

cho nhóm bệnh nhân này là điều vẫn cần được lưu tâm.

Về mối liên quan giữa Giai đoạn u và tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn, nghiên cứu của Sun W (2015) cho thấy nhóm BN có giai đoạn T3, T4 có tỷ lệ di căn hạch cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn T1, T2 với $p < 0,00001^8$. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở giai đoạn T3, T4 là 70,4%, giai đoạn T1, T2 là 43,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Điều này cho thấy, việc vét hạch cổ dự phòng là cần thiết đối với mọi giai đoạn u, đặc biệt là giai đoạn T3, T4.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch trong ung thư tuyến giáp: 60,2%. Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn: 53%, số lượng hạch di căn tiềm ẩn trung bình là 3,14. Di căn theo nhóm hạch: nhóm VI hay gặp di căn hạch hơn nhóm cảnh

Số lượng hạch di căn nhóm VI từ 3 hạch trở lên là yếu tố quan trọng làm tăng tỷ lệ di căn hạch cảnh. Tỷ lệ di căn hạch có xu hướng tăng theo kích thước hạch trên siêu âm, hạch có kích thước từ 2 cm trở lên, tỷ lệ di căn hạch là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chân Hùng(2001),

Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000, Tạp chí thông tin Y dược số2, tr. 19 - 20.

2. Phạm Văn Bằng, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp, Nguyễn Thị Hòa(1995), Cẩm nang ung thư bướu học lâm sàng (Dịch từ tài liệu của Hiệp hội quốc tế chống ung thư), xuất bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, tr. 391 - 403
3. Henry JF, Gramatica L, Denizot A et al (1998), Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma, Langenbeck's Arch Surg, 383, tr. 167-169.
4. Nguyễn Xuân Phong (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Hùng (2013), Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
6. Đinh Xuân Cường (2004), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Yan DG, Zhang B, An CM et al (2011), Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma, Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 46(11), tr. 887-91.
8. Sun W, Lan X, Zhang H et al (2015), Risk Factors for Central Lymph Node Metastasis in CNO Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta. Analysis, PLoS One, 10(10).

ĐẶC ĐIỂM VỀ TỶ LỆ TỬ VONG CỦA CÁC LOẠI NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN THƯỜNG GẶP VÀ CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Quỳnh¹, Bùi Thị Hương Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong của các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang 970 bệnh nhân điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020. **Kết quả:** 970 bệnh nhân nghiên cứu có 137 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) với 181 đợt NKBV, tỷ lệ tử vong của 970 bệnh nhân nghiên cứu là 25,1% (243/970), tử vong liên quan đến NKBV là 33,6% (46/137), trong đó

tỷ lệ VAP 15,3/1000 ngày thở máy với tỷ lệ tử vong 35,1%, CAUTI là 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu và tử vong 31,4%, CLABSI là 4,9/1000 ngày lưu catheter và tử vong 60,8%. Căn nguyên gây bệnh phân lập được 53,4% là kháng mở rộng, trong đó VAP hay gặp nhất là A.Baumannii (43,9%), CAUTI là C.albicans (34,3%), E.Coli (8,6%) và K.pneumoniae (8,6%), CLABSI là K.pneumoniae (13,8%), S.aureus (13,8%), C.tropicalis (13,8%), C.albicans (13,8%). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong liên quan đến NKBV cao, VAP có tỷ lệ mắc cao nhất với căn nguyên hay gặp là A.Baumannii.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện, tử vong, vi khuẩn

Từ viết tắt: VAP (Ventilator Associated Pneumonia): Viêm phổi liên quan thở máy. CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections): Nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông, CLABSI (Central-line associated blood stream infection): Nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter.

