

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC NGƯỜI BỆNH COVID-19 TRỰC THUỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI – TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2021

Trần Thị Nhung^{1,3}, Trương Anh Thu², Lê Thị Hoàn¹,
Chu Văn Thăng¹, Đào Xuân Cơ², Đỗ Ngọc Sơn²,
Phạm Thế Thạch², Lương Quốc Chính², Trương Thái Phương²,
Trần Thị Dung², Nguyễn Quang Tuấn², Nguyễn Xuân Hùng³,
Trần Thanh Thảo³, Vũ Hồng Ngọc³

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ NKBV, tác nhân gây bệnh, yếu tố liên quan tới NKBV tại trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai – TP. Hồ Chí Minh năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có phân tích hồi cứu dữ liệu tiền cứu các bệnh nhân mắc COVID-19 nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai – TP. Hồ Chí Minh từ 11/8 đến 30/10/2021. **Kết quả:** Trong số 1.137 NB nghiên cứu, có 318 NB mắc NKBV với 411 nhiễm khuẩn được phát hiện (28%). Nhiễm khuẩn phổi (n = 294 [71,5%]) và nhiễm khuẩn huyết (n = 74 [18,0%]) là 2 loại NKBV phổ biến nhất. Vi khuẩn đa kháng kháng sinh như Acinetobacter baumannii (31,9%) và Klebsiella pneumonia (25,7%) là những tác nhân gây NKBV phổ biến nhất. Bệnh kèm theo: Bệnh đái tháo đường (OR=1,7; CI95%: 1,2 – 2,4; p < 0,05); Bệnh tim mạch (OR=1,8; CI95%: 1,3 – 2,6; p < 0,05); Các thủ thuật can thiệp: Đặt CPAP (OR=3,3; CI95%: 2,4 – 4,7; p < 0,001); Thở máy xâm nhập (OR=2,6; CI95%: 1,3 – 5,1; p < 0,001); Đặt tĩnh mạch trung tâm (OR=2,5; CI95%: 1,7 – 3,6; p < 0,05); Đặt dẫn lưu bàng quang (OR=4,01; CI95%: 1,7 – 9,5; p < 0,05) là các yếu tố nguy cơ gây NKBV quan phân tích hồi quy đa biến logistic. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh NKBV là 28%. Nhiễm khuẩn phổi và nhiễm khuẩn huyết là 2 loại NKBV phổ biến nhất ở NB COVID-19. Hầu hết tác nhân gây NKBV phân lập được là vi khuẩn Gram âm Acinetobacter baumannii và Klebsiella pneumonia đa kháng kháng sinh. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố liên quan NKBV gồm thở máy xâm nhập, thở CPAP, đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, đặt ống dẫn lưu bàng quang, bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch khi nhập viện.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện, COVID-19, hồi sức tích cực.

Viết tắt: nhiễm khuẩn bệnh viện: NKBV, thủ thuật xâm nhập: TTXN, người bệnh: NB, hồi sức tích cực: HSTC.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhung

Email: nhungtt@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 4.5.2023

SUMMARY

HOSPITAL INFECTION AT THE CENTER FOR POSITIVE RECRE OF COVID-19 PATIENTS BY BACH MAI HOSPITAL – HO CHI MINH CITY IN 2021

Objectives: The study aimed to determine the rate of hospital-acquired infections, pathogens, risk factors and treatment outcomes related to hospital-acquired infections at the Intensive Care Unit for COVID-19 patients under Bach Mai Hospital - Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh in 2021. **Method:** This was a retrospective analysis of prospectively collected data of all consecutive patients with COVID-19 hospitalized for treatment at the Intensive Care Center for COVID-19 patients under Bach Mai Hospital - Ho Chi Minh City from August 11 to October 30, 2021. **Results:** Among 1,137 sampled patients, 318 demonstrated 411 HAIs (28%). Pneumonia (n= 294 [71,5%]) and bloodstream infections (n = 74 [18,0%]) were the most common HAIs. Multidrug-resistant (MDR) bacteria such as Acinetobacter baumannii (31,9%) and Klebsiella pneumonia (25,7%) and were the most common isolated organisms. Diabetes (OR=1.7; CI95%: 1.2 – 2.4; p < 0.05); Cardiovascular disease (OR=1.8; CI95%: 1.3 – 2.6; p < 0.05); Interventional procedures: CPAP (OR=3.3; CI95%: 2.4 – 4.7; p < 0.001); Intrusive ventilator (OR=2.6; CI95%: 1.3 – 5.1; p < 0.001); Central venous catheter (OR=2.5; CI95%: 1.7 – 3.6; p < 0.05); Indwelling urinary catheter (OR=4.01; CI95%: 1.7 – 9.5; p < 0.05) were independently associated with HAIs. **Conclusions:** The rate of patients with NKBV is 28%. Pneumonia and bloodstream infections are the two most common types of hospital-acquired infections in patients with COVID-19. Most of the pathogens that cause UTIs isolated were Gram-negative bacteria Acinetobacter baumannii and multi-antibiotic resistant Klebsiella pneumonia. The study results also showed that the factors related to BV include invasive mechanical ventilation, CPAP breathing, catheterization. central vein, bladder catheterization, diabetes mellitus, cardiovascular disease on admission.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch bệnh COVID-19 do virus SARS-CoV-2 được phát hiện cuối năm 2019 tại Vũ Hán, Trung Quốc, đặt ra một thách thức lớn cho nền y tế Thế giới. Mặc dù nhiễm khuẩn bệnh viện với vi

khuẩn, vi rút và các mầm bệnh khác đã được mô tả rõ trong các dịch bệnh cúm, SARS, MERS và các bệnh do vi rút đường hô hấp khác, dữ liệu về nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân COVID-19 còn hạn chế. Tỷ lệ nhiễm khuẩn nặng và tử vong tương đối cao thường gặp ở bệnh nhân COVID-19 đã có suy giảm miễn dịch, tổn thương phổi nặng và hội chứng suy hô hấp cấp tính do sự nhân lên của virus ở đường hô hấp dưới. Người bệnh tại các đơn vị chăm sóc tích cực có ngày nằm điều trị kéo dài, can thiệp ống thông tĩnh mạch trung tâm, thở máy hoặc chỉ định liệu pháp điều trị thay thế thận là những đối tượng có nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện cao nhất. Một nghiên cứu khác tại Ý đã ước tính số ca nhiễm trùng huyết trên 1000 bệnh nhân/ngày đối với bệnh nhân COVID-19 là 47.¹

Streptococcus pneumoniae, *Haemophilus influenzae* và *Staphylococcus aureus* là những vi khuẩn thường gặp gây nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới ở bệnh nhân COVID-19. Theo một nghiên cứu ở đơn vị chăm sóc đặc biệt ở Iran, 18 ca tử vong ở bệnh nhân COVID-19 (95% hoặc 18/19), trong đó, *Acinetobacter baumannii* đa kháng xuất hiện 90% (17/19) và còn lại là *Staphylococcus aureus* kháng methicilin.²

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này tại trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai tại Thành phố Hồ Chí Minh (tháng 8-10/2021) với mục tiêu xác định tỉ lệ, tác nhân gây bệnh, yếu tố liên quan tới NKBV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh COVID-19 được điều trị tại trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai quy mô 500 giường tại Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 - tháng 10 năm 2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** là NB COVID-19 điều trị nội trú nhập viện trên 2 ngày

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai quy mô 500 giường tại Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 - tháng 10 năm 2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả có phân tích hồi cứu dữ liệu được thu thập tiến cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu

- Chọn mẫu toàn bộ.

- Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 1.603 người bệnh nhập viện, trong đó: có 1.137 người bệnh (NB) đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu (nằm viện trên 48 giờ) và 406 người bệnh không đủ điều kiện tham gia nghiên cứu (64 người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú, 402 người bệnh không đủ thời gian nằm viện trên 48 giờ).

