

(74,3%), nam/ nữ = 1,76/1.

- Trong giai đoạn toàn phát, các triệu chứng thường gặp là: liệt nửa người (93,3%), liệt VII trung ương (78,1%), rối loạn cảm giác (41%), thất ngôn (40%), rối loạn ý thức (21,9%), mức độ lâm sàng nặng theo thang điểm NIHSS ≥ 16 (31,4%).

- Trên hình ảnh cộng hưởng từ sọ não, hay gặp nhồi máu nhất theo vùng chi phổi của hệ động mạch cảnh (81,9%) trong đó chủ yếu là động mạch não giữa (66,7%). Xơ vữa hẹp ĐM trong sọ là 49,5% và xơ vữa hẹp ĐM ngoài sọ là 22,9%. Mức độ hẹp động mạch trong sọ tăng theo số lượng thành phần HCCH.

- Tăng đường máu đói và sự gia tăng số lượng thành phần hội chứng chuyển hóa là yếu tố dự báo độc lập về mức độ nghiêm trọng của nhồi máu não và có nguy cơ phát triển thành nhồi máu não nặng cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amir A, Hassan M, Alvi S, et al. Frequency and Characteristics of Metabolic Syndrome in Patients with Ischemic Stroke Admitted to a Tertiary Care Hospital in Karachi. Cureus. 2020;12(7):e9004. doi:10.7759/cureus.9004
2. Phan Thị Nghĩa, Hoàng Khánh (2018), "Nghiên cứu mối liên quan giữa các dấu hiệu sớm trên chụp cắt lớp vi tính sọ não với tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não", Tạp chí Y học Việt

Nam, tập 471, tháng 10/2018, tr 81 - 88.

3. Yu K, Wang YJ, Yan YL, Bai C, Gao SY, Yang HN. [A study on the relationship between metabolic syndrome and anterior cerebral infarction]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2009;48(2): 130-132.
4. Park K, Yasuda N, Toyonaga S, Tsubosaki E, Nakabayashi H, Shimizu K. Significant associations of metabolic syndrome and its components with silent lacunar infarction in middle aged subjects. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008;79(6):719-721. doi: 10.1136/jnnp.2007.134809
5. Yao T, Zhan Y, Shen J, et al. Association between fasting blood glucose and outcomes and mortality in acute ischaemic stroke patients with diabetes mellitus: a retrospective observational study in Wuhan, China. BMJ Open. 2020;10(6): e037291. doi:10.1136/bmjopen-2020-037291
6. Zhang WW, Liu CY, Wang YJ, Xu ZQ, Chen Y, Zhou HD. Metabolic syndrome increases the risk of stroke: a 5-year follow-up study in a Chinese population. J Neurol. 2009;256(9):1493-1499. doi: 10.1007/s00415-009-5150-2
7. Li P, Quan W, Lu D, et al. Association between Metabolic Syndrome and Cognitive Impairment after Acute Ischemic Stroke: A Cross-Sectional Study in a Chinese Population. PLoS One. 2016;11(12): e0167327. doi: 10.1371/journal.pone.0167327
8. Li S, Sun X, Zhao Y, et al. Association Between Metabolic Syndrome and Asymptomatic Cerebral Arterial Stenosis: A Cross-Sectional Study in Shandong, China. Front Neurol. 2021;12:644963. doi:10.3389/fneur.2021.644963

VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2022 - 2023

Hoàng Văn Tiến¹, Trần Hữu Thông²,
Vũ Đình Phú³, Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 364 bệnh nhân thở máy trong đó có 107 bệnh nhân VPLQTM từ 1/2021 đến 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,4 \pm 17,5 tuổi. Tỷ lệ mắc VPLQTM là 29,4% với tần suất là 38,1/1000 ngày thở máy. Thời gian xuất

hiện VPLQTM trung bình là 7,0 \pm 4,0 ngày, VPLQTM muộn chiếm 72,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp khi xuất hiện VPLQTM là sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (87,9%), ran phổi (100%), thở nhanh (94,4%). Điểm CPIS trung bình 9,1 \pm 1,6. Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM là bạch cầu máu tăng trên 12 G/L (60,7%), Pro-calcitonin máu tăng trên 0,5ng/mL (77,6%) và có hình ảnh X-Quang phổi thâm nhiễm lan toả (60,7%) và đông đặc phổi (39,3%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm chính về lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 - 2023. **Từ khóa:** viêm phổi liên quan thở máy, Trung tâm chống độc.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023

