

bơm nước vào khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có biến chứng này với nhiều mức độ khác nhau. Tuy nhiên tình trạng sưng nề này sẽ cải thiện và biến mất trong vòng 2-3 ngày sau mổ.

+ Chưa ghi nhận các biến chứng như nhiễm trùng, tổn thương mạch máu lớn, thần kinh.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rách chóp xoay đa số là nam, phần lớn gặp ở nhóm tuổi từ 45 tuổi trở lên. Phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị rách chóp xoay với các ưu điểm như đánh giá chính xác tổn thương, biến chứng ít, bệnh nhân tập vận động sớm và đạt kết quả điều trị tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Graham, P.**, Rotator cuff tear. Orthopaedic Nursing, 2018. 37(2): p. 154-156.
2. **Sambandam, S.N., et al.**, Rotator cuff tears: An evidence based approach. World journal of orthopedics, 2015. 6(11): p. 902.

3. **Anh, T.H.N.**, Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi. Luận án tiến sĩ y học, 2014.
4. **Phan, N.V.**, Đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay bằng phẫu thuật nội soi. Luận văn bác sĩ nội trú, 2017.
5. **Đức, N.A.**, Đánh giá kết quả xa phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay. Luận văn thạc sĩ y học, 2019.
6. **Tiến, N.P.**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị rách chóp xoay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học, 2020.
7. **Nguyễn, H.M.**, Điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu gân Mason Allen cải biên qua nội soi 2020.
8. **Diebold, G., et al.**, Relationship between age and rotator cuff retear: a study of 1,600 consecutive rotator cuff repairs. JBJS, 2017. 99 (14): p. 1198-1205.
9. **Minagawa, H., et al.**, Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: from mass-screening in one village. Journal of orthopaedics, 2013. 10(1): p. 8-12.
10. **Coddington, J.L. and J.D. Keener**, Natural history of degenerative rotator cuff tears. Current reviews in musculoskeletal medicine, 2018. 11: p. 77-85.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DO VI KHUẨN ĐA KHÁNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Bồ Văn Lâm¹, Nguyễn Đình Thắng², Nguyễn Đạo Thuận³

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu do vi khuẩn đa kháng thuốc tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp được chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu có đề kháng trên ba nhóm kháng sinh được điều trị tại khoa Tiết Niệu bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 2/2021. **Kết quả:** Trong tổng số 189 bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu, độ tuổi trung bình là $62,5 \pm 17,5$ tuổi, nhóm tuổi có tỉ lệ cao trong nghiên cứu là 50 – 69 tuổi. Tỉ lệ nam giới và nữ giới trong nghiên cứu tương đương nhau. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau hông lưng (52,4%) và sốt là (36,5%). Tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp chiếm đa số 91,5%. Các thể lâm sàng thường gặp là viêm bàng quang (14,3%), viêm niệu đạo (13,2%), viêm tuyến sinh dục nam (52,1%)

và viêm thận - bể thận (43,9%). Bất thường về cấu trúc đường tiết niệu chủ yếu là bế tắc đường tiết niệu do sỏi (44%). Hầu hết bệnh nhân được ghi nhận nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở mức độ nhẹ với 49,7%, kể đến là 46,0% ở mức độ trung bình. Nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế chiếm 48,1%. **Kết luận:** Bệnh thường gặp ở nam và nữ, chủ yếu độ tuổi từ 50 đến 69 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau hông lưng và sốt. Các thể lâm sàng thường gặp là viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm tuyến sinh dục nam và viêm thận - bể thận.

Từ khóa: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH URINARY TRACT INFECTIONS CAUSED BY MULTIDRUG-RESISTANT BACTERIA AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: Describe clinical features of patients with urinary tract infections caused by multidrug-resistant bacteria at Gia Dinh People's Hospital. **Subject and methods:** We retrospectively assessed patients who diagnosed with urinary tract infections resistant to three groups of antibiotics treated at the Urology Department of Gia Dinh People's Hospital in the period from January 2019 to February 2021. **Results:** In a total of 189 patients with urinary tract

