

Tham gia xây dựng ý tưởng nghiên cứu, tổng hợp nội dung, phân tích số liệu, viết và hoàn thiện bản thảo, chịu trách nhiệm liên hệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Da Silva F, Lira M.** Intraocular pressure measurement: A review. *Surv Ophthalmol.* 2022;67(5):1319–31. doi:10.1016/j.survophthal.2022.03.001 PubMed PMID: 35248558.
2. **Duran M.** Comparison of intraocular pressure measurements obtained by icare pro tonometer, non-contact tonometer and Goldmann applanation tonometer in healthy individuals. *J Fr Ophtalmol.* 2023 Dec;46(10):1195–203. doi:10.1016/j.jfo.2023.01.042 PubMed PMID: 37666735.
3. **Bakula M, Kuzman T, Radoš M, Starčević K, Jurjević I, Mamić M, Pirkic B, Klarica M.** Control values of intraocular pressure in different species: a review of literature. *Croat Med J.* 2024 Dec 30;65(6):518–29. doi:10.3325/cmj.2024.65.518 PubMed PMID: 39812101; PubMed Central PMCID: PMC11748451.
4. **Đỗ T, Phạm TTT, Hoàng TL.** Đánh giá mối tương quan giữa số đo nhãn áp của nhãn áp kế maclakov

với nak goldmann và nak không tiếp xúc. *VMJ.* 2021 Jun 2;499(1–2). doi:10.51298/vmj.v499i1-2.264

5. **Nguyễn THY, Nguyễn NH, Trần MA, Phạm TD, Nguyễn VC.** So sánh kết quả đo nhãn áp của nhãn áp kế icare và nhãn áp kế goldmann. *VMJ.* 2022 Jun 23;515(2). doi:10.51298/vmj.v515i2.2778
6. **Zhang H, Nam JW, Sung MS, Park SW.** Factors Influencing Discrepancies in Intraocular Pressure Measurements Between iCare IC200 and Goldmann Tonometer. *J Glaucoma.* 2025 Sep 1;34(9):728–33. doi:10.1097/IJG.0000000000002591 PubMed PMID: 40366221.
7. **Huy LQ, Minh PT.** Đánh giá tình trạng biến đổi nhãn áp trên bệnh nhân chấn thương đung dập nhãn cầu. *VMJ.* 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4063
8. **Thắng TT, Sơn HH, Trung DB, Hạnh VĐ.** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng biến đổi nhãn áp ở bệnh nhân sau chấn thương đung dập nhãn cầu điều trị tại bệnh viện mắt Nghệ An. *VMJ.* 2024 Jul 22;540(3). doi:10.51298/vmj.v540i3.10501
9. **Đỗ T, Phạm TTT, Hoàng TL.** Đánh giá kết quả đo nhãn áp bằng với một số loại nhãn áp kế. *VMJ.* 2021 Jun 2;499(1–2). doi:10.51298/vmj.v499i1-2.238

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỶ LỆ NHIỄM VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY BỆNH TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Trần Bình Yên¹, Nguyễn Phan Trọng Hiếu², Lê Thúy Quỳnh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là một cấp cứu thường gặp tại khoa hồi sức, có nguy cơ tử vong cao. Cấy máu dương tính và tình trạng đề kháng kháng sinh ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị. Nghiên cứu các yếu tố liên quan giúp bác sĩ nhận diện sớm nguy cơ và lựa chọn kháng sinh hợp lý.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu – cắt ngang trên 129 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết từ 05/2024 đến 05/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh (ĐKKKS) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính (nữ cao hơn nam, PR = 1,66; p = 0,030), thời gian nằm viện và thời gian điều trị tại Khoa HSTC (nằm viện > 6 ngày và điều trị tại Khoa HSTC > 6 ngày làm tăng nguy cơ cấy máu dương tính – ĐKKKS hơn 5 lần; p < 0,05), cũng như thời gian điều trị kháng sinh kéo dài (7–30 ngày, PR = 4,27; p < 0,05). Ngoài ra, nhóm bệnh nhân không xác định được đường vào có nguy cơ cấy máu dương tính – ĐKKKS cao gấp đôi so với nhóm đường tiêu hóa – gan mật (PR = 2,03; p = 0,023). Nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKKS với tuổi, nghề nghiệp, khu vực cư trú, tiền sử sử dụng kháng sinh, bệnh nền, đường vào khác hoặc kết quả điều trị (p > 0,05).

