

**2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài.** Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân, không vì bất kỳ mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu**

**3.1.1. Đặc điểm phân bố theo giới tính, tuổi**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới**

Giới	Số lượng BN (n=51)	Tỷ lệ %
Nam	50	98.04
Nữ	1	1.96
Tổng số	51	100

Tuổi trung bình (X±SD): 51.18±12.25

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51.18±12.25. Nam giới chiếm tỷ lệ cao 98.04%, nữ giới 1.96%.

**3.1.2. Đặc điểm phân bố theo mức độ xơ gan**

**Bảng 3.2. Đặc điểm mức độ xơ gan**

Đặc điểm	n (%)
Mức độ xơ gan	Child-Pugh A 4 (7.84%)
	Child-Pugh B 22 (43.14%)
	Child-Pugh C 25 (49.02%)
Điểm Child-Pugh trung bình	9.34±3.2
Tổng số	51 (100%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ điểm Child-Pugh B,C chiếm tỷ lệ cao, hơn 90%, Child Pugh A chiếm tỷ lệ thấp 7.84%, điểm Child Pugh dao động từ 6-13 điểm, trung bình 9.34±3.2 điểm.

**3.1.3. Một số đặt điểm về lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trung bình các chỉ số huyết học như số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu và số lượng tiểu cầu không biến đổi nhiều. Men gan tăng cao, chỉ số GGT tăng rất cao so với các chỉ số GOT, GPT

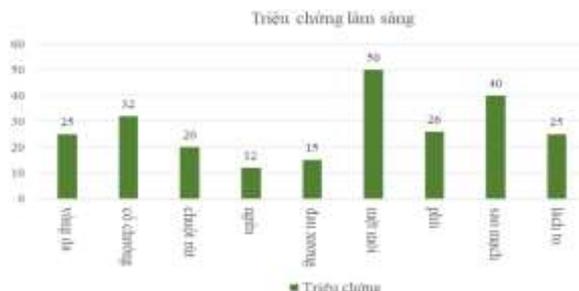
**3.2. Đặc điểm rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh**

**3.2.1. Đặc điểm rối loạn nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh**

**Bảng 3.4. Rối loạn về nồng độ canxi, phospho, magie huyết thanh**

Nồng độ	Giảm	%	Bình thường	%	Tăng	%	X±SD
Canxi TP huyết thanh (mmol/L)	40	78.43%	11	21.57%	0	0%	2.01±0.21
Phospho huyết thanh (mmol/L)	13	25.49%	36	70.59%	2	3.92%	0.96±0.21
Magie huyết thanh (mmol/L)	27	52.94	23	45.10	1	1.96%	0.67±0.11

**Nhận xét:** Nồng độ canxi TP huyết thanh giảm chiếm gần 80%, nồng độ canxi TP trung bình ở mức giảm. Nồng độ phospho huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ khá cao 25.49%, nồng độ phospho huyết thanh trung bình không giảm. Nồng độ magie huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là các triệu chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa như vàng da, cổ trướng, phù. Có một số bệnh nhân gặp các biểu hiện khác như chuột rút, ngứa, đau xương, trong đó triệu chứng chuột rút rất thường gặp

**3.1.4. Một số đặt điểm về cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 3.3. đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng**

Chỉ số	X±SD
WBC (G/L)	7.5±4.7
RBC (T/L)	3.2±0.9
PLT (G/L)	140.1±110.2
Creatinin (umol/L)	87.2±59.4
AST (U/L)	154±257.3
ALT (U/L)	75.3±158.6
GGT (U/L)	410.2±425.4

52.94%, chỉ có 1.96% bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ magie huyết thanh tăng, nồng độ magie huyết thanh trung bình ở mức thấp