¹Sở Y Tế Tỉnh Bình Dương

²Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

³Trường ĐHYD TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bồ Văn Lâm

Email: bovanlam@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

infections, the mean age was 62.5 ± 17.5 years old, the age group with a high percentage in the study was 50 - 69 years old. The proportions of men and women in the study were similar. The most common clinical symptoms were hip pain (52.4%) and fever (36.5%). The rate of complicated urinary tract infections accounted for 91.5%. Common clinical forms are cystitis (14.3%), urethritis (13.2%), male gonads (52.1%) and pyelonephritis (43.9%). Structural abnormalities of the urinary tract were mainly urinary obstruction due to stones (44%). Most patients reported mild urinary tract infections with 49.7%, followed by 46.0% with moderate severity. The highest risk of urinary tract infections is health care-related infections, accounting for 48.1%. **Conclusion:** The disease is common in men and women, mainly between the ages of 50 and 69 years. Common clinical symptoms are hip pain and fever. Common clinical forms are cystitis, urethritis, male gonads and pyelonephritis. **Keywords:** Urinary tract infections, clinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) một vấn đề sức khỏe hàng đầu đang được quan tâm tại Việt Nam nói riêng và nhiều nước trên thế giới nói chung. NKĐTN xảy ra ở mọi lứa tuổi với những hình thái lâm sàng phức tạp và đa dạng. Theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2015), nhiễm khuẩn huyết nặng nguyên nhân từ NKĐTN chiếm 5% trong các loại nhiễm khuẩn huyết nặng và tỉ lệ tử vong trong nhóm này từ 20 – 42%¹. Hiện nay tình trạng đề kháng kháng sinh là một chủ đề đang được quan tâm ở tất cả các trung tâm Y khoa. Các kháng sinh cuối cùng trong điều trị NKĐTN là nhóm carbapenem (Ertapenem, Imipenem, Meropenem) có tỉ lệ đề kháng tăng dần², điều này dẫn tới khó khăn trong điều trị và tăng tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân NKĐTN do vi khuẩn đa kháng thuốc gây ra và sự đề kháng kháng sinh có sự khác nhau giữa các bệnh viện. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân NKĐTN do vi khuẩn đa kháng thuốc tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN có đề kháng trên ba nhóm kháng sinh được điều trị tại khoa Tiết Niệu bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong khoảng thời gian từ: 1/2019 đến 2/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân định danh được vi khuẩn tại các mẫu bệnh phẩm nước tiểu, dịch từ đường tiết niệu (ĐTN), máu... đề kháng với ít nhất một

kháng sinh ở ít nhất ba nhóm kháng sinh và có tiêu chuẩn về vi sinh lâm sàng theo khuyến cáo của Hội Tiết Niệu – Thân Học Việt Nam.

- Đối với bệnh nhân có kết quả cấy máu định danh được vi khuẩn nhưng cấy nước tiểu hoặc bệnh phẩm từ ĐTN vi khuẩn không mọc thì phải có triệu chứng của NKĐTN trên lâm sàng.

- Bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN do vi khuẩn đa kháng thuốc dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và kết quả vi sinh lâm sàng của Hội Tiết niệu – Thân học Việt Nam và EAU 2020.

Thu thập số liệu theo hồ sơ:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Đặc điểm triệu chứng lâm sàng: Sốt, đau hông lưng, tình trạng đi tiểu: tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu máu, tiểu nhiều lần, bí tiểu,...

- Các đặc điểm liên quan đến NKĐTN: tính chất NKĐTN, vị trí NKĐTN, bất thường cấu trúc ĐTN, bất thường về chức năng ĐTN.

- Biến chứng

- Giảm sức đề kháng của bệnh nhân

- Mức độ nặng của bệnh

- Nguy cơ NKĐTN

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý số liệu bằng phần mềm Stata for Windows 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong tổng số 189 bệnh nhân NKĐTN, độ tuổi trung bình là $62,5 \pm 17,5$ tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi và lớn nhất là 100 tuổi. Nhóm tuổi có tỉ lệ NKĐTN cao trong nghiên cứu là 50 – 69 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được có 95 bệnh nhân nữ (50,3%) và 94 bệnh nhân nam (49,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn đường tiết niệu do vi khuẩn đa kháng thuốc

Bảng 1: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sốt	69	36,5
Đau hông lưng	99	52,4
Tiểu gắt	28	14,8
Tiểu đục	3	1,6
Tiểu máu	16	8,5
Bí tiểu	48	25,4
Tái khám	11	5,8
Đau hạ vị	3	1,6
Mệt	2	1,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau hông lưng 52% và sốt 37%, kể đến là bí tiểu 25%, tiểu gắt 15%, tiểu máu 8%, còn lại các trường hợp (TH) khác như tái khám, đau hạ vị, mệt và rất ít bệnh nhân có triệu chứng khác như ớn lạnh, đau bìu, rì nước tiểu, sưng đau vùng tinh hoàn.