Kết luận: Tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng cao ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi (40,21%), phản ánh gánh nặng nhiễm khuẩn huyết tại

¹Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Bình Yên

Email: drtranbinhyen@gmail.com

Mã bài: N512

Ngày nhận bài: 29/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2025

Ngày duyệt bài: 29/5/2026

khoa hồi sức. Vì thế cần tăng cường chỉ định cấy máu và KSĐ trước khi sử dụng KS phổ rộng, đặc biệt ở BN nghi ngờ NKH, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ kháng thuốc. Bên cạnh đó, việc xây dựng và cập nhật định kỳ bảng mức độ nhạy cảm/kháng thuốc của vi khuẩn (Antibiogram) sẽ hỗ trợ lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý. Đồng thời, cần tăng cường kiểm soát NKBV và nâng cao ý thức thực hành vô khuẩn trong các thủ thuật xâm lấn như đặt catheter, nội khí quản, sonde tiểu,...

Từ khoá: Nhiễm khuẩn huyết, cấy máu dương tính, đề kháng kháng sinh, yếu tố liên quan

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PREVALENCE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PATHOGENIC BACTERIA IN SEPSIS PATIENTS AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF TRA VINH GENERAL HOSPITAL

Background: Sepsis is a common ICU emergency with high mortality risk. Positive blood cultures and antibiotic resistance directly impact treatment outcomes. Identifying related factors supports early risk recognition and appropriate antibiotic selection.

Objectives: Investigation of factors associated with the prevalence and antibiotic resistance of pathogenic bacteria in sepsis patients at the Intensive Care Unit of Tra Vinh General Hospital.

Methods: This retrospective cross – sectional study included 129 patients diagnosed with sepsis between May 2024 and May 2025 at Tra Vinh General Hospital.

Results: Results of the study showed that the rate of positive blood culture with antibiotic resistance (ABR) was significantly associated with gender (higher in females than males, PR = 1.66; p = 0.030), length of hospital stay and duration of treatment in the ICU (hospitalization > 6 days and ICU stay > 6 days increased the risk of positive blood culture with ABR more than fivefold; p < 0.05), as well as prolonged antibiotic treatment (7–30 days, PR = 4.27; p < 0.05). In addition, patients with an unidentified infection source had twice the risk of positive blood culture with ABR compared to those with a gastrointestinal–hepatobiliary source (PR = 2.03; p = 0.023). No statistically significant association was found between positive blood culture with ABR and age, occupation, residence area, prior antibiotic use, comorbidities, other infection sources, or treatment outcomes (p > 0.05).

Conclusion: The rate of positive blood cultures and antibiotic resistance tended to be higher in patients over 60 years old (40.21%), reflecting the burden of sepsis in the intensive care unit. Therefore, blood cultures and antimicrobial susceptibility testing should be reinforced before initiating broad-spectrum antibiotics, particularly in patients suspected of sepsis, to improve treatment efficacy and reduce the risk of antibiotic resistance. In addition, the regular development and updating of bacterial antibiograms can support appropriate initial antibiotic selection. Simultaneously, strict infection control measures and adherence to aseptic techniques in invasive procedures such as catheterization, endotracheal intubation, and urinary catheter placement should be strengthened.

Keywords: Sepsis, blood culture positivity, antibiotic resistance, associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng, có nguy cơ cao dẫn đến sốc nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan và tử vong nếu không được phát hiện, điều trị kịp thời [5]. Đây là vấn đề sức khỏe quan trọng trên toàn cầu và tại Việt Nam, trong đó điều trị kháng sinh sớm có vai trò then chốt trong cải thiện kết quả điều trị [1], [7]. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh hiện còn thiếu dữ liệu về tình trạng đề kháng kháng sinh và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Khoa HSTC; vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh từ 05/2024 đến 05/2025 được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

- Có chỉ định cấy máu và kháng sinh đồ (KSĐ).

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ: ghi nhận đầy đủ thông tin lâm sàng, kết quả xét nghiệm, dữ liệu vi sinh và điều trị kháng sinh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các tác nhân không phải vi khuẩn (virus, nấm,...).

- Mẫu cấy máu bị nhiễm tạp hoặc không đạt tiêu chuẩn kỹ thuật.