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Biến phụ thuộc là biến NKBV ở NB COVID-19
- Biến độc lập là các biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, bệnh kèm theo khi nhập viện, đơn vị điều trị, thủ thuật xâm nhập).

2.6. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu: xây dựng số liệu xây dựng theo Hướng dẫn Giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành theo Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Nội dung phiếu gồm thông tin về NB, tình trạng nhiễm khuẩn khi nhập viện, các thông tin liên quan tới nhiễm khuẩn bệnh viện, thủ thuật xâm nhập, tình trạng bệnh lúc nhập viện, các thuốc sử dụng, tình trạng nuôi dưỡng NB, tác nhân gây NKBV và tình hình sử dụng kháng sinh.

- Kỹ thuật chẩn đoán NKBV: Tại trung tâm Hồi sức thành lập một nhóm KSNK (gồm bác sĩ và điều dưỡng) đã được tập huấn về mục tiêu nghiên cứu, nội dung nghiên cứu, phương pháp thu thập dữ liệu trước khi bắt đầu nghiên cứu. Nhóm KSNK thu thập các thông tin người bệnh từ khi nhập viện cho đến khi ra viện/chuyển viện hoặc tử vong vào phiếu giám sát. Bác sĩ khoa KSNK phối hợp với bác sĩ điều trị dựa vào dữ liệu đã giám sát, bệnh sử, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, dữ liệu vi sinh của NB, đối chiếu với Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV để xác định người bệnh NKBV.

2.7. Quản lý và xử lý số liệu

- Dữ liệu được kiểm tra, làm sạch, quản lý phần mềm thống kê Excel, sau khi làm sạch được tích tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm Stata 14.0. Kết quả nghiên cứu được mô tả và trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ (%) của từng biến số.

- Các yếu tố liên quan đến NKBV được xác định qua mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học - Bệnh viện Bạch Mai và Đại học Y Hà Nội phê duyệt. Tôn trọng đối tượng nghiên cứu,

mọi thông tin có liên quan đến danh tính cá nhân đều được bảo mật hoàn toàn và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

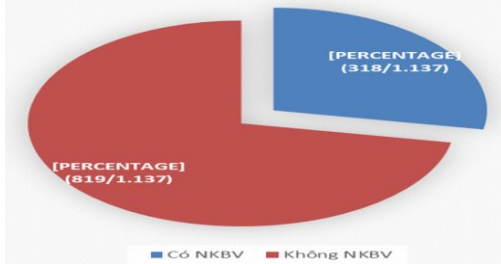
	Nội dung	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	480	42,2
	Nữ	657	57,8
Nhóm tuổi	0 -40	153	13,5
	41 – 60	433	38,0
	>60	551	48,5
Đơn vị điều trị	HSTC 1	247	21,9
	HSTC 2	412	36,5
	HSTC 3	469	41,6
Tuổi trung bình (x±SD)		58,3 ± 15,6	
Thời gian nằm viện trung bình		12,3 ± 7,9	
Bệnh kèm theo*	Tim mạch	375	32,9
	Đái tháo đường	352	31,0
	Hô hấp mạn tính	22	1,9
	Béo phì	30	2,6
	Mỡ máu	9	0,8
	Thận mạn tính	27	2,4
	Gout	17	1,5
	Cơ xương khớp	15	1,3
	Dạ dày đường ruột	35	3,1

*Một NB có thể mắc > 1 bệnh khi nhập viện

Trong tổng số 1.137 NB nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 58,3 (tuổi nhỏ nhất: 12, tuổi lớn nhất: 95 tuổi), 657 NB là nữ giới (chiếm 57,8%). Trong số đó có 47,5% người bệnh trong độ tuổi