SUMMARY

VENTILATION-RELATED PNEUMONIA AT BACH MAI HOSPITAL POISON CENTER IN 2022 - 2023

Objective: to describe the clinical features,

laboratory characteristics and risk factors for ventilator associated pneumonia (VAP) at the Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** descriptive study was conducted on 364 mechanically ventilated patients including 107 patients with VAP from January 2021 to July 2023. **Results:** The average age of the study patients was 52.4±17.5 years old. The incidence of VAP was 29.4% with a frequency of 38.1/1000 days of mechanical ventilation. The average onset time of VAP was 7.0 ± 4.0 days, late-onset VAP accounted for 72.9%. Common clinical symptoms when developed VAP were fever (87,9%), rales (100%), and tachypnea (94.4%). Average CPIS score was 9.1±1.6. Laboratory abnormalities were increased white blood cells (above 12 G/L) (60.7%), increased Pro-calcitonin above 0.5 ng/mL (77.6%), diffuse pulmonary infiltrates in chest X ray (60.7%) and lung consolidation (39.3%). **Conclusion:** The study revealed the incidence, main clinical, laboratory characteristics and risk factors for ventilator associated pneumonia at the Poison Control Center in 2022 - 2023. **Keywords:** ventilator associated pneumonia, Poison Control Center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là viêm phổi xuất hiện sau khi bệnh nhân được đặt nội khí quản và thở máy từ 48 giờ trở lên mà không có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng và ủ bệnh tại thời điểm nhập viện. VPLQTM vẫn là một trong những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất ở các khoa hồi sức cấp cứu (ICU). Chiếm từ 25 - 50% số bệnh nhân thở máy và từ 10 - 25% trên tổng số bệnh nhân nhập viện¹. VPLQTM làm tăng chi phí, thời gian điều trị, kéo dài thời gian thở máy cho người bệnh đồng thời làm tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân nguy kịch².

Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai (TTCD) điều trị nhiều bệnh nhân nặng với các bệnh lý phức tạp về ngộ độc độc chất, ngộ độc các loại thuốc an thần gây ngủ, ma tuý, rượu...và các loại rắn độc cắn gây liệt cơ, suy hô hấp, suy đa tạng cần thở máy dài ngày và áp dụng các biện pháp kỹ thuật cao, xâm lấn nhiều. Mặc dù đã được áp dụng các gói dự phòng VPLQTM song tỷ lệ VPLQTM vẫn còn khá cao. Chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy không kịp thời và lựa chọn liệu pháp kháng sinh ban đầu không phù hợp cũng góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong. Điều trị kháng sinh sớm và thích hợp sẽ cải thiện kết quả điều trị, giảm tỷ lệ đề kháng kháng sinh, tỷ lệ tử vong và tiết kiệm chi phí điều trị do đó lựa chọn kháng sinh ban đầu rất quan trọng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 -2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 08 năm 2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả bệnh nhân vào Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn 2 tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≥ 18.
- Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản (hoặc mở khí quản) thở máy trên 48 giờ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bằng chứng hoặc nghi ngờ viêm phổi trên lâm sàng tại thời điểm vào Trung tâm chống độc: sốt, ho, đau ngực, nghe phổi có rale, X-quang phổi có tổn thương.
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch: tiền sử bệnh, các xét nghiệm miễn dịch

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/07/2022 đến tháng 31/08/2023.

