

- bằng gây tê ngoài màng cứng Levobupivacain phối hợp với Fentanyl ở các nồng độ và liều lượng khác nhau", Bộ môn Gây Mê Hồi Súc, Đại Học Y Hà Nội.
- Joy L. Hawkins** (2010), "Epidural Analgesia for Labor and Delivery", The New England Journal of Medicine. 362, pp. 1503-10.
 - Kapil Sharma Indira Kumari, Vikram Bedi, Madhan Mohan, Hemraj Tungaria, Manish Kumar Modi** (2018), "Comparison of ropivacaine (0.2%) with or without clonidine 1 µg/kg for epidural labor analgesia: A randomized controlled study", J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 34, pp. 18-22.
 - Kasturi H. Bandyopadhyay Reena, Mumtaz Afzal, Amiya K. Mishra, Abhijit Paul** (2014), "Labor epidural analgesia: Past, present and future", Indian Journal of Pain. 28(2), pp. 71-81.
 - Cecilia Hedlundb Shane Rainesa, Malin Franzon et al** (2014), "Ropivacaine for Continuous Wound Infusion for Postoperative Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials", Eur Surg Res. 53, pp. 43-60.
 - Ruth Landau** (2009), "Pain management during labor", Medicine Reports, pp. 1-5.

NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN LIÊN QUAN ĐẾN ỚNG THÔNG BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Lê Văn Hiệp³

Từ khóa: nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện, ống thông bàng quang

SUMMARY

NOSOCOMIAL URINARY TRACT INFECTIONS RELATED TO BLADDER CATHETERS AT THE INTENSIVE CARE UNIT

Objective: To evaluate the status of nosocomial urinary tract infections related to bladder catheters at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital. **Subjects:** 755 patients (patients) treated at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital with bladder catheterization from August 2019 to July 2020. **Methods:** Prospective descriptive study. Quantitative variables are presented as mean and standard deviation; using parametric tests for normally distributed variables and non-parametric tests for non-normally distributed variables; The difference was statistically significant with $p < 0.05$. Qualitative variables are presented as percentage (%), the difference is statistically significant with $p < 0.05$. **Results:** The rate of patients with nosocomial urinary tract infections (UTI) was 5.6% with a frequency of 7.9 patients/1000 days of catheterization. The mean duration of bladder catheterization to the time of diagnosis of nosocomial UTI was 8.4 days (95% CI: 6.56 – 10.22). *Candida albicans* is the most common strain (31.1%); followed by *Candida tropicalis* (15.8%), *Escherichia coli* (11.1%), *Klebsiella pneumoniae* (11.1%). The strains of *Candida albicans*, *Candida tropicalis* have not been found to be resistant to conventional antifungal drugs. *E. coli* is 100% resistant to Ceftriaxone, Levofloxacin, Cefepime. *Klebsiella pneumoniae* is resistant to most antibiotics and is only 60% sensitive to Fosfomycin. **Conclusion:** The rate of nosocomial urinary tract infections is high. *Candida albicans* is the most commonly isolated nosocomial urinary tract infection. The isolated gram-negative bacteria were highly resistant to antibiotics.

