tử vong/ Nặng xin về: Bệnh nhân tử vong tại bệnh viện hoặc tình trạng lâm sàng xấu đi cho dù đã được điều trị và hồi sức tích cực, gia đình xin về để tử vong tại nhà.

- Kháng sinh (KS) ban đầu phù hợp được định nghĩa là khi chủng vi khuẩn nhạy cảm với ít nhất một trong các loại kháng sinh được sử dụng theo phân loại của Viện Tiêu chuẩn Lâm sàng và Xét nghiệm (CLSI) tại thời điểm phân tích trừ aminoglycosid được coi là không phù hợp bất kể kết quả xét nghiệm độ nhạy cảm.

2.4. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ (%), biến định lượng dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). So sánh trung vị giữa 2 nhóm bằng kiểm định Mann-Whitney U, so sánh tỷ lệ % bằng test khi bình phương. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để tìm yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2025, có 112 bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 60,1 + 15,9 tuổi (thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 90 tuổi), có 75 nam (67%) và 37 nữ (33%). Có 81,4% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nền, trong đó có 54,5% bệnh nhân có từ 2 bệnh lý nền trở lên.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của NKH do MRSA

	Đặc điểm	Kết quả
Nhiễm khuẩn cơ quan (%)	Da mô mềm	68 (60,7)
	Ap xe cơ	23 (20,5)
	Viêm mủ khớp	10 (8,9)
	Viêm xương tủy xương	7 (6,3)
	Viêm phổi	9 (8,0)
	Nhiễm khuẩn	5 (4,5)

	trong ổ bụng ^a	
	Viêm nội tâm mạc	3 (2,7)
	Nhiễm khuẩn khác ^b	15 (13,4)
	Không rõ ổ nhiễm khuẩn	23 (20,5)
Số tạng suy n(%)	1 tạng suy	19 (17,0)
	2 tạng suy	10 (8,9)
	>3 tạng suy	2 (1,8)
MRSA phân lập được ngoài máu n(%)	Từ 1 ổ nhiễm khuẩn	52 (46,4)
	Từ >2 ổ nhiễm khuẩn	13 (11,6)
Chỉ số viêm trung vị (IQR)	Bạch cầu (G/L)	14,5 (9-19,1)
	CRP (mg/L)	169 (106-327)
	PCT (ng/ml)	2,53 (0,57-12,22)
Huyết học trung vị (IQR)	Tiểu cầu (G/L)	258 (175-365)
	Prothrombin (%)	75,5 (67-86)
	D-dimer (µg/l)	3695 (3045-5791)
Sinh hoá trung vị (IQR)	Ure (mmol/L)	8,3 (5,4-14,9)
	Creatinin(µmol/L)	77 (55-118)
	AST (U/L)	31 (22-51)
	ALT (U/L)	35 (23-59)

a: áp xe thận, áp xe lách, nhiễm khuẩn đường mật, nhiễm khuẩn dịch ổ bụng

b: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm màng não, áp xe não,...

Nhận xét: Trong nhiễm khuẩn huyết do MRSA, ổ nhiễm khuẩn xuất hiện với tỷ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn da mô mềm, tiếp theo đến nhiễm khuẩn của hệ cơ xương khớp gồm áp xe cơ, viêm mủ khớp và viêm xương tuỷ xương. Có 31 BN xuất hiện suy tạng, trong đó chủ yếu là suy 1 tạng; hầu hết các bệnh nhân có tăng bạch cầu máu, tăng CRP > 100 mg/L và PCT > 2 ng/ml. Có 65 bệnh nhân (58%) phân lập được MRSA từ các ổ nhiễm khuẩn khác ngoài máu.

Bảng 3.2. Sử dụng kháng sinh ban đầu điều trị NKH do MRSA

KS sử dụng		n	%
Kháng sinh ban đầu phù hợp		98	87,5
Phác đồ kháng sinh ban đầu phù hợp	Vancomycin	19	19,4
	Vancomycin + KS khác*	48	49,0
	Linezolid	10	10,2
	Linezolid + KS khác*	21	21,4

* KS khác: carbapenem hoặc cephalosporin thế hệ 3 hoặc quinolon.