Bảng 2. Các đặc điểm liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tính chất NKĐTN		
Phức tạp	173	91,5
Không phức tạp	16	8,5
Vị trí NKĐTN		
Viêm niệu đạo	25	13,2
Viên các cơ quan sinh dục ở nam	49	52,1
Viêm bàng quang	27	14,3
Viêm thận – bể thận	87	46,0
Nhiễm khuẩn huyết từ ĐTN	8	4,2
Có bất thường cấu trúc ĐTN		
Bể tắc ĐTN do sỏi	83	44
Bể tắc ĐTN do tăng sinh tuyến tiền liệt	22	12
Bể tắc ĐTN do u bướu	22	12
Có đặt ống thông ĐTN	21	11
Khác	6	3
Có bất thường về chức năng ĐTN		
Bệnh thận mạn	8	4
Bàng quang hỗn loạn thần kinh	17	9
Ngược dòng bàng quang – niệu quản	3	2

Bảng 2 cho thấy tỉ lệ NKĐTN phức tạp chiếm đa số 91,5%. Về vị trí NKĐTN, tỉ lệ viêm thận – bể thận chiếm đa số 46,0%, kể đến là viêm các cơ quan sinh dục ở nam 52,1% (tỉ lệ này chỉ so sánh trên bệnh nhân nam). Về bất thường cấu trúc ĐTN, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tỉ lệ bể tắc ĐTN do sỏi cao nhất 44%. Trong tổng số 189 TH NKĐTN trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được có 9% có bàng quang hỗn loạn thần kinh, kể đến là 4% có bệnh thận mạn, 2% ngược dòng bàng quang niệu quản.

Bảng 3: Đặc điểm về biến chứng và giảm sức đề kháng của bệnh nhân

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Biến chứng		
Abcess thận	4	2,1
Abcess quanh thận	1	0,5
Nhiễm khuẩn huyết	8	4,2
Giảm sức đề kháng của bệnh nhân		
Đái tháo đường	39	20,6
Suy giảm miễn dịch	0	0
Sau ghép thận	0	0

Trong tổng số 189 TH trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ghi nhận được 8 TH (4,2%) biến chứng nhiễm khuẩn huyết, 4 TH abcess thận và 1 TH có áp xe quanh thận. Nghiên cứu ghi nhận được có rất ít TH có giảm sức đề kháng, cụ thể có 39 TH (20,6%) có bệnh lý đái tháo đường kèm theo.

Bảng 4: Mức độ nặng của bệnh và nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu (n=189)

	Tần số	Tỉ lệ (%)
Mức độ nặng của bệnh		
Nhẹ (Viêm bàng quang)	94	49,7
Trung bình (Viêm thận – bể thận)	87	46,0
Nặng (nhiễm khuẩn huyết NKĐTN)	8	4,2
Nguy cơ NKĐTN		
Nhiễm khuẩn cộng đồng	72	38,1
Nhiễm khuẩn bệnh viện	26	13,8
Nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế	91	48,1

Nghiên cứu ghi nhận được NKĐTN ở mức độ nhẹ (Viêm bàng quang) chiếm tỉ lệ cao nhất 49,7%, kể đến là 46,0% NKĐTN ở mức độ trung bình (Viêm thận - bể thận). Nguy cơ NKĐTN chiếm tỉ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế chiếm 48,1%.

Trong 189 TH NKĐTN thì yếu tố nguy cơ của bệnh lý hệ tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất với 46,0%, tiếp đến là bệnh lý của (32,8%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng khá tương đồng với tác giả Nguyễn Thế Hưng và Trịnh Đăng Khoa^{3,4}, phù hợp với đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân NKĐTN phức tạp đang nằm viện điều trị. Triệu chứng ớn lạnh có ghi nhận trên một số tác giả tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rất ít triệu chứng lâm sàng này.