- Bệnh nhân tử vong hoặc xuất viện trước khi có kết quả cấy máu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu – cắt ngang mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 05/05/2025 đến 13/07/2025 tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, 129 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm và đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Hồi cứu – cắt ngang: từ 05/05/2024 đến 05/05/2025.

Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo

phương pháp thống kê y học, trên chương trình Stata 14.0. Khảo sát mối liên quan bằng phân tích hồi qui Logistic.

III. KẾT QUẢ

Trong số 129 mẫu bệnh phẩm máu được nuôi cấy có 50 mẫu cho kết quả dương tính và tất cả các chủng vi khuẩn phân lập từ những mẫu dương tính này đều thể hiện khả năng kháng ít nhất một hoặc nhiều loại KS.

Bảng 1. Liên quan giữa các đặc điểm chung với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh của đối tượng nghiên cứu

Một số yếu tố liên quan		Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
		Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	3 (75,00)	1 (25,00)	1	p = 0,694 ^c
	40 – 60 tuổi	18 (64,29)	10 (35,71)	1,43 (0,24 – 8,43)	
	> 60 tuổi	58 (59,79)	39 (40,21)	1,61 (0,29 – 8,99)	
Giới tính	Nam	46 (70,77)	19 (29,23)	1	p = 0,030 ^b
	Nữ	33 (51,56)	31 (48,44)	1,66 (1,05 – 2,62)	
Nghề nghiệp	Nội trợ	4 (100,00)	0 (0,00)	1	-
	Về hưu	53 (63,10)	31 (36,90)	-	
	Nông dân	9 (81,82)	2 (18,18)	-	
	Công nhân	0 (0,00)	3 (100,00)	-	
	Khác	13 (48,15)	14 (51,85)	-	
Khu vực	Thành thị	14 (60,87)	9 (39,13)	1	p = 0,968 ^b
	Nông thôn	65 (61,32)	41 (38,68)	0,99 (0,56 – 1,74)	
(p-value được tính từ kiểm định Chi bình phương (χ^2) ^b ; kiểm định Fisher Exact Test ^c)					

Nhận xét: Kết quả cho thấy, có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS, trong đó nữ cao hơn gấp 1,66 lần nam có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03 < 0,05$). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ này với tuổi, nghề nghiệp và khu vực cư trú.

Bảng 2. Liên quan giữa các đặc điểm tiền sử với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Yếu tố liên quan		Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
		Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
Tiền sử chuyển viện	Tự đến	43 (58,90)	30 (41,10)	1	p = 0,539 ^b
	Chuyển đến	36 (64,29)	20 (35,71)	0,87 (0,56 – 1,36)	
Tiền sử sử dụng kháng sinh	Không	21 (67,74)	10 (32,26)	1	p = 0,415 ^b
	Có	58 (59,18)	40 (40,82)	1,27 (0,72 – 2,23)	
Tiền sử bệnh nền	Không	3 (100,00)	0 (0,00)	1	-
	Có	76 (60,32)	50 (39,68)	-	
(p-value được tính từ kiểm định Chi bình phương (χ^2) ^b)					

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận có mối liên quan giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS với tiền sử chuyển viện, tiền sử sử dụng KS và tiền sử bệnh nền ($p > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa thời gian nằm viện với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Thời gian nằm viện	Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
< 5 ngày	39 (90,70)	4 (9,30)	1	p < 0,001 ^b
6 – 10 ngày	17 (48,57)	18 (51,43)	5,53 (2,05 – 14,90)	
11 – 20 ngày	16 (48,48)	17 (51,52)	5,54 (2,05 – 14,97)	
> 20 ngày	7 (38,89)	11 (61,11)	6,57 (2,40 – 17,99)	
(p-value được tính từ kiểm định Chi bình phương (χ^2) ^b)				

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ($p < 0,001$). So với nhóm nằm viện dưới 5 ngày, các nhóm nằm viện dài ngày hơn có tỷ lệ/gánh nguy cơ cao hơn, dao động từ 5,53 đến 6,57 lần

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Thời gian điều trị tại Khoa HSTC	Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
< 5 ngày	48 (88,89)	6 (11,11)	1	p < 0,001 ^b
6 – 10 ngày	15 (44,12)	19 (55,88)	5,03 (2,23 – 11,36)	
11 – 20 ngày	10 (37,04)	17 (62,96)	5,67 (2,52 – 12,75)	
> 20 ngày	6 (42,86)	8 (57,14)	5,14 (2,13 – 12,45)	
(p-value được tính từ kiểm định Chi bình phương (χ^2) ^b)				

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian điều trị tại Khoa HSTC và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ($p < 0,001$). Ở các nhóm bệnh nhân điều trị từ 6 ngày trở lên, tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS đều cao hơn so với nhóm điều trị dưới 5 ngày.