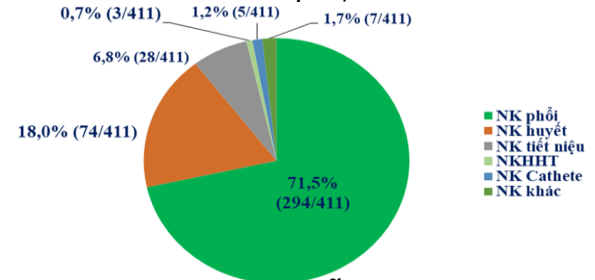
lớn hơn 60. Đơn vị Hồi sức tích cực 3 điều trị những người bệnh có diễn biến nặng và nguy kịch là 469 NB (41,6%) trong 3 đơn vị HSTC. Thời gian nằm viện trung bình kéo dài 12,3 ± 7,9. Một số bệnh như Bệnh tim mạch (32,9%), đái tháo đường (31,0%) là những bệnh phổ biến hàng đầu khi nhập viện.

3.2. Tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện



Biểu đồ 1: Tỉ lệ người bệnh COVID-19 nhiễm khuẩn bệnh viện (n = 1.137)

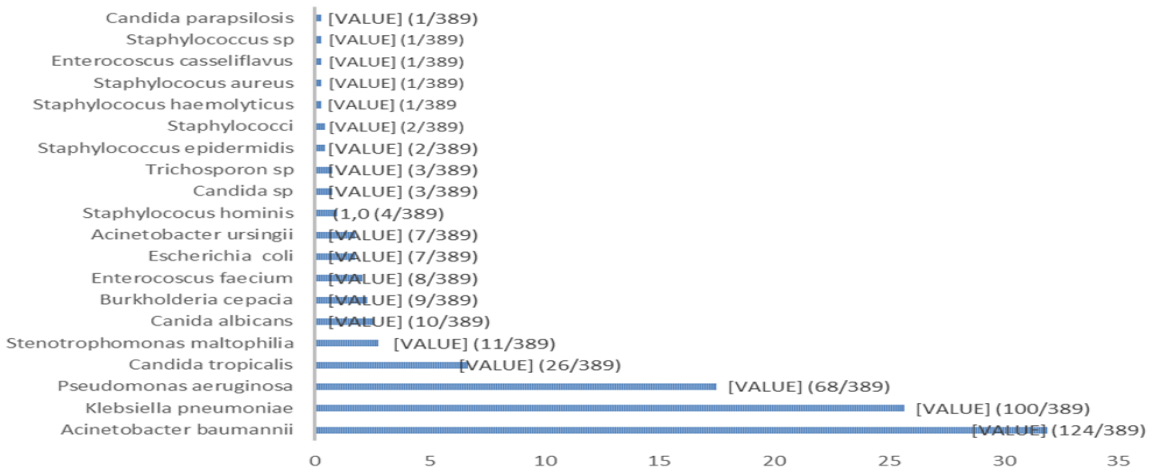
Trong tổng số 1.137 NB nghiên cứu có 318 NB mắc NKBV chiếm tỉ lệ 28,0%.



Biểu đồ 2: Phân bố nhiễm khuẩn bệnh viện theo vị trí nhiễm khuẩn (n = 411)

NKBV được xác định phổ biến nhất lần lượt là NK phổi: 294 (71,5%), NK huyết: 74 (18,0%) và NK tiết niệu: 28 (6,8%).

3.3. Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện



Biểu đồ 3: Tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện (n = 389)

Tổng số chủng vi khuẩn và nấm phân lập được ở các NB NKBV là 389 tác nhân. Chủ yếu tác nhân gây NKBV phát hiện thuộc nhóm vi khuẩn Gram âm *Acinetobacter baumannii* (31,9%), *Klebsiella pneumoniae* (25,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (17,5%), và nấm *Candida tropicalis* (6,7%). Những tác nhân này cũng là tác nhân chính gây NK phổi (*Acinetobacter baumannii*: 100/252 (39,7%) và

Klebsiella pneumoniae: 67/252 (26,6%), *Pseudomonas aeruginosa*: 65/252 (25,8%), và NK huyết (*Acinetobacter baumannii*: 21/93 (22,6%) và *Klebsiella pneumoniae*: 32/93 (34,4%) và NK tiết niệu nguyên nhân chủ yếu là do nấm *Candida tropicalis*: 22/38 (57,9%), *Candida albicans*: 6/38 (15,8%).