Bảng 3.5. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong

Yếu tố	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Tuổi ≥65	3,06 (1,12 – 8,31)	0,029	3,96 (0,85 – 18,44)	0,079
Giới nam	0,76 (0,49 – 3,52)	0,585	-	-
Đái tháo đường	4,74 (1,72 – 13,05)	0,003	2,16 (0,53 – 8,83)	0,28
Sốc nhiễm khuẩn	18,92 (5,46 – 65,61)	<0,001	9,45 (1,72 – 51,78)	0,01

Nhận xét: Có 98 bệnh nhân (87,5%) được sử dụng KS ban đầu phù hợp, trong đó có 67 bệnh nhân (68,4%) sử dụng phác đồ ban đầu có vancomycin và 31 bệnh nhân (31,6%) sử dụng phác đồ ban đầu có linezolid.

Bảng 3.3. Tỷ lệ chuyển kháng sinh trong nhóm sử dụng vancomycin và lý do chuyển kháng sinh

Chuyển kháng sinh		Số lượng (n=67)	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ chuyển kháng sinh		36	53,7
Lý do chuyển kháng sinh	LS không cải thiện sau 3 ngày	25	37,3
	Suy thận sau dùng thuốc	1	1,5
	Dị ứng thuốc	8	11,9
	Hết kháng sinh đang dùng	2	3,0

Nhận xét: Trong số 67 bệnh nhân điều trị vancomycin, có 36 bệnh nhân (53,7%) phải chuyển sang sử dụng kháng sinh khác có tác dụng với tụ cầu như Linezolid hoặc Daptomycin/Teicoplanin. Phần lớn chuyển kháng sinh do lâm sàng không cải thiện hoặc do dị ứng vancomycin.

Bảng 3.4. Các can thiệp và kết quả điều trị

Can thiệp và kết cục	n (%)
Tình trạng sốc	
Sốc lúc nhập viện	8 (7,15)
Sốc xuất hiện trong quá trình điều trị	8 (7,15)
Các can thiệp trong quá trình điều trị	
Đặt nội khí quản	25 (22,3)
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	18 (16,1)
Đặt catheter động mạch	11 (9,8)
Sử dụng vận mạch	23 (20,5)
Lọc máu	7 (6,3)
Kết cục	
Sống sót	91 (81,2)
Tử vong/nặng xin về	21 (18,8)
Thời gian nằm viện	
<14 ngày	47 (42)
> 14 ngày	65 (58)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	18,6±12,2

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện sốc trong nghiên cứu là 14,3%, tỷ lệ tử vong là 18,8%. Thời gian nằm viện trung bình khoảng 19 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng vận mạch là 20,5%.

Số tạng suy >2	3,75 (1,057 – 13,30)	0,041	0,70 (0,07 – 6,89)	0,757
Số ổ nhiễm khuẩn >2	0,77 (0,16 – 3,74)	0,742	-	-
Kháng sinh ban đầu không phù hợp	4,15 (1,26 – 13,68)	0,019	1,98 (1,19 – 10,18)	0,034
Điều trị >14 ngày	0,28 (0,10 – 0,78)	0,014	0,38 (0,09 – 1,58)	0,183
Bạch cầu >15 (G/L)	1,2 (0,45 – 3,24)	0,719	-	-
CRP >150 (mg/L)	5,06 (1,07 – 23,89)	0,041	4,0 (0,64 – 25,05)	0,139
PCT >2 (ng/mL)	8,45 (2,80 – 25,50)	0,001	4,19 (0,84 – 20,94)	0,081