Bảng 5. Liên quan giữa thời gian điều trị kháng sinh trong lúc nằm viện với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Thời gian điều trị KS trong lúc nằm viện	Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
< 7 ngày	41 (87,23)	6 (12,77)	1	p < 0,001 ^c
7 – 30 ngày	35 (45,45)	42 (54,55)	4,27 (1,96 – 9,30)	
> 30 ngày	3 (60,00)	2 (40,00)	3,13 (0,84 – 11,65)	
(p – value được tính từ kiểm định Fisher Exact Test ^c)				

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thời gian điều trị kháng sinh trong lúc nằm viện và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ở nhóm điều trị từ 7 đến 30 ngày ($p < 0,001$); nhóm trên 30 ngày chưa ghi nhận ý nghĩa thống kê ($p = 0,088$).

Bảng 6. Liên quan giữa đường vào của vi khuẩn với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Đường vào của vi khuẩn	Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
Tiêu hóa – gan mật	20 (60,61)	13 (39,39)	1	
Hô hấp	41 (64,06)	23 (35,94)	0,91 (0,53 – 1,56)	p = 0,737 ^c
Tiết niệu – sinh dục	6 (60,00)	4 (40,00)	1,02 (0,42 – 2,43)	p = 0,973 ^c
Da mô mềm	11 (64,71)	6 (35,29)	0,90 (0,41 – 1,94)	p = 0,781 ^c
Không rõ	1 (20,00)	4 (80,00)	2,03 (1,10 – 3,74)	p = 0,023^c
(p – value được tính từ kiểm định Fisher Exact Test ^c)				

Nhận xét: Có mối liên quan giữa thời gian điều trị kháng sinh trong lúc nằm viện và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ở nhóm điều trị từ 7 đến 30 ngày (p < 0,001); nhóm trên 30 ngày chưa ghi nhận ý nghĩa thống kê (p = 0,088).

Bảng 7. Liên quan giữa kết quả điều trị với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Kết quả điều trị	Kết quả nuôi cấy		PR (KTC 95%)	p
	Âm tính n (%)	Dương tính n (%)		
Xuất viện	70 (60,34)	46 (39,66)	1	p > 0,05 ^c
Chuyển viện	6 (66,67)	3 (33,33)	0,84 (0,32 – 2,18)	
Tử vong	3 (75,00)	1 (25,00)	0,63 (0,11 – 3,52)	
(p – value được tính từ kiểm định Fisher Exact Test ^c)				

Nhận xét: Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Thông qua phân tích, chúng tôi ghi nhận giới tính, nghề nghiệp, thời gian nằm viện, thời gian điều trị tại Khoa HSTC, thời gian điều trị KS trong thời gian nằm viện liên quan tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS; nhóm tuổi, khu vực sống, tiền sử chuyển viện, tiền sử sử dụng kháng sinh, tiền sử bệnh nền, đường vào của vi khuẩn và kết quả điều trị không liên quan đến tỷ lệ này.

Liên quan giữa các đặc điểm chung với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS với nhóm tuổi, khu vực sống (p > 0,05), mặc dù tỷ lệ có xu hướng cao hơn ở người > 60 tuổi và BN sống tại nông thôn.

Đáng chú ý, có mối liên quan giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS và giới tính (p < 0,05), cụ thể BN nữ có tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS cao gấp 1,66 lần so với BN nam (KTC 95%: 1,05 – 2,62). Kết

quả tương đồng với một số nghiên cứu trước đây: nghiên cứu của June-sung Kim và cộng sự (2021) hay Pawan K Goyal và cộng sự (2024) đều cho thấy có mối liên quan giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS và giới tính với p < 0,05 [4, 6].

Liên quan giữa các đặc điểm tiền sử với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ở BN chuyển tuyến (35,71%) thấp hơn so với BN tự đến (41,10%), có tiền sử dùng KS trước nhập viện, tỷ lệ cấy dương (40,82%) cao hơn nhóm không dùng KS (32,26%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

BN có bệnh nền có tỷ lệ cấy dương 39,68%, trong khi nhóm không có bệnh nền không ghi nhận trường hợp nào. Nhiều nghiên cứu lâm sàng cho thấy người có bệnh lý nền mạn tính, đặc biệt là tim mạch, đái tháo đường, suy thận hoặc bệnh phổi tắc nghẽn, thường có hệ miễn dịch suy yếu, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn nặng, bao gồm cả NKKH [2, 3].