SUMMARY

MORTALITY CHARACTERISTICS OF

¹BV đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²BV Bạch Mai- Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Quỳnh

Email: ducquynhnguyen3007@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

COMMON NOSOCOMIAL INFECTIONS AND ISOLATED PATHOGENS AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: Determination of mortality rates of nosocomial infections and isolated pathogens. **Subject and method:** A prospective, cross-sectional descriptive study of 970 patients treated for more than 48 hours at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital from 08/2019 to 07/2020. **Result:** 970 patients, there were 137 patients with nosocomial infections with 181 episodes of nosocomial infections, the overall mortality rate was 25.1% (243/970), the mortality related to nosocomial infections was 33.6% (46/137), in which the ratio of VAP 15.3/1000 days of mechanical ventilation with a mortality rate of 35.1%, CAUTI of 7.0/1000 days of catheterization and 31.4% mortality, CLABSI of 4.9/1000 days of catheterization and death 60.8%. The cause of disease isolated to 53.4% was extensive resistance in which the most common VAP was A.Baumannii (43.9%), CAUTI was C.albicans (34.3%), E.Coli (8, 6%) and K.pneumoniae (8.6%), CLABSI is K.pneumoniae (13.8%), S.aureus (13.8%), C.tropicalis (13.8%), C.albicans (13.8%). **Conclusion:** The mortality rate related to nosocomial infections was high, VAP has the highest ratio with the most common etiology being A. Baumannii.

Keywords: nosocomial infections, mortality, bacteria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện là các nhiễm khuẩn xảy ra sau 48h nhập viện [1]. Trong các đơn vị hồi sức tích cực có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao gấp 5 đến 10 lần so với các đơn vị khác. Theo ước tính của CDC gần 1,7 triệu người nhập viện mắc nhiễm khuẩn bệnh viện, hơn 98000 người tử vong hàng năm, thiệt hại về kinh tế tới 7 tỷ EURO với Châu Âu và 6,5 tỷ USD đối với Mỹ [1]. Ở Việt nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ước tính chung là 2%-10% và 19,3% đến 31,3% đối với các đơn vị hồi sức tích cực trong đó nhiễm trùng liên quan đến thở máy từ 30%-80%, nhiễm trùng liên quan đến catheter là 30%, nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông là 10%- 30%, nhiễm trùng vết mổ 10%- 40%, tác nhân gây bệnh phổ biến nhất là vi khuẩn (70%). Nhiễm khuẩn bệnh viện đã làm gia tăng chi phí điều trị hàng năm tới 40 ,4 triệu USD, kéo dài thời gian nằm viện thêm 15 ngày [1]. Ở Bệnh viện Bạch Mai thì nhiễm khuẩn huyết tăng thời gian nằm viện thêm 24,3 ngày và 1400 USD, nhiễm trùng phổi tăng thời gian nằm viện thêm 23,6 ngày và chi phí thêm 1000 USD (phải trích dẫn tài liệu tham khảo) [1]. Do đó để tìm hiểu ảnh hưởng của các loại NKBV chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu Xác định tỷ lệ tử vong liên quan đến các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được tại khoa HSTC Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1) Đối tượng:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân nhập viện và nằm điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không

2) Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Mẫu và chọn mẫu: tất cả bệnh nhân vào điều trị tại khoa Hồi sức tích cực > 48 giờ (970 bệnh nhân). Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Chẩn đoán NKBV, VAP (Ventilator Associated Pneumonia): Viêm phổi liên quan thở máy, CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections): Nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông, CLABSI (Central-line associated blood stream infection): Nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter theo tiêu chuẩn CDC 2019 [2].

Quy trình lấy bệnh phẩm: bệnh phẩm máu, dịch phế quản, nước tiểu, dịch ổ bụng theo quy trình của bệnh viện. Hệ thống cấy máu, hệ thống định danh vi khuẩn: cấy máu 2 chai, hệ thống cấy máu tự động FX của BD, định danh bằng máy MalDI-tof. KSD: khoan giấy khuếch tán, MIC xác định bằng kỹ thuật etest, colistin xác định bằng kỹ thuật etest. Quy trình nuôi cấy và làm KSD: theo thường quy khoa vi sinh.Vi khuẩn đa kháng thuốc (MDR: multidrug resistant): không nhạy với ≥ 1 kháng sinh trong ≥ 3 họ kháng sinh. Đa kháng diện rộng (XDR: Extream/ Extensive Drug Resistance): không nhạy với ≥ 1 kháng sinh trong tất cả họ kháng sinh nhưng còn nhạy ≤ 2 họ kháng sinh. Kháng toàn bộ (PDR: Pandrug Resistance): không nhạy với tất cả kháng sinh [2]

Kết quả điều trị được đánh giá là sống và tử vong tại thời điểm kết thúc điều trị. Bệnh nhân sống nếu hoàn thiện điều trị và có đáp ứng lâm sàng. Bệnh nhân được đánh giá tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm kết thúc điều trị.