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy tuổi >65 tuổi, đái tháo đường, sốc nhiễm khuẩn, suy >2 tạng, kháng sinh ban đầu không phù hợp, CRP >150 mg/L, PCT >2 ng/mL là các yếu tố có liên quan đến tử vong, $p < 0,05$. Khi đưa vào mô hình phân tích đa biến, chỉ có sốc nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh ban đầu không phù hợp là các yếu tố độc lập liên quan đến tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất trong NKH do MRSA là nhiễm khuẩn da mô mềm (60,7%), nhiễm khuẩn cơ xương khớp (35,7%). Ít gặp hơn là viêm phổi, các nhiễm khuẩn khác trong ổ bụng, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu của Riche (2023) chỉ ra rằng nhiễm khuẩn da mô mềm, nhiễm khuẩn liên quan ống thông, nhiễm khuẩn hô hấp là 3 biểu hiện hay gặp nhất trong NKH do MRSA với tỷ lệ tương ứng là 26,1%, 24,4% và 23,2%⁴.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA), liệu pháp đơn trị liệu bằng vancomycin được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong điều trị MRSA.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân khi nhập viện được định hướng nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus* nên đã được sử dụng KS theo kinh nghiệm ban đầu phù hợp với khuyến cáo gồm có vancomycin hoặc linezolid (87,5%). Ngoài ra, khi tổng kết các phác đồ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu, vẫn có một tỷ lệ lớn bệnh nhân được phối hợp vancomycin hoặc linezolid với một kháng sinh khác, tương ứng lần lượt là 49% và 21,4%. Các KS phối hợp bao gồm KS nhóm carbapenem, cephalosporin thế hệ 3, quinolone, là các kháng sinh có tác dụng với vi khuẩn gram âm. Có sự phối hợp KS này là do trong nghiên cứu có một tỷ lệ bệnh nhân ngoài nhiễm khuẩn da mô mềm, cơ xương khớp còn có biểu hiện ổ nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác và có 20,5% không xác định được ổ nhiễm khuẩn. Mở rộng phổ kháng khuẩn trong phác đồ điều trị theo kinh nghiệm ban đầu cho các bệnh nhân trong nghiên cứu này là cần thiết trong khi chờ đợi kết quả vi sinh đầy đủ.

Trong 67 bệnh nhân được điều trị vancomycin, có 36 bệnh nhân (53,7%) được chuyển kháng sinh khác điều trị tụ cầu, lý do chủ

yếu là lâm sàng không cải thiện sau 3 ngày điều trị, mặc dù trên kháng sinh đồ, tất cả bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do MRSA đều nhạy với vancomycin. Hướng dẫn của IDSA và các hiệp hội khác khuyến cáo nên sử dụng một liều nạp từ 20-35 mg/kg nhằm nhanh chóng đạt được mục tiêu nồng độ thuốc trong máu và từ đó tính toán liều AUC/MIC tối ưu trong 24-48h đầu⁵; ngoài ra có thể *S. aureus* được phân lập nhạy cảm với vancomycin nhưng lại có MIC với vancomycin tăng cao ảnh hưởng đến dược động học/dược lực học của thuốc, từ đó dẫn đến làm chậm nồng độ điều trị và ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng⁶. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu cũng đã nhắc đến tỷ lệ dai dẳng kháng sinh của *S. aureus* với vancomycin chiếm tỷ lệ khá cao⁷, cũng là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị của vancomycin trên lâm sàng. Đây là vấn đề cần được quan tâm và nghiên cứu sâu hơn nữa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong, nặng xin về chiếm khá cao, 18,8%. Chúng tôi tiến hành phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với tử vong. Kết quả hồi quy logistic đơn biến ở bảng 3.5 cho thấy có mối liên quan giữa nguy cơ tử vong với tuổi trên 65, đái tháo đường, suy từ 2 tạng trở lên, sốc nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh ban đầu không phù hợp, CRP lớn hơn 150 mg/L, PCT lớn hơn 2 ng/mL. Nghiên cứu của Hasmukharay cũng cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm trên 65 tuổi cao hơn nhóm tuổi còn lại⁸. Phân tích đơn biến bảng 3.5 cũng cho thấy, bệnh nhân có thời gian nằm viện kéo dài trên 2 tuần có thể giảm nguy cơ tử vong. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự, nghiên cứu của Riche (2023) cho thấy điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong⁴; Gomez (2007) cho rằng mức độ nghiêm trọng cấp tính của bệnh, các biến chứng như sốc nhiễm khuẩn hoặc suy tạng và dùng kháng sinh ban đầu không phù hợp đều làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh⁹. Khi đưa vào phân tích đa biến, kết quả là chỉ còn sốc nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh ban đầu không phù hợp là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tử vong ở bệnh nhân NKH do MRSA. Nghiên cứu của Yoon cho thấy, sốc nhiễm khuẩn là yếu tố độc lập liên quan đến tử vong (OR = 5,45; 95% CI: 2,14–