**3.2.1. Nồng độ trung bình các chất theo phân loại Child-Pugh**

**Bảng 3.5: So sánh nồng độ trung bình các chất theo phân loại Child-Pugh**

Nồng độ	Child-Pugh A (n=4)	Child-Pugh B (n=22)	Child-Pugh C (n=25)	p
Canxi TP huyết thanh (mmol/L)	2.21±0.15	2.17±0.22	1.91±0.18	0.01
Phospho huyết thanh (mmol/L)	0.91±0.20	1.06±0.24	0.94±0.26	0.2
Magie huyết thanh (mmol/L)	0.71±0.13	0.66±0.11	0.64±0.16	0.6

**Nhận xét:** Nồng độ canxi TP giảm dần theo mức độ xơ gan theo phân loại Child Pugh, và nồng độ canxi TP thấp nhất ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh C, với  $p < 0.05$ . Nồng độ phospho, magie huyết thanh không có sự khác biệt ở các nhóm theo mức độ xơ gan theo thang điểm Child Pugh với  $p > 0.05$ .

### 3.2.1. Nồng độ trung bình các chất theo tình trạng cổ trướng

**Bảng 3.6: So sánh nồng độ trung bình các chất theo tình trạng cổ trướng**

Nồng độ	Không có cổ trướng (n=19)	Có cổ trướng (n=32)	p
Canxi TP huyết thanh (mmol/L)	2.15±0.22	1.99±0.15	0.01
Phospho huyết thanh (mmol/L)	0.93±0.20	1.04±0.29	0.2
Magie huyết thanh (mmol/L)	0.67±0.13	0.70±0.12	0.7

**Nhận xét:** Nồng độ Canxi TP giảm khi có cổ trướng, nồng độ phospho huyết thanh không có sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân có cổ trướng và không có cổ trướng với  $p > 0.05$ .

## IV. BÀN LUẬN

Xơ gan do rượu thường gặp ở nam hơn là ở nữ đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển do thói quen uống rượu thường xuyên trong sinh hoạt hàng ngày. Tại Bệnh viện Thanh Nhàn các bệnh nhân xơ gan đến khám và điều trị thường là bệnh ở giai đoạn cuối, chức năng gan đã suy giảm nhiều, vì thế tỉ lệ bệnh nhân Child Pugh C trong nghiên cứu khá cao, điểm Child Pugh trung bình ở mức trên 9 điểm, giai đoạn Child Pugh B và Child Pugh C. Xơ gan rượu là dạng bệnh gan rượu nghiêm trọng nhất và dẫn đến tử vong khi có các biến chứng nặng. Lúc này mô sẹo thay thế mô gan bình thường, làm gián đoạn lưu lượng máu qua gan và ngăn không cho nó hoạt động bình thường. Sự tích tụ bất thường của chất béo trong các tế bào gan càng làm ảnh hưởng xấu đến chức năng chuyển hóa của gan.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là các triệu chứng suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa như vàng da, cổ trướng, phù. Đây là những triệu chứng xuất hiện khi những tế bào gan hoạt động kém hiệu quả. Bên cạnh những triệu chứng của suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, bệnh nhân xơ gan rượu đi khám có kèm theo các biểu hiện khác như chuột rút, ngứa, đau xương, trong đó triệu chứng chuột rút rất thường gặp. Đây là các biểu hiện thường gặp trong trường hợp thiếu hụt khoáng chất dẫn đến rối loạn nồng độ khoáng

chất trên xét nghiệm.

Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nồng độ canxi TP huyết thanh giảm chiếm gần 80%, Nồng độ canxi TP trung bình ở mức giảm nhẹ là  $2.01 \pm 0.21$  mmol/L. Nồng độ canxi TP giảm dần theo mức độ xơ gan, và nồng độ canxi TP thấp nhất ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh C, với  $p < 0.05$  và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, và thấp hơn ở bệnh nhân có cổ trướng so với nhóm bệnh nhân không có cổ trướng với  $p < 0.05$ . Theo tác giả Đồng Đức Hoàng trong nghiên cứu năm 2021 cho kết quả phần lớn bệnh nhân có xét nghiệm canxi TP giảm. Canxi TP giảm chiếm tỉ lệ cao với 75.8% các trường hợp và nồng độ canxi trung bình là  $2.05 \pm 0.19$  mmol/L [3]. So sánh trung bình các chất thì CaTP giảm dần theo mức độ xơ gan, ở mức Child C là thấp nhất  $1.9 \pm 0.1$  mmol/L, những sự khác biệt này có ý nghĩa  $p < 0,05$  [3]. Theo tác giả IONELE và cộng sự trong nghiên cứu năm 2022 trên 143 bệnh nhân cho kết quả bệnh nhân xơ gan thường bị suy dinh dưỡng và thiếu hụt vi chất dinh dưỡng, dẫn đến tiên lượng xấu hơn và tăng tỷ lệ tử vong. Dịch ổ bụng thường có ở những bệnh nhân có nồng độ canxi và nồng độ phospho thấp [4].

Nghiên cứu ghi nhận nồng độ phospho huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ 25.49%, và chỉ tăng trong 3.92% các trường hợp. Nồng độ phospho huyết thanh trung bình là  $0.96 \pm 0.21$ , không giảm hơn so với bình thường. Nồng độ phospho huyết thanh không có sự khác biệt ở các nhóm bệnh nhân phân loại theo mức độ xơ gan theo thang điểm Child Pugh, ở nhóm bệnh nhân có cổ trướng và không có cổ trướng với  $p > 0.05$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ magie huyết thanh giảm chiếm tỷ lệ 52.94%, nồng độ magie huyết thanh trung bình ở mức thấp  $0.67 \pm 0.11$  mmol/L. Nồng độ magie huyết thanh trung bình không có sự khác biệt ở các nhóm bệnh nhân theo mức độ xơ gan phân độ theo Child Pugh, ở nhóm bệnh nhân có cổ trướng và không có cổ trướng với  $p > 0.05$ .

Theo tác giả Xia Peng và cộng sự trong nghiên cứu năm 2021 thực hiện trên 152 bệnh nhân cho kết quả nồng độ magie huyết thanh trung bình thấp hơn so với giá trị bình thường. Trong đó có 92 bệnh nhân xét nghiệm phát hiện tình trạng thiếu magie, và nồng độ magie thấp hơn ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh B,C so với nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh A. Tác giả đã chỉ ra rằng thiếu hụt magie rất phổ biến ở bệnh nhân xơ gan [5]. Theo Kaushik Kar và cộng sự trong nghiên cứu công bố năm 2013 về sự thiếu hụt các vi chất trên đối tượng xơ gan còn

bù và xơ gan mất bù cho thấy nồng độ magie huyết thanh trung bình giảm hơn so với giá trị bình thường và không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân xơ gan còn bù và xơ gan mất bù [6].

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51.18±12.25. Nam giới chiếm tỷ lệ cao 98.04%, nữ giới chiếm 1.96%

- Tỷ lệ bệnh nhân Child Pugh B, C chiếm phần lớn, điểm Child Pugh trung bình 9.34±3.2 điểm.

- Các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa như mệt mỏi, chán ăn, vàng mắt, vàng da, cổ trướng bên cạnh những triệu chứng của rối loạn chuyển hóa khoáng chất như chuột rút, đau xương khớp.

- Xét nghiệm cận lâm sàng số lượng bạch cầu, số lượng hồng cầu và số lượng tiểu cầu không biến đổi nhiều. Men gan tăng cao, chỉ số GGT tăng rất cao so với các chỉ số GOT, GPT.

- Nồng độ canxi TP, phospho, magie huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm hơn so với bình thường.

- Nồng độ canxi TP huyết thanh giảm dần theo mức độ xơ gan và giảm khi có cổ trướng với  $p < 0.05$ .