Tỷ lệ mắc NKBV (Số NKBV x 1000/Tổng số ngày nằm viện), Tỷ lệ mắc VAP (Số VAP x 1000/Tổng số ngày thở máy), Tỷ lệ mắc CAUTI (Số CAUTI x 1000/Tổng số ngày lưu sonde tiểu), Tỷ lệ CLABSI (Số CLABSI x 1000/Tổng số ngày lưu sonde tiểu).

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 970 bệnh nhân nằm điều trị tại khoa HSTC trên 48h,

trong đó 137 bệnh nhân NKBV (14%) với 181 đợt NKBV và 833 bệnh nhân không NKBV (86%).

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=970)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) ($\bar{x} \pm SD$)	55,1 \pm 18,4	
Giới (nam)	603	62
Điểm APACHE II ($\bar{x} \pm SD$)	18 \pm 11	
Thời gian nằm viện (ngày) ($\bar{x} \pm SD$)	12,5 \pm 8,7	

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,1 \pm 18,4, nam giới (62%), nhập khoa trong tình trạng nặng và thời gian điều trị kéo dài.

Bảng 3: Số nhiễm khuẩn bệnh viện/ 1000 ngày phơi nhiễm

Loại NKBV	Số NK (n)	Số ngày phơi nhiễm	Số NKBV/1000 ngày phơi nhiễm
NKBV chung	181	9264 ^a	19,5
VAP	74	4810 ^b	15,3
CAUTI	35	4979 ^c	7,0
CLABSI	23	4701 ^d	4,9

^a Tổng số ngày nằm viện. ^b Tổng số ngày thở máy. ^c Tổng số ngày lưu ống thông bàng quang. ^d Tổng số ngày lưu ống thông TMTT.

Nhận Xét: Tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy là cao nhất.

Bảng 4: Căn nguyên gây bệnh phân lập được trong các loại NKBV thường gặp

Vi khuẩn	VAP (n=98)		CLABI (n=29)		CAUTI (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
A.Baumannii	43/98	43,9	-	-	-	-
K.pneumoniae	25/98	25,5	4/29	13,8	3/35	8,6
P.aeruginosa	11/98	11,2	-	-	-	-
K.aerogenes	5/98	5,1	2/29	6,9	-	-
E.Coli	-	-	-	-	3/35	8,6
S.aureus	4/98	4,1	4/29	13,8	-	-
A.fumigatus	3/98	3,1	-	-	-	-
S.oralis	1/98	1	-	-	-	-
VK gram âm khác	6 ^a /98	6,1	4 ^b /29	13,8	2 ^d /35	5,6
C.tropicalis	-	-	4/29	13,8	7/35	20
C.albica	-	-	4/29	13,8	12/35	34,3
Candida khác	-	-	3 ^c /29	10,3	5 ^e /35	14,3
Enterococcus	-	-	3/29	10,3	3/35	8,6

(a) Gram âm khác: A. xylosoxydan, maltophilia, B.cepacia (b) Gram âm khác: B.cepacia, serratia marcescens.

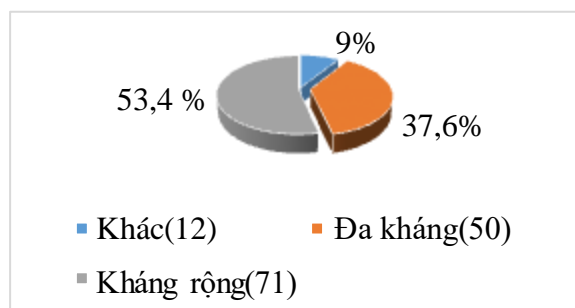
(c) Candida khác: C.glabrata, C. paracilosis (d) Gram âm khác: A.radiosister, O.antropi. (e) Candida khác: C.glabrata, C. paracilosis.