Thực hành nghiên cứu: Các bệnh nhân vào Trung tâm chống độc nếu được đặt ống NKQ/MKQ, thở máy từ 48 giờ trở lên, đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được chọn vào nghiên cứu. Các thông tin, biến số, chỉ số nghiên cứu của bệnh nhân sẽ được thu thập vào bệnh án nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, từ bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, từ bác sĩ, nhân viên y tế chăm sóc, điều trị cho bệnh nhân và trong quá trình theo dõi điều trị của bệnh nhân.

2.4. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS

20. Số liệu được phân tích bằng các thuật toán và các test thống kê y học: t-test, test khi bình phương và fisher's exact test. Giá trị p có ý nghĩa thống kê khi < 0,05.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không ảnh hưởng tới phác đồ chẩn đoán và điều trị người bệnh. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.0. Tỷ lệ mắc và tần suất mắc VPLQTM

Đặc điểm	Giá trị
Số ca VPLQTM	107

Tỉ lệ mắc VPLQTM (%)	29,4
Tổng số ngày thở máy (ngày)	
- Số ngày thở máy của nhóm VPLQTM (ngày)	2837
- Số ngày thở máy của nhóm không VPLQTM (ngày)	1555
	1282
Tần suất mắc VPLQTM (/1,000 ngày thở máy)	38,1

Nhận xét: Tỉ lệ mắc VPLQTM là 29,4%. Tần suất mắc là 38,1 bệnh nhân/1,000 ngày thở máy.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi

Tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 40	96	26,4
41 – 50	63	17,3
51 – 60	73	20,1
>60	132	36,3
Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn (min-max)	52,4 ± 17,5 (18-96)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 52,4 ± 17,5 tuổi (18 – 96 tuổi). Trong đó nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (36,3%), nhóm ≤ 40 tuổi (26,4%), nhóm từ 51 – 60 tuổi (20,1%) và nhóm từ 41 – 50 tuổi (17,3%)

Bảng 3.3. Tỉ lệ VPLQTM sớm và muộn

VPLQTM	Số ca	Tỉ lệ
Sớm < 5 ngày	29	27,1
Muộn ≥ 5 ngày	78	72,9
Tổng	107	100

Nhận xét: Thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình ± độ lệch chuẩn là 7,0 ± 4,0 ngày (min-max: 3 – 26 ngày). Nhóm VPLQTM muộn (≥ 5 ngày) chiếm tỉ lệ 72,9% (78 bệnh nhân) và nhóm VPLQTM sớm (< 5 ngày) chiếm tỉ lệ 27,1% (29 bệnh nhân).

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM

Bảng 1.4. Đặc điểm lâm sàng của nhóm VPLQTM (n = 107)

Đặc điểm	Giá trị (n=107)
Nhiệt độ, TB ± ĐLC	39,3 ± 0,9
Phân nhóm nhiệt độ, n (%)	

Bảng 3.5. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến VPLQTM

Đặc điểm	Chung	VPLQTM (n=107)	Không VPLQTM (n=257)	P
Hôn mê khi vào viện	168 (46,2)	45 (26,8)	123 (73,2)	0,31
Sử dụng an thần	268 (74,0)	93 (34,7)	175 (65,3)	<0,001
Ăn qua sonde	364 (100)	107 (29,4)	257 (70,6)	-
Đặt lại NKQ, MKQ	26 (7,1)	24 (92,3)	2 (7,7)	<0,001
Số ngày thở máy, trung vị (min-max)	5,0 (2-56)	14,5 (4-56)	5,0 (2-30)	<0,001
Số ngày nằm HSTC, trung vị (min-max)	13,2 (2-56)	20,1 (4-56)	10,3 (2-56)	<0,001

≥ 38 ^o C	94 (87,9)
36-38	13 (12,1)
<36 ^o C	0
Tăng tiết đờm đục, n (%)	107 (100)
Thở nhanh, n (%)	101 (94,4)
Rale phổi, n (%)	107 (100)

Nhận xét: Nhiệt độ trung bình của nhóm nghiên cứu là 39,3 ± 0,9 °C, trong đó 87,9% bệnh nhân có tăng thân nhiệt (≥38 °C) và không có bệnh nhân hạ thân nhiệt (<36 °C). Có 100% bệnh nhân biểu hiện tăng tiết đờm đục và có rale ở phổi. Tỉ lệ cao bệnh nhân (94,4%) có tình trạng thở nhanh.