3.4. Yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 4: Một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn bệnh viện qua phân tích hồi quy logistic đa biến

Yếu tố liên quan		NB NKBV (n=318)	NB không NKBV (n=819)	OR hiệu chỉnh	KTC 95% hiệu chỉnh
Tuổi	0 - 40	35 (11,0)	118 (14,4)	-	-
	41 - 60	109 (34,3)	324 (39,6)	-	-
	> 60	174 (54,7)	377 (46,0)	0,8	0,6 - 10,1
Đơn nguyên điều trị	HSTC1	16 (5,3)	232 (28,3)	-	-
	HSTC2	128 (40,3)	288 (35,2)	1,6	0,8 - 3,1
	HSTC3	174 (54,7)	299 (36,5)	2,1	1,1 - 3,9
Bệnh kèm theo	Bệnh tim mạch	147 (46,2)	227 (27,7)	1,8	1,3 - 2,6
	Đái tháo đường	145 (45,6)	207 (25,3)	1,7	1,2 - 2,4
	Béo phì	16 (5,03)	14 (1,7)	2,1	0,9 - 4,9
	Hô hấp mãn tính	13 (4,1)	9 (1,1)	2,4	0,8 - 6,9
	Gout	9 (2,8)	8 (1,0)	0,9	0,3 - 2,7
Thủ thuật xâm lấn:	CPAP	226 (71,1)	311 (40,0)	3,3	2,4 - 4,7
	Thở máy xâm nhập	279 (87,7)	363 (44,3)	2,6	1,3 - 5,1
	Tĩnh mạch trung tâm	236 (74,2)	247 (30,2)	2,5	1,7 - 3,6
	Dẫn lưu bàng quang	270 (84,9)	318 (38,8)	4,01	1,7 - 9,5
	Dẫn lưu dạ dày	265 (83,3)	333 (40,7)	0,5	0,2 - 1,3

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố nguy cơ gây NKBV bao gồm Bệnh kèm theo: Bệnh đái tháo đường (OR=1,7; CI95%: 1,2 - 2,4; p < 0,05); Bệnh tim mạch (OR=1,8; CI95%: 1,3 - 2,6; p < 0,05); Các thủ thuật can thiệp: Đặt CPAP (OR=3,3; CI95%: 2,4 - 4,7; p < 0,001); Thở máy xâm nhập (OR=2,6; CI95%: 1,3 - 5,1; p < 0,001); Đặt tĩnh mạch trung tâm (OR=2,5; CI95%: 1,7 - 3,6; p < 0,05); Đặt dẫn lưu bàng quang (OR=4,01; CI95%: 1,7 - 9,5; p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 1.137 NB tại trung tâm Hồi sức tích cực người bệnh COVID-19 trực thuộc Bệnh viện Bạch Mai tại thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 - 10/2021 đã phát hiện 318 NB mắc NKBV chiếm tỉ lệ 28,0%, trong số những NB NKBV tổng số nhiễm khuẩn ghi nhận được là 411 NK, tỉ lệ mới mắc NKBV trên các đối tượng nghiên cứu là 36,1% (411/1.137). So sánh với kết quả của một số nghiên cứu tương đồng, tỉ lệ NKBV trong nghiên cứu của tôi cao hơn, nghiên cứu của Chu Tiến Thành thực hiện trên 254 NB tại Bệnh viện Dã chiến - Trung tâm Y tế huyện