Nhận xét: Các tác nhân gây VAP gặp chủ yếu Gram âm, trong đó A.Baumannii hay gặp nhất (43,9%). Trong các tác nhân gây CLABSI thì K.pneumoniae, S.aureus, C.tropicalis, C.albicans là hay gặp nhất. Trong các tác nhân gây CAUTI phát hiện được thì C.albicans là hay gặp nhất.

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong tại khoa HSTC

Tỷ lệ tử vong	n	%
Chung (n=970)	243/970	25,1
Không nhiễm khuẩn bệnh viện (n=833)	197/833	23,6
Có nhiễm khuẩn bệnh viện (n=137)	46/137	33,6
VAP (n=74)	26/74	35,1
NKTN liên quan ống thông (n=35)	11/35	31,4
NKH (n=23)	14/23	60,8

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong chung là 25,1% trong đó bệnh nhân bị NKBV có tỷ lệ tử vong cao hơn bệnh nhân không NKBV (33,6% so với 23,6%, p < 0,05)



Biểu đồ 1: Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKBV (n=133)

Nhận xét: Đa số các vi khuẩn là kháng thuốc mở rộng và đa kháng thuốc. Không có chủng vi khuẩn nào toàn kháng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 55,1 tuổi, nam giới (62%), thời gian nằm viện kéo dài (12,5 ngày). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Małgorzata Kołpa nghiên cứu 10 năm trên 1849 bệnh nhân ICU thì 61,6% là nam giới, tuổi trung bình là 58, thời gian điều trị trung bình là 17 ngày [3]. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Ahmet Yardim ở Thổ Nhĩ Kỳ tuổi trung bình là 66,25 ± 13,66 tuổi (độ tuổi 17-90), chủ yếu là nữ giới (51,7%) [4].

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,1%, tử vong do NKBV là 33,6%, tử vong có liên quan đến VAP (35,1%), CAUTI (31,4%), CLABSI (60,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Ahmet Yardim (tỷ lệ tử vong chung là 26,1%, tử vong do NKBV là 60,6%, trong nhóm bệnh nhân tử vong liên quan đến NKBV thì 70% liên quan đến VAP, 30% liên quan CAUTI) [4]. Nghiên cứu của tác giả Aleksa Despotovic trên 355 bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện ở Serbia thì tỷ lệ tử vong chung là 39,4%, tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện là 44,4%, tử vong không do nhiễm khuẩn bệnh viện là 40% (p=0,09) [5]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của tác giả Małgorzata Kołpa ở Ba Lan với nhiễm khuẩn bệnh viện là 42,5%, nhóm không nhiễm khuẩn là 45,3%, tử vong liên quan đến VAP là 48%, tử vong liên quan đến CAUTI là 32%, tử vong liên quan đến CLABSI là 45% và theo ECDC trung bình là 33% (21% đến 40%) [3]. Sự phát triển của nhiễm trùng bệnh viện làm tăng tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi phù hợp với tỷ lệ tử vong chung từ 7% đến 46% [1].

Nhiễm trùng phổ biến trong ICU chúng tôi là nhiễm trùng phổi, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu về nhiễm khuẩn trên thế giới và Việt Nam trên 15 đơn vị ICU (80,8% nhiễm trùng phổi, 6,1% BSI, 4,7% SSI, 3,4% UTI). Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài thì tỷ lệ trên thế giới và Việt Nam lần lượt là VAP (32% và 30% đến 80%), CLABSI (20% và 10% đến 20%), CAUTI (20% và 10% đến 30%), SSI (6% đến 12% và 20% đến 40%) [1]. Mật độ mắc NKBV trong nghiên cứu chúng tôi là 19,5/1000 ngày nằm viện, 15,3/1000 ngày thở máy, 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu, 4,9/1000 ngày lưu catheter. Nghiên cứu của tác giả

Małgorzata Kołpa là 15,2/ 1000 ngày thở máy (DU 0,65), 3/1000 ngày lưu sonde tiểu, 8/1000 ngày lưu catheter [3].