13,87) tuy nhiên nghiên cứu lại thấy rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân được dùng kháng sinh ban đầu phù hợp và không phù hợp¹⁰.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn huyết do MRSA là một tình trạng bệnh nặng, sử dụng kháng sinh kinh nghiệm ban đầu phù hợp sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong. Bên cạnh đó khi điều trị nhiễm khuẩn huyết MRSA bằng vancomycin cần làm MIC với vancomycin và cần nhắc đến tính liều nạp phù hợp, để đạt được hiệu quả tối ưu trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Báo Cáo Giám Sát Kháng Kháng Sinh Tại Việt Nam năm 2020 của Bộ Y tế, công bố tháng 11 năm 2023. Accessed July 17, 2025. <https://trungtamthuoc.com/bai-viet/bao-cao-giam-sat-khang-khang-sinh-tai-viet-nam-nam-2020-cua-bo-y-te?fbclid=iwar252bowrfnzmcbshicojyw3wo4zdfs3c1vwnkfkosh-civvsenoeucg>
- Đông ĐV, Thấu NS, Sáng VV.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Staphylococcus aureus điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ năm 2016 đến năm 2018. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. Published online August 17, 2019. Accessed May 23, 2025. <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/74>
- Kuehl R, Morata L, Boeing C, et al.** Defining persistent Staphylococcus aureus bacteraemia: secondary analysis of a prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2020; 20(12): 1409-1417. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30447-3
- Riche CVW, Cassol R, Falci DR, Ramirez M, Dias CAG.** Epidemiology and risk factors for mortality among methicillin-resistant Staphylococcus aureus bacteremic patients in Southern Brazil. PLOS ONE. 2023; 18(4): e0283774. doi: 10.1371/journal.pone.0283774
- Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al.** Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. Clin Infect Dis. 2011; 52(3):e18-55. doi: 10.1093/cid/ciq146
- Moise-Broder PA, Sakoulas G, Eliopoulos GM, Schentag JJ, Forrest A, Moellering RC.** Accessory gene regulator group II polymorphism in methicillin-resistant Staphylococcus aureus is predictive of failure of vancomycin therapy. Clin Infect Dis. 2004; 38(12):1700-1705. doi: 10.1086/421092
- Khatib R, Johnson LB, Fakih MG, et al.** Persistence in Staphylococcus aureus bacteremia: Incidence, characteristics of patients and outcome. Scandinavian Journal of Infectious Diseases. 2006; 38(1): 7-14. doi: 10.1080/00365540500372846
- Hasmukharay K, Ngoi ST, Saedon NI, et al.** Evaluation of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bacteremia: Epidemiology, clinical characteristics, and outcomes in the older patients in a tertiary teaching hospital in Malaysia. BMC Infectious Diseases. 2023; 23(1): 241. doi: 10.1186/s12879-023-08206-y
- Gómez J, García-Vázquez E, Baños R, et al.** Predictors of mortality in patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bacteraemia: the role of empiric antibiotic therapy. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2007; 26(4): 239-245. doi: 10.1007/s10096-007-0272-x
- Yoon YK, Park DW, Sohn JW, et al.** Effects of inappropriate empirical antibiotic therapy on mortality in patients with healthcare-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus bacteremia: a propensity-matched analysis. BMC Infectious Diseases. 2016; 16(1):331. doi: 10.1186/s12879-016-1650-8

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ PHÒNG TÁI PHÁT BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Phùng Văn Dự¹, Lê Thị Yên¹, Phạm Thị Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh loét dạ dày tá tràng điều trị ngoại trú và phân tích các yếu tố liên

quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 94 người bệnh loét dạ dày tá tràng điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ tháng 8 đến tháng 11 năm 2024. Sử dụng bộ công cụ đánh giá kiến thức gồm 33 câu hỏi về kiến thức chung về bệnh, chế độ ăn, lối sống và sử dụng thuốc. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt và khá là 54,3% (6,4% tốt, 47,9% khá). Điểm trung bình kiến thức phòng tái phát bệnh là 23,33 ± 5,8 điểm. Kiến thức về chế độ ăn đạt điểm cao nhất (7,34 ± 2,09), kiến thức về sử dụng thuốc thấp nhất (3,97 ± 1,56). Các yếu tố có liên quan đến kiến thức tốt bao gồm: tuổi dưới 60 (OR=6,96,

¹Bệnh viện Trường Đại học Kỹ thuật Y Tế Hải Dương

²Trường Đại học Kỹ Thuật Y Tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Dự

Email: dupv@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025