Hòa Vang, tỉ lệ NKBV là 7,1% (18/254),³ hay nghiên cứu của tác giả Yan He và các cộng sự thực hiện trên 918 NB COVID-19 ở Bệnh viện Đồng Tế, thành phố Vũ Hán, Trung Quốc, tỉ lệ NKBV là 7,1% (65/918)⁴. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Carolina Garcia-Vidal và các cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Barcelona - Tây Ban Nha với tỉ lệ NKBV trên 989 NB COVID-19 là 7,2% (72/989), tỉ lệ mới mắc NKBV chiếm 8,9% (88/989).⁵ Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu tác giả Tommaso Bardi thuộc Bệnh viện Manrid, Tây Ban Nha thực hiện trên 140 NB COVID-19 nằm tại ICU với tỉ lệ NB mắc NKBV là 40,7% (57/140) trong đó ghi nhận 91 nhiễm khuẩn, tỉ lệ NKBV chung là 65,0% (91/140).⁶ Và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Giacomo Grasselli và cộng sự nghiên cứu tại 8 trung tâm ICU điều trị người bệnh COVID-19 nặng của Ý từ 20/01/2020 đến 20/05/2020 với tỉ lệ NB mắc NKBV là 46% (359/774), và thấp hơn rất nhiều tỷ lệ NKBV chung là 98% (759/774).⁷

Tương tự nhiều nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các NKBV phổ biến nhất là NK phổi (71,5%), NK huyết

(18,0%), NK tiết niệu (6,8%) kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Giacomo Grasselli Tại 8 trung tâm ICU của Ý với NK phổi liên quan đến thở máy (VAP; 389 [50%]), NK huyết (BSI; 183 [24%]), và NK liên quan đến ống thông tiểu (74 [10%]).⁷

Theo kết quả nghiên cứu này phân lập được 20 tác nhân trong đó tác nhân Gram âm: 328/389 (84,3%), Gram dương: 15/389 (3,8%), tác nhân là nấm: 39/ (10,0%) và các loại vi khuẩn hay gặp nhất là *Acinetobacter baumannii* (31,9%), *Klebsiella pneumoniae* (25,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (17,5%), và nấm *Candida tropicalis* (6,7%). Kết quả này có sự khác biệt với cứu của tác giả Yan He tại Bệnh viện Đồng Tế, Trung Quốc trong số 43 tác nhân phân lập được từ các bệnh phẩm của NB NKBV có 48,8% (21/43) vi khuẩn Gram âm, 39,5% (17/43) vi khuẩn Gram dương và 11,6% (5/43) tác nhân là nấm 57, cụ thể vi khuẩn Gram âm gồm: *Acinetobacter sp* (20,9%), *Pseudomonas aeruginosa* (14,0%), *Klebsiella pneumoniae* (9,3%), *Escherichia coli* (4,6%); 2 loài vi khuẩn Gram dương: *Staphylococcus coagulase negative* (27,9%) và *Enterococcus faecium* (11,6%).⁴

Để tìm hiểu mối liên quan đa biến giữa các yếu tố độc lập với NKBV ở NB COVID-19, đồng thời kiểm soát yếu tố nhiễu, chúng tôi dùng phân tích hồi quy logistic đa biến bằng cách đưa vào mô hình các yếu tố có liên quan với NKBV và các biến có giá trị kiểm định $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến, kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến cho thấy thủ thuật đặt ống thông TMTT, thở máy xâm nhập, thở CPAP, đặt dẫn lưu bằng quang, bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với NKBV ở NB COVID-19 ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Yan He Trung Quốc: có mối liên quan giữa đái tháo đường, thủ thuật xâm nhập với NKBV ở NB COVID-19.⁴ Điều này chứng tỏ NB mắc các bệnh mãn tính như đái tháo đường, bệnh tim mạch và phải trải qua nhiều thủ thuật xâm nhập thì nguy cơ mắc NKBV càng lớn. Kiểm soát quy trình vô khuẩn khi thực hiện và chăm sóc thủ thuật xâm nhập, đặc biệt là chỉ định đúng khi đặt và loại bỏ các thủ thuật này có vai trò quan trọng trong phòng ngừa NKBV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số hạn chế như để chẩn đoán NKBV trên đối tượng nghiên cứu, chúng tôi áp dụng Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV của Bộ Y tế, một số loại NK thường gặp như NK huyết, NK tiết niệu bên cạnh các dấu hiệu triệu chứng lâm sàng cần có kết quả xét nghiệm vi sinh phân lập được tác nhân gây