Tỉ lệ NKĐTN phức tạp là 91,5% và NKĐTN không phức tạp là 8,5%. Trong đó cả 3 yếu tố gây NKĐTN phức tạp đều được ghi nhận là bất thường về cấu trúc hệ tiết niệu, bất thường về chức năng hệ tiết niệu và những bệnh lý làm suy giảm sức đề kháng của bệnh nhân. Về bất thường cấu trúc hệ tiết niệu thì tỉ lệ bể tắc ĐTN do sỏi chiếm đa số (43,9%) kể đến là có bể tắc ĐTN do bướu, do có ống thông và tăng sinh tuyến tiền liệt gần bằng nhau 11,1% – 11,6%, số còn lại không có bất thường về cấu trúc. Theo cố giáo sư Ngô Gia Hy, sỏi niệu dễ gây tắc nghẽn niệu quản, gây trào ngược bàng quang niệu quản hoặc niệu quản bể thận gây nhiễm khuẩn ngược dòng. Trong TH bể tắc ĐTN do sỏi niệu quản, sự kích thích, cọ sát và ứ đọng nước tiểu dần dần sẽ gây ra viêm niệu quản và nhiễm trùng niệu với nước tiểu đục. Sỏi khúc niệu quản nội thành bọng đái cũng dễ gây ra viêm niêm mạc bọng đái và là một nguyên nhân của đái vệt, đái gắt, đái ra máu. Về tình trạng có đặt ống thông ĐTN, đã có nhiều báo cáo cho thấy có sự gia tăng tỉ lệ NKĐTN trên bệnh nhân nhóm này đặc biệt là các vi khuẩn đa kháng thuốc như *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis*,

E. coli, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*,...⁵. Theo "Hướng dẫn điều trị" của Hiệp hội niệu khoa Châu Âu năm 2020, ĐTN là nguồn gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất, đặc biệt là khi có đặt thông bàng quang (mức độ chứng cứ: 2a); và thời gian đặt thông là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây nên tình trạng nhiễm khuẩn (mức độ chứng cứ: 2a).

Về bất thường chức năng hệ tiết niệu thì trong nghiên cứu gặp nhiều nhất là bàng quang hỗn loạn thần kinh (9,0%). Theo tác giả Vigil R. V. trong nghiên cứu về NKĐTN trong bàng quang hỗn loạn thần kinh cho thấy nguy cơ NKĐTN tăng lên 2,5 lần trên mỗi bệnh nhân một năm, những bệnh nhân này còn phải chịu nguy cơ đặt thông ĐTN và các thủ thuật niệu động học để chẩn đoán bệnh⁶.

Về những yếu tố làm giảm sức đề kháng của bệnh nhân thì trong nghiên cứu này gặp nhiều nhất là bệnh nhân đái tháo đường (20,6%). Nhiều nghiên cứu trong thời gian gần đây ghi nhận NKĐTN là biến chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân đái tháo đường^{7,8}. Theo nghiên cứu bệnh chứng của Aswani và cộng sự đã cho thấy rằng tỉ lệ viêm thận - bể thận cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân mắc ĐTD hơn nhóm bệnh nhân không mắc ĐTD (9,4% so với 3,2%, $p = 0,04$)⁷.

Dựa trên đánh giá về mức độ nặng của NKĐTN theo Hướng dẫn điều trị NKĐTN của Hiệp hội niệu khoa Châu Âu thì trong nghiên cứu này mức độ nhẹ chiếm đa số (49,7%) và mức độ trung bình (46,0%). Tác nhân gây NKĐTN trong nghiên cứu này chủ yếu gây NKĐTN dưới hay viêm thận - bể thận mức độ trung bình. Tuy nhiên chính những biểu hiện mức độ nặng của tình trạng nhiễm khuẩn chỉ từ nhẹ đến trung bình nên khiến các bác sĩ lâm sàng đôi khi chủ quan trong chọn lựa kháng sinh điều trị ban đầu. Đặc biệt đối với các vi khuẩn có khả năng tiết men ESBL cần phải lưu ý rằng tuy độc lực của các chủng vi khuẩn này chưa gây nên các biểu hiện nặng trên lâm sàng nhưng chúng ta đã phải dùng đến những thế hệ kháng sinh cuối cùng để tiêu diệt chúng. Bản chất của vi khuẩn tiết ESBL là tính đề kháng kháng sinh mạnh và khả năng lan truyền gen kháng thuốc cao. Nếu không tuân thủ nghiêm ngặt các hướng dẫn điều trị sẽ dẫn đến tình trạng bùng phát các chủng vi khuẩn này với mức độ nhiễm khuẩn nặng hơn.