Keywords: nosocomial urinary tract infection, bladder catheter

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện liên quan đến ống thông bàng quang tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng:** 755 bệnh nhân (BN) điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai có đặt ống thông bàng quang từ tháng 8/2019 đến tháng 7/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiền cứu. Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; sử dụng các test tham số cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số cho biến phân bố không chuẩn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện là 5,6% với tần suất mắc là 7,9 BN/1000 ngày đặt ống thông. Thời gian lưu ống thông bàng quang trung bình đến thời điểm chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện là 8,4 ngày (95%CI: 6,56 – 10,22). Nấm *Candida albicans* là chủng hay gặp nhất (31,1%); tiếp đến là *Candida tropicalis* (15,8%), *E. coli* (11,1%), *Klebsiella pneumoniae* (11,1%). Các chủng nấm *Candida albicans*, *Candida tropicalis* chưa phát hiện sự đề kháng với thuốc kháng nấm thông thường. *Escherichia coli* kháng 100% với Ceftriaxone, Levofloxacin, Cefepime. *Klebsiella pneumoniae* kháng hầu hết các loại kháng sinh và chỉ nhạy 60% với kháng sinh Fosfomycin. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện cao. *Candida albicans* là loại nhiễm khuẩn được phân lập nhiều nhất. Các vi khuẩn gram âm được phân lập có tính đề kháng kháng sinh cao.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phân biệt khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) liên quan tới ống thông bàng quang (OTBQ) ở bệnh nhân nằm tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC) triệu chứng thường kín đáo do sử dụng thuốc an thần, lẫn với các triệu chứng của bệnh lý khác. Các bệnh nhân nằm điều trị tạo khoa HSTC thường có rối loạn bài xuất nước tiểu chủ động do hôn mê hoặc rối loạn thần kinh cơ bàng quang. Phần lớn những bệnh nhân này có chỉ định đặt OTBQ để dẫn lưu nước tiểu [2]. Mặc dù có rất nhiều tiến bộ về cấu tạo ống thông và hệ thống dẫn lưu như van chống trào ngược, khoá hệ thống dẫn lưu, thêm các chất diệt khuẩn vào túi đựng nước tiểu, hệ thống chống nhiễm khuẩn giữa ống thông và niệu đạo nhưng tỷ lệ NKTN do đặt ống thông bàng quang còn rất cao [2]. Chính việc đặt ống thông bàng quang đã làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan tới ống thông bàng quang là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện hay gặp nhất, nó đứng hàng thứ hai sau nhiễm khuẩn hô hấp bệnh viện [3]. NKTN làm nặng thêm bệnh lý nền trước đó dẫn đến tăng chi phí điều trị và kéo dài thời gian điều trị. Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông tĩnh mạch trung tâm, viêm phổi bệnh viện ở nhưng trung tâm hồi sức tích cực nhưng chưa quan tâm nhiều tới tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân đặt ống thông bàng quang. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện liên quan đến ống thông bàng quang tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai được đặt ống thông bàng quang từ tháng 8/2019 đến 7/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có nhiễm khuẩn tiết niệu trước khi vào khoa.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

2.3. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu:

- Những bệnh nhân được đặt ống thông bàng quang tại khoa hồi sức tích cực được làm xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu) nếu được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu sẽ được loại ra khỏi nghiên cứu, những bệnh nhân không được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu được lấy vào nghiên cứu và tiếp tục được theo dõi theo quy trình điều trị của khoa.

- Những bệnh nhân chuyển đến khoa hồi sức tích cực đã được đặt ống thông bàng quang làm xét nghiệm nước tiểu (tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu) được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu loại khỏi nghiên cứu. Những bệnh nhân không được chẩn đoán NKTN tiếp tục được theo dõi theo quy trình điều trị của khoa.

- Các bệnh nhân nghiên cứu làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu mỗi khi có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu. Nếu bệnh nhân được chẩn đoán NKTN sau khi điều trị tại khoa khi chưa đủ 2 ngày cũng loại ra khỏi nghiên cứu. Những bệnh nhân còn lại tiếp tục được theo dõi và lấy xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu mỗi khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Bệnh nhân sau rút ống thông bàng quang 24 giờ được làm lại tổng phân tích nước tiểu.

- Phương pháp lấy bệnh phẩm: Lấy theo quy trình khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai

- Khi tổng phân tích nước tiểu có biểu hiện của nhiễm khuẩn tiết niệu tiến hành làm thêm các xét nghiệm vi sinh: nuôi cấy bằng hệ thống máy tại khoa Vi sinh Bệnh viện Bạch Mai.

- Nếu kết quả vi sinh dương tính thì làm định lượng và kháng sinh đồ theo phương pháp tại khoa Vi sinh Bệnh viện Bạch Mai.

- Bệnh nhân kết thúc nghiên cứu khi: Cấy nước tiểu dương tính. Sau rút ống thông bàng quang 24 giờ âm tính.