bệnh.⁸ Vậy nên, số liệu về NK huyết, NK tiết niệu trong nghiên cứu có thể bị hạn chế vì điều kiện vi sinh. Thực tế kết quả nghiên cứu ghi nhận trường hợp NK tiết niệu và NK huyết còn ít, điều này có thể lý giải điều kiện cơ sở vật chất của trung tâm được xây dựng trong thời gian dịch bệnh diễn biến phức tạp, hạn chế trong năng lực và điều kiện máy móc, phương tiện xét nghiệm vi sinh, bệnh phẩm cần xét nghiệm vi sinh trong thời gian từ 11/8 đến 15/9/2021 không được thực hiện, một lý do khác đến từ đối tượng nghiên cứu có 15% NB thuộc đối tượng nặng điều trị tại khu Hồi sức nên NVYT gặp khó khăn trong việc khai thác các yếu tố lâm sàng như sốt, tiểu buốt, đau vùng trên mu... đồng thời mục tiêu đảm bảo an toàn cho NVYT trong phòng chống lây nhiễm trong khu vực điều trị COVID-19 dẫn đến việc ghi chép thông tin tình trạng hàng ngày của NB có nhiều hạn chế so với điều kiện chăm sóc NB thông thường nên tỉ lệ NKBV có thể thấp hơn so với thực tế, đây cũng là những lý do dẫn tới kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với các nghiên cứu tương tự.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh NKBV là 28% với 411/1.137 ca nhiễm khuẩn được phát hiện. Nhiễm khuẩn phổi và nhiễm khuẩn huyết là 2 loại NKBV phổ biến nhất ở NB COVID-19. Hầu hết tác nhân gây NKBV phân lập được là vi khuẩn Gram âm *Acinetobacter baumannii* và *Klebsiella pneumoniae* đa kháng kháng sinh.. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố liên quan NKBV gồm thở máy xâm nhập, thở CPAP, đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, đặt ống dẫn lưu bàng quang, bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giacobbe DR, Battaglini D, Ball L, et al.** Bloodstream infections in critically ill patients with COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020;50(10):e13319. doi:10.1111/eci.13319
2. **Sharifipour E, Shams S, Esmkhani M, et al.** Evaluation of bacterial co-infections of the respiratory tract in COVID-19 patients admitted to ICU. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):646. doi:10.1186/s12879-020-05374-z
3. **Thành CT, Thư TA, Thăng CV, et al.** Thực trạng Nhiễm khuẩn Bệnh viện ở người bệnh COVID-19 tại Bệnh viện dã chiến - Trung tâm y tế huyện Hòa Vang năm 2020. *YHCD*. 2022;63(1). doi:10.52163/yhc.v63i1.265
4. **He Y, Li W, Wang Z, Chen H, Tian L, Liu D.** Nosocomial infection among patients with COVID-19: A retrospective data analysis of 918 cases from a single center in Wuhan, China. *Infect*

- Control Hosp Epidemiol.:1-2.
doi:10.1017/ice.2020.126
5. **Garcia-Vidal C, Sanjuan G, Moreno-García E, et al.** Incidence of co-infections and superinfections in hospitalized patients with COVID-19: a retrospective cohort study. Clin Microbiol Infect. 2021;27(1):83-88. doi:10.1016/j.cmi.2020.07.041
6. **Bardi T, Pintado V, Gomez-Rojo M, et al.** Nosocomial infections associated to COVID-19 in the intensive care unit: clinical characteristics and outcome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2021; 40(3):495-502. doi:10.1007/s10096-020-04142-w
7. **Grasselli G, Scaravilli V, Mangioni D, et al.** Hospital-Acquired Infections in Critically Ill Patients With COVID-19. Chest. 2021;160(2):454-465. doi:10.1016/j.chest.2021.04.002
8. **Bộ Y tế.** Quyết định 3916/QĐ-BYT Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Published online 2017.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY VÙNG ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN TẠI CHỖ, TẠI VÙNG CHƯA DI CĂN XA TẠI BỆNH VIỆN K THEO SAU HOÁ XẠ ĐỒNG THỜI