- Nồng độ phospho, magie huyết thanh không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ xơ gan và theo tình trạng cổ trướng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jaurigue M.M. và Cappell M.S.** (2014). Therapy for alcoholic liver disease. *World J Gastroenterol*, 20(9), 2143–2158.
2. **Mann R.E., Smart R.G., và Govoni R.** (2003). The Epidemiology of Alcoholic Liver Disease. *Alcohol Res Health*, 27(3), 209–219.
3. **Đông Đ.H. và Dương T.T.** (2021). Rối loạn điện giải, canxi, magie và phospho ở bệnh nhân xơ gan do rượu. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 498(2).
4. **Ionele C.M., Subtirelu M.S., Ungureanu B.S. và cộng sự.** (2022). Calcium and Phosphorus Deficiencies in Patients with Liver Cirrhosis. *Curr Health Sci J*, 48(3), 311–316.
5. **Peng X., Xiang R., Li X. và cộng sự.** (2021). Magnesium deficiency in liver cirrhosis: a retrospective study. *Scand J Gastroenterol*, 56(4), 463–468.
6. **Kar K., Dasgupta A., Vijaya Bhaskar M. và cộng sự.** (2014). Alteration of Micronutrient Status in Compensated and Decompensated Liver Cirrhosis. *Indian J Clin Biochem*, 29(2), 232–237.

# THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH, NĂM 2025

Đinh Thị Hồng Hoa<sup>1</sup>, Ngô Trung Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Chinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thạch Phong<sup>1</sup>, Nghiêm Thị Dinh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan trên đối tượng nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện đa khoa Đông Anh, năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích theo dõi dọc tiến cứu. Theo dõi bệnh nhân từ lúc nhập viện đến khi xuất viện/chuyển viện từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2025. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 149 người bệnh, trong đó có 46 bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn bệnh viện tỷ lệ 30,9%. Mắc 1 loại nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm 86,9%, mắc 2 loại chiếm 13,1%. Nhiễm khuẩn phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%; nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 15,4% và nhiễm khuẩn vết mổ 3,8%. Tác nhân gây bệnh thường gặp là *P.aeruginosa* chiếm, *A.baumannii* chiếm, *E.coli* và *S.maceesscens*. Đối tượng là nam, tình trạng nhiễm khuẩn trước vào viện, thời gian nằm viện

≥7 ngày, các thủ thuật: thở máy, nội khí quản, đặt ống thông tiểu và thông dạ dày có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn.

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS AND RELATED FACTORS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Objective:** To determine the prevalence of Healthcare-associated infections and related factors in the study population in the Intensive Care Unit, Dong Anh General Hospital, in 2025. **Research Method:** Prospective longitudinal analytical study. Patients were followed from admission to discharge/transfer from May to September 2025. **Results:** The study included 149 patients, of whom 46 had hospital-acquired infections, accounting for 30.9%. 86.9% of the patients had one type of Healthcare-associated infections, and 13.1% had two types. Pneumonia accounted for the highest proportion at 80.8%; urinary tract infections accounted for 15.4%, and surgical site infections accounted for 3.8%. The most common pathogens were *P.aeruginosa*, *A.baumannii*,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hồng Hoa

Email: drdinhhoabvda@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

E.coli, and S.marcescens. Male patients, those with infections prior to admission, a hospital stay of  $\geq 7$  days, and procedures such as mechanical ventilation, endotracheal intubation, urinary catheterization, and nasogastric tube insertion had a higher risk of Healthcare-associated infections. **Keywords:** Hospital-acquired infections; Intensive Care Unit.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm khuẩn bệnh viện là nhiễm khuẩn mà bệnh nhân mắc phải trong thời gian nằm viện là một trong những nguyên nhân chính gây ra tỷ lệ mắc, tử vong cao cho các bệnh nhân tại các bệnh viện trên thế giới. Chính vì vậy, nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) đang là một vấn đề được chú trọng, quan tâm của các cơ sở y tế. Nhiễm khuẩn bệnh viện đặc biệt dễ phát hiện trên những cơ thể mà sức chống đỡ bị suy yếu, hệ miễn dịch bị suy giảm và thường xuất hiện ở bệnh nhân có can thiệp xâm lấn thuộc các khoa Hồi sức tích cực