Về căn nguyên vi sinh gây VAP trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là A.Baumanii (43,9%) và căn nguyên gây CAUTI hay gặp nhất là C.albicans (34,3%), kết quả này tương đồng với tác giả Ahmet Yardim về căn nguyên gây VAP là A.Baumanii(45,4%) và khác với tác giả về căn nguyên gây CAUTI chủ yếu là E.coli (28,1%) C.albicans(14,2%) [4]. Nghiên cứu tổng hợp của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài thì 70% căn nguyên gây NKBV là vi khuẩn (80% Gram âm, 20% Gram dương), 15% nấm, 5% Virus. Nguồn gốc của các căn nguyên vi sinh có thể là ngoại sinh (bàn tay nhân viên y tế, các thiết bị xâm lấn...) hoặc nội sinh (vi sinh vật quần cư của chính bệnh nhân) [1]. Nghiên cứu của tác giả Tori Sutherland trên 647 bệnh nhân NKBV với 940 mẫu bệnh phẩm thì vi khuẩn hay gặp nhất trong dịch phế quản là A.Baumanii (33,9%), bệnh phẩm máu là E.Coli(27,3%), K.pneumoniae (22,7%), S.aureus (22,7%), bệnh phẩm nước tiểu là E.Coli (70,3%), K.pneumoniae (22,3%) [6]. Nghiên cứu tác giả Małgorzata Kołpa nghiên cứu 10 năm trên 1849 bệnh nhân ICU thì căn nguyên vi sinh phân lập được trong VAP phổ biến nhất là A.Baumanii (41%), CAUTI là C.albical (20,4%), E.Coli (20%), SSI là A.Baumani (25%), đường tiêu hóa là C.difficile (70%), CLABSI là S.aureus (44%) [3].

Mức độ đề kháng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,4% kháng mở rộng, 37,6% đa kháng. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Sundas Abbas nghiên cứu 673 mẫu bệnh phẩm của nhiễm khuẩn bệnh viện thì vi khuẩn phân lập được 64% kháng mở rộng, chủ yếu bệnh phẩm phân lập được trong ICU (69,8%), trong khi nghiên cứu ở Ấn Độ tỷ lệ vi khuẩn kháng diện rộng là 41,3%, ở Parkistan là 56,5%[7]. Tỷ lệ vi khuẩn kháng mở rộng trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao do đơn vị ICU có nhiều yếu tố dễ nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao. Vì lý do đó hiện nay trong đơn vị chúng tôi đang triển khai các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hàng ngày như vệ sinh tay, kiểm soát việc sử dụng kháng sinh, giáo dục nhân viên về các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, phối hợp với khoa kiểm soát nhiễm khuẩn trong các chiến lược hành động.... Sự ra đời của các kháng sinh mới mỗi ngày, các thiết bị xâm lấn phục vụ cho chẩn đoán và điều trị đòi hỏi phải có các biện pháp để kiểm soát nhiễm khuẩn như thực hiện vệ sinh tay, cố gắng tránh đặt ống

sonde tiểu, cập nhật các kiến thức cho nhân viên y tế... Các đơn vị ICU có nguy cơ nhiễm trùng cao, nơi thường xuyên có sự thay đổi ý thức, tổn thương đa cơ quan và bệnh đi kèm, suy giảm miễn dịch tạo điều kiện để các mầm bệnh gây nhiễm khuẩn bệnh viện phát triển. Do đó việc phát hiện sớm nhiễm khuẩn bệnh viện, căn nguyên vi sinh và tình trạng kháng thuốc quyết định đến tiên lượng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở 970 bệnh nhân là 25,1% (243/970), với bệnh nhân Nhiễm khuẩn bệnh viện tỷ lệ tử vong 33,6% (46/137), tỷ lệ VAP 15,3/1000 ngày thở máy với tỷ lệ tử vong liên quan đến VAP (35,1%), tỷ lệ CAUTI là 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu và tử vong liên quan đến CAUTI (31,4%), tỷ lệ CLABSI là 4,9/1000 ngày lưu catheter và tử vong liên quan đến CLABSI (60,8%).