Bảng 3.5. Đặc điểm về điểm CPIS của nhóm VPLQTM (n=107)

Đặc điểm	Giá trị
Điểm CPIS, TB ± ĐLC	9,1 ± 1,6
Min	6
Max	12

Nhận xét: Điểm CPIS trung bình của nhóm VPLQTM là 9,1 ± 1,6 trong đó giá trị nhỏ nhất là 6 và lớn nhất là 12.

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm VPLQTM (n = 107)

Đặc điểm	Giá trị (n=107)
Bạch cầu, TB ± ĐLC	14,2 ± 6,1
Phân nhóm bạch cầu, n(%)	
≥ 12	65 (60,7)
4-12	38 (35,5)
< 4	4 (4,1)
PCT, trung vị (min-max)	2,3
Phân nhóm PCT, n (%)	
<0,5	24 (22,4)
0,5 – 2	28 (26,2)
> 2	55 (51,4)
Xquang phổi, n (%)	
Thâm nhiễm lan tỏa	65 (60,7)
Đông đặc	42 (39,3)
Tạo hang	0

Nhận xét: Triệu chứng cận lâm sàng nổi bật khi xuất hiện VPLQTM là bạch cầu máu tăng trên 12 G/L (60,7%), Pro-calcitonin tăng trên 0,5ng/mL (77,6%) và hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa trên phim X-quang phổi (60,7%)

Nhận xét: Dùng thuốc an thần, đặt lại NKQ/MKQ, số ngày thở máy, số ngày nằm hồi sức kéo dài là các yếu tố nguy cơ độc lập VAP ($p < 0,001$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổng số có 364 bệnh nhân thở máy từ 48 giờ trở lên được điều trị và được theo dõi tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, trong đó có 107 bệnh nhân được chẩn đoán VPLQTM theo tiêu chuẩn nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 29,4% và tần suất là 38,1/1000 ngày thở máy. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu gần đây như Hoàng Khánh Linh (2018) tỉ lệ là 24,8% và tần suất 24,5/1000 ngày thở máy³; nghiên cứu của Nguyễn Đức Quỳnh (2022) tần suất là 15,3/1000 ngày thở máy⁴. Hoặc các nghiên cứu của Kollef và cộng sự cho thấy tỷ lệ VPTM tại các Đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) ở Hoa Kỳ (13,5%), Châu Âu (19,4%), Châu Mỹ Latin (13,5%) và Châu Á Thái Bình Dương (16%)⁵. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 52,4±17,5 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và tuổi lớn nhất là 96 tuổi, trong đó đa phần người bệnh trong nhóm tuổi > 60 tuổi (36,3%). Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy tuổi trung bình của người bệnh mắc VPLQTM là khá cao, như trong nghiên cứu của Hoàng Khánh Linh (2018)³ tuổi trung bình là 61,4±15,0 tuổi; nghiên cứu của Trịnh Thị Hoàng Anh (2020)⁶ tuổi trung bình là 59,54±14,92 tuổi và người bệnh trong nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,0%). Nghiên cứu của Ayse But và cộng sự (2017)⁷, cũng cho thấy tuổi trung bình trong nhóm VPLQTM là 69,9 ± 15,9 tuổi. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ đối với VPLQTM. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng của Chang Li và cộng sự cho thấy tuổi cao (≥ 60 tuổi) là một yếu tố nguy cơ độc lập của VPLQTM⁸. Liu và cộng sự (2017)⁹, báo cáo rằng khả năng mắc VPLQTM tăng hơn 1,15 lần khi tuổi tăng thêm 1 tuổi. Nguyên nhân có thể do sự suy giảm chức năng sinh lý hô hấp, teo dần cơ hô hấp, giảm dần tính đàn hồi của mô phổi, phản xạ ho bảo vệ suy yếu rõ rệt và giảm chức năng miễn dịch ở người cao tuổi. Người cao tuổi cũng thường bị các bệnh mạn tính nặng và suy dinh dưỡng kéo dài. Do đó, họ dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng hơn những người trẻ tuổi. Nhiễm trùng ở người cao tuổi thường có nhiều biến chứng lâm sàng hơn và tiên lượng xấu hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi xuất hiện viêm phổi thở máy. Thời