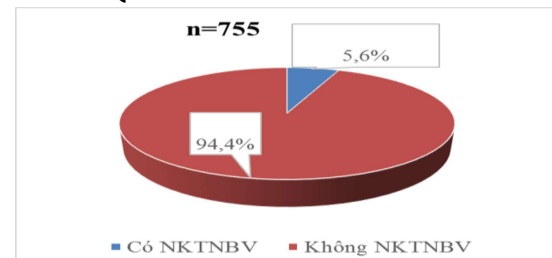
- Kỹ thuật nuôi cấy: bệnh phẩm nước tiểu được nuôi cấy theo phương pháp định lượng.

Bệnh nhân được chẩn đoán NKTNBV liên quan tới OTBQ theo tiêu chuẩn của CDC 2014.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học, phần mềm SPSS. Sự khác biệt có ý thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến qui trình điều trị cho bệnh nhân; danh tính, thông tin bệnh nhân được giữ bí mật; nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

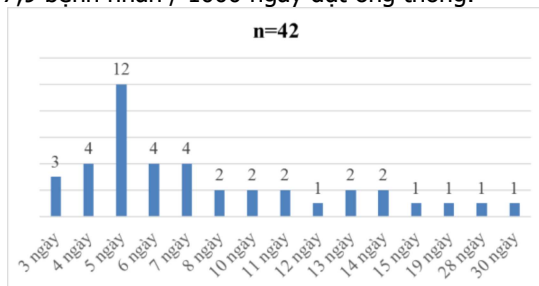


Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện liên quan tới đặt ống thông bàng quang

Nhận xét: Trong 755 bệnh nhân đặt sonde tiểu, có 5,6% bệnh nhân (tương đương 42 bệnh nhân) có nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện.

$$\begin{aligned} \text{Tần xuất mắc} &= \frac{\text{Số ca mắc NKTNBV}}{\text{Tổng số ngày lưu sonde tiểu}} \times 1000 \\ &= \frac{42}{5275} \times 1000 = 7,9 \end{aligned}$$

Tần xuất mắc NKTNBV liên quan tới OTBQ là 7,9 bệnh nhân / 1000 ngày đặt ống thông.



Biểu đồ 2: Phân bố thời gian từ khi đặt sonde đến khi chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện

Nhận xét: Đa số bệnh nhân phát hiện nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện vào ngày thứ 5 từ khi đặt sonde tiểu. Thời gian trung bình từ khi đặt sonde tiểu đến khi chẩn đoán nhiễm khuẩn

tiết niệu bệnh viện là 8,4 (95%CI: 6,56 – 10,22) ngày, trong đó, sớm nhất là sau 3 ngày và muộn nhất là sau 30 ngày.

Bảng 1: Số chủng vi khuẩn phân lập được

Vi khuẩn phân lập		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm trực khuẩn Gram âm	Acinetobacter baumannii	1	2,2
	Ecoli	5	11,1
	Enterobacter bugardensis	1	2,2
	Klebsiella aerogenes	1	2,2
	Klebsiella pneumoniae	5	11,1
	Providencia rettgeri	1	2,2
Nhóm song cầu khuẩn Gram dương	Serratia marcescens	1	2,2
	Enterococcus sp	3	6,6
Nhóm nấm	Candida albicans	14	31,1
	Candida glabrata	5	11,1
	Candida metapsilosis	1	2,2
	Candida tropicalis	7	15,8

Nhận xét: Trên 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi phân lập được tổng cộng 45 vi khuẩn/nấm. Nấm Candida albicans là chủng hay gặp nhất (31,1%); tiếp đến là Candida tropicalis (15,8%), Ecoli (11,1%), Klebsiella pneumoniae (11,1%).