Đỗ Hùng Kiên¹, Nguyễn Văn Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị của điều trị hoá chất trước phác đồ TCF sau đó hoá xạ đồng thời trên bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa tại Bệnh viện K và mô tả một số độc tính của phác đồ hoá chất TCF. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc trên 47 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa (M0), được điều trị bằng hóa chất trước phác đồ TCF sau đó hoá xạ đồng thời phác đồ platinum tuần tại Bệnh viện K từ 01/2019 đến 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 76,6%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 87,2%. ECOG là yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ điều trị. Độc tính của phác đồ hoá chất cảm ứng: độc tính hệ tạo huyết hay gặp là hạ bạch cầu, chủ yếu độ 1-2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết độ 3-4 như tiêu chảy (4,2%); nôn (10,6%); buồn nôn (12,7%). **Kết luận:** Hoá chất cảm ứng phác đồ TCF theo sau hoá xạ đồng thời trên bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng đầu cổ giai đoạn tại chỗ, tại vùng có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao và độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư biểu mô vảy đầu cổ, giai đoạn tại chỗ, tại vùng, hoá chất cảm ứng, TCF.

SUMMARY

TREATMENT RESULT OF INDUCTION TCF-REGIMEN CHEMOTHERAPY FOLLOWED BY CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY IN LOCALLY ADVANCED SQUAMOUS CELL HEAD AND NECK CANCER

Objective: Assessing treatment response of induction TCF-regimen chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy in patients with locally

advanced squamous cell head and neck cancer at K Hospital and describing several toxicities of TCF chemotherapy. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 47 patients with locally advanced squamous cell head and neck cancer who were treated with induction TCF-regimen chemotherapy followed by weekly platinum-based concurrent chemoradiotherapy at K Hospital from 01/2019 to 12/2022. **Results:** Overall response rate was seen in 76.6% and disease control rate was 87.2%. Common hematologic adverse events were neutropenia, accounted for 25% grade 1 and 2,1% grade 3, respectively. The common grades 3-4 non-hematologic toxic effects were diarrhea (4.2%); nausea (12.7%), and vomiting (10.6%). **Conclusion:** Induction TCF-regimen chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy for the treatment of locally advanced squamous cell head and neck cancer had a high overall response rate with an acceptable profile of toxicities.

Keywords: squamous cell head and neck cancer, locally advanced, induction chemotherapy, TCF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đầu cổ là một trong 10 loại ung thư phổ biến, thường có liên quan đến hút thuốc lá và uống rượu bia và tình trạng nhiễm HPV phổ biến ở các nước phương Tây và ngày càng tăng ở Việt Nam [1]. Điều trị ung thư đầu cổ phụ thuộc vào các yếu tố liên quan đến giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học và thể trạng bệnh nhân. Đối với giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa (M0), các phương pháp lựa chọn như hoá trị cảm ứng, hoá xạ đồng thời hoặc hoá trị hỗ trợ cải thiện thời gian sống thêm, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng, nhưng tỷ lệ tiến triển và thất bại sau một thời gian theo dõi vẫn là một thách thức trong thực hành lâm sàng. Vai trò của hoá chất tấn công theo sau hoá xạ đồng thời hoặc phẫu thuật làm giảm thể tích u, thuận lợi cho phẫu thuật hoặc hoá xạ trị tiếp

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biên khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023