Những bệnh nhân NKĐTN thường có các yếu tố nguy cơ đi kèm. Những yếu tố nguy cơ này có thể tác động lên kết cục điều trị hay dự hậu của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành xếp loại các yếu tố nguy cơ theo ORENUS. Trong

189 TH NKĐTN thì yếu tố nguy cơ các bệnh lý của hệ niệu (U) là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất 46%, các bệnh lý của thận (N) chiếm tỉ lệ 32,8%, tiếp sau là các TH ngoài ĐTN, đặt thông ĐTN. Báo cáo tổng quan hệ thống năm 2018 của tác giả Justin Tenney tổng hợp 25 nghiên cứu trong 20 năm từ 1996 đến 2016 nghiên cứu trên 31284 bệnh nhân kết luận có những yếu tố nguy cơ có mối tương quan với NKĐTN do vi khuẩn đa kháng trong đó có: Đã từng NKĐTN và can thiệp trên ĐTN, sử dụng kháng sinh trước đó, chăm sóc y tế tại nhà, đặt ống thông ĐTN, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, dân tộc thiểu số, giới tính, tuổi, đi nhiều nơi, đã từng nhập viện⁹.

V. KẾT LUẬN

Bệnh thường gặp ở nam và nữ, chủ yếu độ tuổi từ 50 đến 69 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau hông lưng và sốt. Các thể lâm sàng thường gặp là viêm bàng quang, viêm niệu đạo, viêm tuyến sinh dục nam và viêm thận - bể thận. Bất thường về cấu trúc ĐTN chủ yếu là bế tắc ĐTN do sỏi (44%). Hầu hết bệnh nhân được ghi nhận NKĐTN ở mức độ nhẹ với 49,7%, kể đến là 46,0% NKĐTN ở mức độ trung bình. Nguy cơ NKĐTN chiếm tỉ lệ cao nhất là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế chiếm 48,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aswani SM, Chandrashekar U, Shivashankara K, Pruthvi B.** Clinical profile of urinary tract infections in diabetics and non-diabetics. *Australas Med J.* 2014;7(1):29-34.
2. **Jean SS, Hsueh PR.** Distribution of ESBLs, AmpC β -lactamases and carbapenemases among Enterobacteriaceae isolates causing intra-abdominal and urinary tract infections in the Asia-Pacific region during 2008-14: results from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART). *J Antimicrob Chemother.* 2017;72(1):166-171.
3. **Nguyễn Thế Hưng.** Đánh giá chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
4. **Trịnh Đăng Khoa.** Đánh giá chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân đái tháo đường. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh; 2017.
5. **Stickler DJ.** Clinical complications of urinary catheters caused by crystalline biofilms: something needs to be done. *J Intern Med.* 2014; 276(2):120-129.
6. **Vigil HR, Hickling RD.** Urinary tract infection in the neurogenic bladder. *Translational andrology and urology.* 2016; 5(1):72.
7. **Aswani SM, Chandrashekar U, Shivashankara K, Pruthvi B.** Clinical profile of urinary tract infections in diabetics and non-diabetics. *Australas Med J.* 2014; 7(1):29-34.