Bảng 2: Sự nhạy cảm kháng sinh của Escherichia coli và Klebsiella pneumoniae

Kháng sinh	N	Tính nhạy cảm của E. coli			N	Tính nhạy cảm của K. pneumoniae		
		S%	I%	R%		S%	I%	R%
Ceftazidime	4	25		75	5		100	
Ceftriaxone	4			100	5		100	
Cefipime	3		33,3	66,7	2			
Imipenem	4	100			5		100	
Meropenem	4	100			5		100	
Ertapenem	3	33,3	33,3	33,3	4		100	
Piperacilin/ Tazobactam	3	33,3		66,7	5		100	
Cefoperazole/ Sulbactam	2	50		50	2		100	
Amikacine	3	100			5	80	20	
Gentamycin	3	33,3		66,7	3		100	
Ciprofloxacin	3	33,3		66,7	5		100	
Levofloxacin	4			100	5		100	
Fosmicine	3	100			3	60	40	
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	2			100	3		100	

Nhận xét: Trực khuẩn Gram âm E. coli nhạy cảm 100% với kháng sinh Amikacin, Imipenem, Fosmicin, Meropenem và kháng 100% với Ceftriaxone, Levofloxacin, Trimethoprim/Sulfamethoxazole, Cefepime. Trực khuẩn Gram âm Klebsiella pneumoniae kháng hầu hết các loại kháng sinh và chỉ nhạy 60% với kháng sinh Fosmicin.

Bảng 3: Sự nhạy cảm kháng nấm của Candida albicans và Candida tropicalis

Kháng nấm	N	Tính nhạy cảm của C. albicans			N	Tính nhạy cảm của C. tropicalis		
		S%	I%	R%		S%	I%	R%
Fluconazole	7	100			5	100		

Intraconazole	7	100			5	100		
Voriconazole	7	100			5	100		
Andulafungin	7	100			5	100		
Caspofungin	7	100			5	100		
Micafungin	7	100			5	100		
Amphotericin B	7	100			5	100		
5-Fluorocytosine	7	100			5	100		

Nhận xét: Chưa thấy sự đề kháng với thuốc kháng nấm của chủng *Candida albicans* và *Candida tropicalis*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện. Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2019 đến hết tháng 7/2020, chúng tôi nghiên cứu trên 755 bệnh nhân có đặt sonde tiểu. Tỷ lệ NKTNBV liên quan đến ống thông bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,6% tương đương với 42 bệnh nhân (Biểu đồ 1) với tần suất mắc là 7,9 BN/1000 ngày đặt ống thông bàng quang. Kết quả này cao hơn so với tác giả Bongyoung Kim và cộng sự (2017) với tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện liên quan tới ống thông bàng quang là 1,8 % tương đương với 23 bệnh nhân trên tổng số 1248 bệnh nhân nghiên cứu [1]. Sự khác biệt này là do quần thể mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nặng nằm hồi sức, còn quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu của Bongyoung Kim là bệnh nhân đặt ống thông bàng quang của 5 bệnh viện trên Hàn Quốc. Điều này cũng cho thấy nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện ở nhóm bệnh nhân hồi sức tích cực là cao.

Thời gian trung bình từ khi đặt sonde tiểu đến khi chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện là 8,4 ngày, trong đó, sớm nhất là sau 3 ngày và muộn nhất là sau 30 ngày. Đa số bệnh nhân phát hiện nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện vào ngày thứ 5 từ khi đặt ống thông bàng quang. Theo tác giả Lê Thị Diễm Tuyết thì Cây nước tiểu dương tính chủ yếu xuất hiện vào tuần một, tuần hai lần lượt chiếm tỷ lệ 47.1% và 15.7% [2]. Theo tác giả Sabir và cộng sự thời gian phát hiện nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông bàng quang là 5.01 ± 1.03 ngày [3].

4.2. Đặc điểm vi sinh vật và mức độ nhạy cảm kháng sinh. Trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán là NKTNBV liên quan đến ống thông bàng quang, chúng tôi phân lập được tổng cộng 45 vi khuẩn/năm. Trong đó có 2 bệnh nhân phân lập được 1 nấm, 1 vi khuẩn và 1 bệnh nhân phân lập được 2 vi khuẩn. Nấm *Candida albicans* là chủng hay gặp nhất (33,3%); tiếp đến là *Candida tropicalis* (16,7%), *E. coli* (11,9%), *Klebsiella pneumoniae* (11,9%). Vi khuẩn Gram (+) *Enterococcus SPP* có tỷ lệ mắc là 7,1% tương