Căn nguyên gây bệnh phân lập được trong VAP hay gặp nhất là A.Baumannii (43,9%), trong CAUTI là C.albicans (34,3%), E.Coli (8,6%) và K.pneumoniae (8,6%), trong CLABSI là K.pneumoniae (13,8%), S.aureus (13,8%), C.tropicalis (13,8%), C.albicans (13,8%). Mức độ đề kháng kháng sinh của các căn nguyên gây bệnh trong cơ sở chúng tôi rất cao (53,4% kháng mở rộng, 37,6% đa kháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thi Thu Hoai N, Ngọc Thuy Giang N, Van An H (2020). Hospital-acquired infections in ageing Vietnamese population: current situation and solution. MedPharmRes.;4(2):1-10. doi:10.32895/ump.mpr.4.2.1
2. CDC (2019). HAI Data and Statistics. CDC's National Healthcare Safety Network (NHSN).
3. Kolpa M, Walaszek M, Gniadek A, Wolak Z, Dobro (2018), Microbiological Profile and Risk Factors of Healthcare-Associated Infections in Intensive Care Units: A 10 Year Observation in a Provincial Hospital in Southern Poland. International journal of environmental research and public health.
4. Ahmet Yardım KY (2021). The Relationship Between Mortality and Hospital-Acquired Infections in Patients Followed-up with Neurological Complaints in the Third Level Intensive Care Unit. New Trend Med Sci;2(1):24-30.
5. A.Despotovic, B.Milosevic, I.Milosevic (2020). Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. American Journal of Infection Control 2(1): 1211- 1215.
6. Tori SutherlandI, Christophe Mpirimbanyi, Elie Nziyomaze (2019). Widespread antimicrobial resistance among bacterial infections in a Rwandan referral hospital. PLOS ONE: 126- 154. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221121
7. Abbas S, Sabir AU, Khalid N, et al (2020). Frequency of Extensively Drug Resistant Gram-Negative Pathogens in a Tertiary Care Hospital in Pakistan. Cureus;12(12):e11914. doi:10.7759/cureus.11914

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH DSA VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP NÚT PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA VỠ

Đặng Phúc Đức*, Đỗ Đức Thuần*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh dsa và kết quả can thiệp nút phình động mạch não giữa vỡ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 46 bệnh nhân, có theo dõi dọc các bệnh nhân được can thiệp vỡ phình động mạch não giữa vỡ ở Khoa Đột quỵ, Bệnh viện 103 từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Phình động mạch cổ rộng 67,39%. Có động mạch nhánh đi ra từ cổ túi phình 63,04%, từ túi phình là 8,69% và 80,43% phình mạch nằm ở đoạn phân chia M1-M2. Nút phình mạch bằng coil đơn thuần 69,56% trong đó tái thông 28,12%. Các kỹ thuật bổ

trợ: dùng hai catheter 4,34%, bóng 4,34%, stent chặn cổ túi phình 10,87%, nút bán phần 15,21%. **Kết luận:** Phình động mạch não giữa vỡ thường cổ rộng có động mạch nhánh. Nút coil đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhưng cũng có tỷ lệ tái thông cao, có thể sử dụng thêm kỹ thuật stent chặn cổ, nút bán phần, 2 catheter hoặc bóng để hỗ trợ.

Từ khóa: phình động mạch não giữa, can thiệp phình động mạch não cổ rộng vỡ

SUMMARY

STUDY ON DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY IMAGE AND INTERVENTION RESULTS OF RUPTURED MIDDLE CEREBRAL ARTERY ANEURYSMS

Objective: Study on imaging characteristics and the results of treatment of ruptured middle cerebral artery aneurysms by intervention. **Subject and method:** prospective, descriptive cross sectional and follow long study of 46 patients. They were

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022