Khoa hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa Đông Anh hiện nay với đầy đủ trang thiết bị, đây là nơi tiếp nhận những bệnh nhân nặng. Đặc biệt trên những bệnh nhân có can thiệp đường thở, nguy cơ mắc NKBV càng cao và ảnh hưởng của NKBV đến quá trình điều trị của bệnh nhân rất nặng nề. Trên thực tế hiện nay, không phải tất cả các nhân viên y tế (NVYT) đều ý thức được việc thực hiện phòng chống nhiễm khuẩn, nhất là phòng ngừa sự lây nhiễm chéo. Chính vì vậy, điều tra về nhiễm khuẩn bệnh viện đặc biệt là trên những khu vực, đối tượng có nguy cơ cao là một hoạt động vô cùng cần thiết nhằm đánh giá tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện hiện tại. Từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị, nâng cao nhận thức về công tác kiểm soát NKBV của nhân viên trong thực hành khám chữa bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2025" với hai mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Đông Anh năm 2025.
2. Mô tả một số yếu tố liên quan với nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa Đông Anh năm 2025.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa Đông Anh. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2025 - 9/2025.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân

nằm điều trị nội trú, thời gian nằm viện  $\geq 48$  giờ tại khoa Hồi sức tích cực.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp tiến cứu trên 149 bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC.

Phương pháp xác định ca bệnh NKBV<sup>(1)</sup>: Áp dụng theo các tiêu chuẩn xác định ca bệnh NKBV của Bộ y tế năm 2017. Tiêu chuẩn này được xây dựng dựa theo "Tiêu chuẩn chẩn đoán một số loại biến cố, NKBV thường gặp" của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa bệnh dịch – Hoa Kỳ (CDC) gồm: Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn huyết.

**Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 16.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
$\leq 60$	32	21,5
$> 60$	117	78,5
Tổng	149	100
Mean $\pm$ SD (Min – Max)	69,8 $\pm$ 20,57 (1 - 98)	

**Nhận xét:** Trong 149 đối tượng nghiên cứu cho thấy, nhóm tuổi  $> 60$  chiếm tỷ lệ 78,5% gần gấp 4 lần so với nhóm tuổi  $\leq 60$  là 21,5%. Nam giới có 88 trường hợp chiếm tỷ lệ 59,1% so với nữ giới có 61 trường hợp chiếm 59,1% cao hơn so với nam giới là 40,9%.

**3.1.2. Đặc điểm về tình trạng nhiễm khuẩn của ĐTNC lúc vào khoa**



■ Có ■ Không

**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về tình trạng nhiễm khuẩn của ĐTNC lúc vào khoa**

**Nhận xét:** Biểu đồ 3.2 cho thấy tình trạng bệnh nhân có nhiễm khuẩn lúc vào chiếm tỷ lệ cao hơn so với không nhiễm khuẩn lần lượt tương ứng là 68,4% so với 31,6%.

**3.1.3. Đặc điểm về phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.2. Đặc điểm về phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Phẫu thuật	Có	12	8,1

	Không	137	91,9
<b>Tổng</b>		149	100

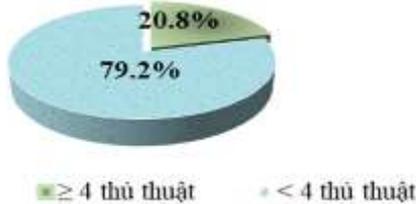
**Nhận xét:** Phần lớn đối tượng nghiên cứu không có tình trạng phẫu thuật chiếm 91,9%. Chỉ có 8,1% là đối tượng nghiên cứu có phẫu thuật.