ứng với kết quả cấy ra 3 trường hợp (Bảng 1). So sánh với kết quả của tác giả Lê Thị Diễm Tuyết có kết quả khá tương đồng nấm *Candida* chiếm tỉ lệ 75,5 % [2]. Tuy khả năng bám vào niêm mạc bàng quang bình thường của nấm kém nhưng nếu lưu ống thông dài ngày thì khả năng nhiễm nấm tăng do tổn thương, thay đổi môi trường đường tiết niệu. Theo tác giả Fisher nói về cơ chế nhiễm nấm thì là do Các loài *Candida* là nguyên nhân bất thường nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở những người khỏe mạnh, nhưng phổ biến ở những bệnh nhân nằm viện kéo dài hoặc ở những bệnh nhân mắc các bệnh lý nền và các bất thường về cấu trúc của thận và hệ thống đường tiết niệu. Vi sinh vật gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể từ máu hoặc ngược dòng qua niệu đạo và bàng quang. Các loài *Candida* sử dụng một loạt các yếu tố độc lực, bao gồm chuyển đổi kiểu hình, lưỡng hình, và các enzym thủy phân, để cư trú và sau đó xâm nhập vào đường tiết niệu. Nhiễm trùng ngược dòng xảy ra chủ yếu ở những bệnh nhân có khuynh hướng nhiễm nấm *Candida*. Quá trình bám vào và xâm nhập vào cầu thận, mạch máu thận và ống thận của các loài *Candida* đã được mô tả một trong các nghiên cứu mô bệnh học ban đầu. Sau này được trang bị các kỹ thuật sinh học phân tử hiện đại, các nhà nghiên cứu đã thấy các yếu tố độc lực khác nhau liên quan đến nhiễm trùng thận qua đường máu đang dần được làm sáng tỏ [4]. Rối loạn dòng chảy của nước tiểu dù bẩm sinh hay mắc phải, hệ thống dẫn lưu nước tiểu, đài tháo đường, liệu pháp kháng sinh, và ức chế miễn dịch là cơ sở của hầu hết các trường hợp nhiễm trùng do *Candida* ngược dòng. Ngoài ra, nhiễm khuẩn tiết niệu do vi khuẩn Enterobacteriaceae gây ra có thể tạo điều kiện thuận lợi cho bước đầu tiên của quá trình nhiễm *Candida* [4].

Về mức độ nhạy cảm kháng sinh thì theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: các chủng nấm chúng tôi phân lập được *Candida Albicans* hay *Candida tropicalis* chúng tôi xin phép được gọi chung là *Candida Spp* thấy rằng chưa thấy sự đề kháng với các thuốc kháng nấm

theo kháng nấm đồ (Bảng 3). Theo nghiên cứu thì tỉ lệ NKTNBV liên quan tới ống thông bàng quang nguyên nhân gây ra bởi vi khuẩn E. Coli là 5 bệnh nhân tương ứng với 11,1% và kháng sinh đồ thấy E. coli còn nhạy hoàn toàn với các kháng sinh Imipenem, Meropenem nhưng kháng với Ertapenem có tỉ lệ 33,3%. Còn nhạy hoàn toàn với Amikacin và Fosmycine nhưng lại kháng hoàn toàn với Ceftriaxone và Levofloxacin (Bảng 2). So sánh với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Giang thì tỉ lệ NKTNBV liên quan đến ống thông bàng quang do E. coli là 15,8% [5] còn tác giả Lê Thị Diễm Tuyết là 10,2% [2] không có nhiều sự khác biệt. Trực khuẩn Gram âm Klebsiella pneumoniae kháng hầu hết các loại kháng sinh và chỉ nhạy 60% với kháng sinh Fosmicin (Bảng 2). Một trong những nguyên nhân quan trọng làm xuất hiện các chủng K. pneumoniae kháng cephalosporin là do sử dụng quá nhiều các kháng sinh phổ rộng. Tại một BV ở Malaysia và Ấn Độ, cùng với việc giảm 80% sử dụng cephalosporin từ năm 1996, tỉ lệ K. pneumoniae kháng ceftazidime đã tăng 76% ở các khoa HSTC. Đối với kháng sinh Fosfomycin thì theo nghiên cứu thấy được sử dụng đơn trị liệu và có