Liên quan giữa thời gian nằm viện với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy thời gian nằm viện kéo dài có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh, đồng thời phù hợp với nghiên cứu của Yuting Li và cộng sự (2021), Pawan K Goyal và cộng sự (2024) đều cho thấy sự liên quan giữa thời gian nằm viện và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS có mối liên quan với $p < 0,05$ [6], [8]

Liên quan giữa thời gian điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian điều trị tại Khoa HSTC và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ($p < 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Yuting Li và cộng sự (2021), trong đó chưa ghi nhận mối liên quan giữa thời gian nằm ICU và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS, với $p = 0,10 > 0,05$ [11]

Liên quan giữa thời gian điều trị kháng sinh trong lúc nằm viện với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian điều trị kháng sinh từ 7 đến 30 ngày và tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS so với nhóm dưới 7 ngày ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy thời gian điều trị kháng sinh kéo dài có thể liên quan đến nguy cơ nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh cao hơn, nhấn mạnh vai trò của sử dụng kháng sinh hợp lý và theo dõi sát hiệu quả điều trị.

Liên quan giữa đường vào của vi khuẩn với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm đường vào hô hấp, tiết niệu – sinh dục, da mô mềm với tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm không rõ đường vào có tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tiêu hóa – gan mật ($p = 0,023 < 0,05$). Kết quả này cho thấy việc không xác định được ổ nhiễm ban đầu có thể liên quan đến nguy cơ nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh cao hơn.

Liên quan giữa kết quả điều trị với tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh

Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận có mối liên quan giữa tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS với kết quả điều trị ($p > 0,05$). Dù vậy, nhưng kết quả cho thấy tỷ lệ cấy máu dương tính – ĐKKS có xu hướng cao hơn ở nhóm BN có tiên lượng xấu hơn (chuyển viện hoặc tử vong).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cấy máu dương tính – đề kháng kháng sinh có xu hướng tăng cao ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi (40,21%), phản ánh gánh nặng nhiễm khuẩn huyết tại khoa hồi sức. Vì thế cần tăng cường chỉ định cấy máu và KSĐ trước khi sử dụng KS phổ rộng, đặc biệt ở BN nghi ngờ NKH, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ kháng thuốc. Bên cạnh đó, việc xây dựng và cập nhật định kỳ bảng mức độ nhạy cảm/kháng thuốc của vi khuẩn (Antibiogram) sẽ hỗ trợ lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý. Đồng thời, cần tăng cường kiểm soát NKBV và nâng cao ý thức thực hành vô khuẩn trong các thủ thuật xâm lấn như đặt catheter, nội khí quản, sonde tiểu,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tăng Xuân Hải và cộng sự** (2024), "Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại các khoa hồi sức của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 544(1), tr. 262 – 266.
2. **Bianca Pari and et al** (2023), "Insight on Infections in Diabetic Setting", Biomedicines, vol. 11, no. 3, pp. 971.
3. **Elisa Costantini and et al** (2021), "Type 2 diabetes mellitus and sepsis: state of the art, certainties and missing evidence", Acta Diabetol, vol. 58, no. 9, pp. 1139 – 1151.
4. **June-sung Kim and et al** (2021), "Characteristics and clinical outcomes of culture-negative and culture-positive septic shock: a single-center retrospective cohort study", Crit Care, vol. 25, no. 1, pp. 11.
5. **Mervyn Singer and et al** (2016), "The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)", Jama, vol. 315, no. 8, pp. 801 – 810.
6. **Pawan K Goyal and et al** (2024), "Comparison of Clinical Characteristics and Biomarkers in Culture-Positive and Culture-Negative Sepsis Patients", Cureus, vol. 16, no. 4, pp. e58682.
7. **WHO** (2024), Guidelines on the Clinical Management of Sepsis", World Health Organization.
8. **Yuting Li and et al** (2021), "Comparison of culture-negative and culture-positive sepsis or septic shock: a systematic review and meta-analysis", Crit Care, vol. 25, no. 1, pp. 167.