**3.1.4. Đặc điểm về thời gian nằm viện, thủ thuật xâm nhập và số thủ thuật xâm nhập thực hiện trên đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.3. Đặc điểm về thời gian nằm viện của đối tượng nghiên cứu**

Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<7 ngày	53	25,6
≥7 ngày	96	64,5
Tổng	149	100
Mean±SD (Min – Max)	12,6 ± 9,2 (2 – 34)	

**Nhận xét:** Qua bảng số liệu trên cho thấy 64,5% ĐTNC có số ngày nằm viện ≥ 7 ngày; 25,6% là < 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 12,6 ngày, trong đó thời gian ĐTNC nằm dài nhất là 34 ngày và ngắn nhất là 2 ngày.



**Biểu đồ 3.2. Số lượng thủ thuật được chỉ định trên ĐTNC**

**Nhận xét:** Trong 149 đối tượng tham gia nghiên cứu có 118 đối tượng có thực hiện < 4 thủ thuật chiếm tỷ lệ 79,2% và 31 đối tượng có thực hiện ≥ 4 thủ thuật chiếm 20,8%.

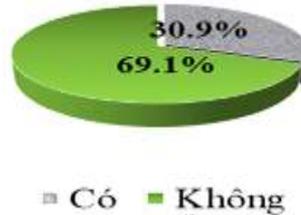
**Bảng 3.4. Đặc điểm về thời gian lưu thiết bị xâm nhập của ĐTNC**

Tên thủ thuật	Số lượng	Tổng số ngày	Mean±SD (Min-Max)
Thở máy không xâm nhập	13	122	9,4 ± 6,5 (3-25)
Ông NKQ có thở máy	15	135	9,0 ± 6,3 (1-21)
Mở khí quản thở máy	13	328	25,0 ± 7,9 (5-33)
Mở khí quản không thở máy	18	303	16,8 ± 12,7 (1-34)
Ông thông tĩnh mạch dưới đòn	3	15	5,0 ± 2,0 (3-7)
Đặt ống thông TM ngoại vi	142	1.697	11,9 ± 8,9 (2-34)
Đặt ống sonde tiểu	60	760	12,7 ± 10,0 (2-35)
Ống thông dạ dày	56	867	15,5 ± 10,1 (1-34)
Khác	3	25	8,3 ± 6,0 (2-14)

**Nhận xét:** Trung bình số ngày ĐTNC có mở khí quản thở máy là cao nhất 25 ngày, thở máy không xâm nhập là 9,38 ngày tương đương với đặt ống nội khí quản có thở máy là 9 ngày. Trung bình số ngày mở khí quản không thở máy là 16,8 ngày, đặt ống thông tĩnh mạch ngoại vi là 11,92 ngày tương đương với đặt ống sond tiểu là 12,67 ngày. Ông thông dạ dày có số trung bình ngày đặt là khá cao 15,48 ngày.

**3.2. Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC bệnh viện đa khoa Đồng Anh năm 2025**

**3.2.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung**



**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chung**

**Nhận xét:** Trong 149 ĐTNC tham gia, có 46 đối tượng mắc NKBV tương ứng với tỷ lệ 30,9%. 69,1% đối tượng không mắc NKBV

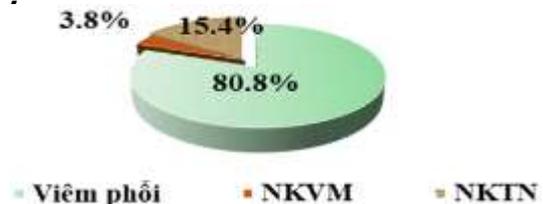
**3.2.2. Số lượng mắc khuẩn bệnh viện trên đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.5. Số lượng mắc khuẩn bệnh viện trên đối tượng nghiên cứu**

Số lượng NKBV	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 loại	40	86,9
2 loại	6	13,1
Tổng	46	100

**Nhận xét:** Trong 46 ĐTNC bị nhiễm khuẩn bệnh viện thì có 6 đối tượng bị mắc 2 loại chiếm 13,1% so với 40 trường hợp mắc 1 loại NKBV là 86,9%.

**3.2.3. Tỷ lệ từng loại nhiễm khuẩn bệnh viện**



**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ từng loại nhiễm khuẩn bệnh viện**

**Nhận xét:** Trong số bệnh nhân NKBV thì viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,8%; nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ 15,4% và NKVM chiếm tỷ lệ 3,8%.