8. Mamun Mahmud H, Qureshi S, Kumar D, Farman S. Pyuric diabetic patients: A tertiary centre experience from Karachi. Pak J Med Sci. 2014; 30(1):77-80.
9. Tenney J, Hudson N, Alnifaidy H, Li JTC, et al. Risk factors for acquiring multidrug-resistant organisms in urinary tract infections: A systematic literature review. Saudi Pharm J. 2018; 26(5):678-684.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH LAO PHỔI TẠI KHOA LAO HÔ HẤP, BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2019

Trần Thị Lý¹, Phạm Thị Thu Hương², Đào Văn Dũng^{3*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bệnh lao là một quá trình lâu dài, tác dụng của thuốc lao trong quá trình điều trị cũng ảnh hưởng đến các bữa ăn hàng ngày của người bệnh như chán ăn, buồn nôn, tăng men gan. Dinh dưỡng đảm bảo không chỉ giúp phòng mắc bệnh lao, mà còn đảm bảo hạn chế các biến chứng trong quá trình điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh lao phổi tại khoa Lao hô hấp Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu sử dụng 4 phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng khác nhau gồm: BMI, SGA, chỉ số albumin, chỉ số protein. Kết quả cho thấy đa phần người bệnh SDD mức độ nhẹ, 22,9% NB có kiến thức về dinh dưỡng khi nhập viện, 77,1% NB chưa có kiến thức về dinh dưỡng. **Từ khóa:** Người bệnh lao phổi, tình trạng dinh dưỡng

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL STATUS OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENT AT THE DEPARTMENT OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS, NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2019

Background: Treatment of tuberculosis is a long-term process, the effect of tuberculosis drugs during treatment also affects the daily meals of patients such as loss of appetite, nausea, increased liver enzymes. Guaranteed nutrition not only helps prevent tuberculosis, but also ensures the limitation of complications during treatment. **Objectives:** Assessment of the nutritional status of pulmonary tuberculosis patients at the Department of Respiratory Tuberculosis of the National Lung Hospital in 2019. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative research. **Results:** The study used 4 different methods of assessing nutritional status: BMI, SGA, albumin index, protein index. The results showed that most patients were mildly malnourished. 22.9% of

patients had knowledge of nutrition, 77.1% of patients had not knowledge of nutrition.

Keywords: Pulmonary tuberculosis patients, nutritional status.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam hiện vẫn là nước có gánh nặng bệnh lao cao, đứng thứ 15 trong 30 nước có số người bệnh lao cao nhất trên toàn cầu, đồng thời đứng thứ 15 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao kháng đa thuốc cao nhất thế giới [1].

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng mắc bệnh lao trong đó Suy dinh dưỡng (SDD) là một vấn đề quan trọng hàng đầu dẫn đến tăng nguy cơ mắc lao, và ngược lại. Đói nghèo, thói quen ăn uống, sinh hoạt không phù hợp đã ảnh hưởng đến tình trạng mắc bệnh, cũng như quá trình điều trị lao. Tổ chức y tế thế giới (TCYTGT) đã chứng minh rằng: SDD làm tăng nguy cơ bệnh lao và bệnh lao có thể dẫn đến SDD. SDD thường rất phổ biến trong số những người bị bệnh lao và SDD là một yếu tố nguy cơ cho sự tiến triển từ bệnh nhiễm lao sang bệnh lao thực sự, và SDD ở thời điểm chẩn đoán lao là một yếu tố dự báo tăng nguy cơ tử vong và tái phát bệnh lao [2]. Ước tính tình trạng SDD sẽ gây ra khoảng 1/4 số ca lao mới trên toàn cầu [3],[4],[5],[6]. Cải thiện an ninh thực phẩm toàn cầu sẽ góp phần to lớn vào việc phòng bệnh lao.

Điều trị bệnh lao là một quá trình lâu dài, tác dụng của thuốc lao trong quá trình điều trị cũng ảnh hưởng đến các bữa ăn hàng ngày của người bệnh như chán ăn, buồn nôn, tăng men gan... Để phòng bệnh lao phổi cũng như hạn chế các biến chứng trong quá trình điều trị, ngoài dùng thuốc đều đặn, đòi hỏi phải có chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt hợp lý. Dinh dưỡng đảm bảo không chỉ giúp phòng mắc bệnh lao, mà còn đảm bảo hạn chế các biến chứng trong quá trình điều trị. Đánh giá dinh dưỡng, giáo dục, cung cấp kiến thức và tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh (NB) và người nhà NB là một trong những yếu tố quan trọng trong việc thực hiện phòng và điều trị [7].

Bệnh viện Phổi Trung ương là bệnh viện

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Trường Đại học Phenikaa

³Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Dũng

Email: dungdv1105@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biên khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023