khả năng kháng thuốc cao với 7/14 (50%) chủng kháng và 2/14 có tính nhạy cảm trung gian và chỉ 5/14 (35,71%) các chủng có tính nhạy cảm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện cao. Candida albicans là loại nhiễm khuẩn được phân lập nhiều nhất. Các vi khuẩn gram âm được phân lập có tính đề kháng kháng sinh cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bongyoung Kim¹, Hyunjoo Pai:** Current status of indwelling urinary catheter utilization and catheter-associated urinary tract infection throughout hospital wards in Korea: A multicenter prospective observational study; 2017.
2. **Vũ Thị Thanh Hà, Lê Thị Diễm Tuyết:** Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện ở bệnh nhân hồi sức cấp cứu có đặt ống thông bàng quang 2004.
3. **Nargis Sabir MBBS, Aamer Ikram MBBS:** Bacterial biofilm-based catheter-associated urinary tract infections Causative pathogens and antibiotic resistance; 2017.
4. **Fisher JF, Kavanagh K, Sobel JD:** Candida urinary tract infection: pathogenesis 2011.
5. **Bùi Hồng Giang:** Nghiên Cứu Đặc Điểm Vi Khuẩn Và Điều Trị Nhiễm Khuẩn Bệnh Viện Tại Khoa Hồi Sức Tích Cực Bệnh Viện Bạch Mai Năm 2012.

SỰ SẴN SÀNG THAM GIA HOẠT ĐỘNG TÌNH NGUYỆN PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19 CỦA SINH VIÊN NĂM THỨ 5 NGÀNH BÁC SỸ Y KHOA, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI, NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Trần Thị Phương¹, Nguyễn Mai Quyên¹,
Trần Vũ Thu Hằng¹, Bùi Thị Bích Phương¹, Trịnh Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh viên khối ngành Y Dược là 1 trong những lực lượng đông đảo và hết sức quan trọng tham gia phong trào tình nguyện phòng, chống dịch COVID-19. **Mục tiêu:** Mô tả sự sẵn sàng tham gia hoạt động tình nguyện phòng, chống dịch COVID-19 của sinh viên năm thứ 5 ngành Bác sĩ Y khoa trường Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 435 sinh viên năm thứ 5 ngành Bác sĩ Y khoa, bằng bộ câu hỏi qua online. **Kết quả:** phần lớn sinh viên được hỏi sẵn sàng tham gia hoạt động tình nguyện phòng, chống dịch COVID-19 nếu được huy động (73,6%). Vinh dự được đóng góp cho cộng

đồng (97,8%); Lòng yêu nước, trách nhiệm đối với cộng đồng, xã hội (96,9%); Chế độ khen thưởng và hỗ trợ kinh phí (96,9%) là những động lực thúc đẩy sinh viên tham gia tình nguyện. Bên cạnh đó: Tập trung cho việc học tập, ôn thi nội trú (87,8%); Nguy cơ có thể bị nhiễm bệnh và lây cho gia đình (84,3%); Lo lắng không đủ kiến thức, kỹ năng (75,7%) cũng là những trở ngại khiến nhiều em chưa sẵn sàng tham gia. **Kết luận:** Hầu hết sinh viên Y khoa năm thứ 5 đều sẵn sàng tham gia hoạt động tình nguyện phòng, chống dịch COVID-19 nếu được huy động. Tinh thần nhiệt huyết ấy rất đáng được biểu dương, khuyến khích bằng các chế độ, chính sách khen thưởng xứng đáng, kịp thời.

Từ khóa: Tình nguyện, sự sẵn sàng, sinh viên, COVID-19

SUMMARY

WILLINGNESS TO PARTICIPATE IN VOLUNTEER ACTIVITIES TO PREVENT, CONTROL COVID-19 PANDEMIC OF 5TH YEAR GENERAL PRACTITIONER STUDENTS

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthithuthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023