**Bảng 3.6. Phân bố tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện**

Tác nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Escherichia coli	6	12,2
Klebsiella pneumoniae	4	8,1
Pseudomonas aeruginosa	12	24,5
Enterobacter aerogenes	2	4,1
Candida spp	2	4,1
Enterobacter cloacae	1	2,0
Burkholderia cepacia	2	4,1
Klepsiella	1	2,0
Acinetobacter baumannii	8	16,3
Elizabethkingia	1	2,0
Candida glabrata	1	2,0
Serratia marcescens	5	10,2
Staphylococcus aureus	2	4,1

Klebsiella oxytoca	2	4,1
Tổng	49	100

**Nhận xét:** Trong số 14 tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện có 4 tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là Pseudomonas aeruginosa với 24,5%; Acinetobacter baumannii chiếm 16,3%; Escherichia coli là 12,2% và Serratia marcescens là 10,2%.

### 3.3. Mô tả một số yếu tố liên quan với nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2025

#### 3.3.1. Các yếu tố liên quan giữa tuổi, giới, thời gian nằm viện với nhiễm khuẩn bệnh viện

**Bảng 3.7. Các yếu tố liên quan giữa tuổi, giới, thời gian nằm viện với NKBV**

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Giới	Nam	33	55	2,22 (1,05-4,69)	<0,05
	Nữ	13	48		
Nhóm tuổi	>60 tuổi	38	83	1,2 (0,5 – 2,8)	>0,05
	≤60 tuổi	8	20		
Thời gian nằm viện	≥7 ngày	45	51	45,9 (6-345)	<0,05
	<7 ngày	1	52		

**Nhận xét:** Nam giới có nguy cơ mắc NKBV cao hơn gấp 2,2 lần so với nữ giới với  $p < 0,05$ . ĐTNC có thời gian nằm viện  $\geq 7$  ngày có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 45,9 lần so với nhóm có thời gian nằm viện dưới 7 ngày có ý nghĩa thống

kê với  $p < 0,05$ . Chúng tôi chưa tìm được mối liên quan giữa tuổi và giới của ĐTNC với NKBV.

#### 3.3.2. Các yếu tố liên quan giữa nhiễm khuẩn trước vào khoa và phẫu thuật đến nhiễm khuẩn bệnh viện

**Bảng 3.8. Các yếu tố liên quan giữa nhiễm khuẩn trước vào khoa và phẫu thuật với NKBV**

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
NK trước vào viện	Có	41	61	5,65 (2,1-15,5)	<0,05
	Không	5	42		
Phẫu thuật	Có	4	8	1,13 (0,32-3,96)	>0,05
	Không	42	95		

**Nhận xét:** Đối tượng có nhiễm khuẩn có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 5,65 lần so với nhóm không nhiễm khuẩn với  $p < 0,05$ . Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa NKBV với tình trạng phẫu thuật của ĐTNC.

#### 3.3.3. Các yếu tố liên quan giữa các thủ thuật xâm nhập và số thủ thuật xâm nhập được thực hiện trên một bệnh nhân với nhiễm khuẩn bệnh viện

**Bảng 3.9. Các yếu tố liên quan giữa thủ thuật xâm nhập với NKBV**

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Thở máy	Có	21	16	4,57 (2,08 – 10,04)	<0,05
	Không	25	87		
Mở khí quản không thở máy	Có	11	7	4,3 (1,55 - 12,0)	<0,05
	Không	35	96		
Ống thông tĩnh mạch dưới đòn	Có	1	2	1,12 (0,99 – 12,7)	>0,05
	Không	45	103		
Ống thông tiểu	Có	33	27	7,1 (3,3 - 15,6)	<0,05
	Không	13	76		
Ống thông dạ dày	Có	33	23	8,8 (4,0 – 19,4)	<0,05
	Không	13	80		