gian xuất hiện viêm phổi liên quan thở máy được tính từ khi đặt ống NKQ đến thời điểm xuất hiện tình trạng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình thời gian xuất hiện VPLQTM là 7,0±4,0 ngày, thời gian xuất hiện sớm nhất là 3 ngày và muộn nhất là 26 ngày, trong đó VPLQTM sớm (< 5 ngày) chiếm tỷ lệ 27,1% và VPLQTM muộn (≥ 5 ngày) chiếm tỷ lệ 72,9%. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư¹⁰, thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình là 5,5±2,4 ngày, VPLQTM muộn chiếm 58,0%. Có thể thấy được sự xuất hiện VPLQTM sớm hay muộn là khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt có thể do nhiều yếu tố, một số yếu tố có thể dẫn đến sự khác biệt này có thể là tình trạng bệnh lý nền và bệnh lý kèm theo của người bệnh (với người bệnh có khả năng đề kháng kém thì sẽ sớm xảy ra biến cố này); bên cạnh đó là điều kiện cơ sở vật chất của đơn vị Hồi sức tích cực và việc tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình đặt ống NKQ cũng như trong quá trình chăm sóc người bệnh đặt ống NKQ thở máy. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần người bệnh có các biểu hiện của tình trạng một nhiễm khuẩn phổi điển hình trên lâm sàng và cận lâm sàng như là sốt ≥ 38^oC (87,9%), ran phổi (100%), thở nhanh (94,4%). Điểm CPIS trung bình 9,1±1,6. Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VAP bạch cầu máu tăng trên 12x10⁹ G/L (60,7%), Procalcitonin máu tăng trên 0,5ng/mL (77,6%) và có hình ảnh X-Quang phổi thâm nhiễm lan toả (60,7%) và đông đặc phổi (39,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư¹⁰ cho thấy triệu chứng lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM là sốt ≥ 38^oC (75,3%), ran phổi (88,9%), tăng tiết đờm/đờm đục (95,1%). Triệu chứng cận lâm sàng khi xuất hiện VPLQTM bạch cầu máu tăng trên 12x10⁹/L (79,0%), Procalcitonin máu tăng trên 0,5ng/mL (89,5%) và có hình ảnh X-Quang phổi thâm nhiễm lan toả (42,6%) và đông đặc phổi (31,5%). Như vậy, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của VPLQTM là khá đầy đủ theo các tiêu chuẩn chẩn đoán ở các nghiên cứu. Các bác sĩ lâm sàng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có thể chẩn đoán sớm VPLQTM và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm sớm cho người bệnh trước khi có kết quả cấy vi sinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các yếu tố dùng thuốc an thần, đặt lại NKQ/MKQ, số ngày thở máy và nằm hồi sức tích cực kéo dài là những yếu tố nguy cơ độc lập với VAP. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong

khu vực và trên thế giới. Nghiên cứu của Walaszek (2016), tại Ba Lan cho thấy các thủ thuật y tế xâm lấn được thực hiện trong đường hô hấp của bệnh nhân là yếu tố nguy cơ đáng kể ($p < 0,001$) phát triển VAP: đặt lại ống nội khí quản ($R=0,271$), mở khí quản ($R=0,309$) và nội soi phế quản ($R=0,316$), hay nghiên cứu tại Trung Quốc (2017)⁹ cũng cho thấy tương tự. Từ những kết quả nghiên cứu này chúng tôi khuyến khích việc sử dụng an thần ít hơn, hạn chế đặt lại NKQ và giảm thời gian thở máy cho người bệnh càng ít càng tốt. Từ đó làm giảm tỉ lệ VAP.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm chính về lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm phổi liên quan thở máy tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 -2023. Tỉ lệ mắc VPLQTM là 29,4%. Tần suất mắc là 38,1 bệnh nhân/1,000 ngày thở máy. Nhóm VPLQTM muộn chiếm tỉ lệ cao (72,9%). Dùng thuốc an thần, đặt lại NKQ/MKQ, số ngày thở máy, số ngày nằm hồi sức kéo dài là các yếu tố nguy cơ độc lập VPLQTM ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al.** Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis.* 2016;63(5):e61-e111. doi:10.1093/cid/ciw353
2. **Papazian L, Klompas M, Luyt CE.** Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Med.* 2020;46(5):888-906.

- doi:10.1007/s00134-020-05980-0
3. **Hoàng Khánh Linh.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Viêm Phổi Liên Quan Thở Máy Tại Khoa Hồi Sức Tích Cực Bệnh Viện Bạch Mai Giai Đoạn 2017 - 2018. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2018.
 4. **Bùi THG, Nguyễn ĐQ.** Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện bạch mai. *VMJ.* 2022;515(1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2666
 5. **Kollef MH, Chastre J, Fagon JY, et al.** Global prospective epidemiologic and surveillance study of ventilator-associated pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. *Crit Care Med.* 2014;42(10): 2178-2187. doi:10.1097/CCM.0000000000000510
 6. **Hoàng Anh TT.** Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan đến thở máy tại đơn vị Hồi sức ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2020. Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội.
 7. **But A, Yetkin MA, Kanyilmaz D, et al.** Analysis of epidemiology and risk factors for mortality in ventilator-associated pneumonia attacks in intensive care unit patients. *Turk J Med Sci.* 2017;47(3):812-816. doi:10.3906/sag-1601-38
 8. **Chang L, Dong Y, Zhou P.** Investigation on Risk Factors of Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Cerebral Hemorrhage Patients in Intensive Care Unit. *Can Respir J.* 2017;2017:7272080. doi:10.1155/2017/7272080
 9. **Liu Y, Di Y, Fu S.** Risk factors for ventilator-associated pneumonia among patients undergoing major oncological surgery for head and neck cancer. *Front Med.* 2017;11(2):239-246. doi:10.1007/s11684-017-0509-8
 10. **Thư NK, Đức ND.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đại học y hà nội. *VMJ.* 2023; 525(1B). doi:10.51298/vmj.v525i1B.5127

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠT CƠM SINH DỤC Ở PHỤ NỮ CÓ THAI BẰNG LASER CO₂

Thea Saream¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Đinh Hữu Nghị^{1,2}, Nguyễn Duy Nhân², Trần Thị Thanh Tâm², Nguyễn Mậu Tráng², Cao Thị Nhung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả trong điều trị hạt cơm sinh dục ở phụ nữ có thai bằng Laser CO₂. **Đối tượng và phương**

pháp: tiến cứu can thiệp, có đối chứng so sánh, mẫu thuận tiện gồm 60 sản phụ và 60 phụ nữ bị bệnh hạt cơm sinh dục đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa Liễu Trung Ương đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2023. Điều trị hạt cơm sinh dục bằng bốc bay laser CO₂. Theo dõi kết quả điều trị cho đến khi hết tổn thương. **Kết quả:** Ở nhóm phụ nữ có thai mắc bệnh hạt cơm sinh dục trong nhóm tuổi ≤ 29 (83,4%) và nguồn lây chủ yếu là từ bạn tình (66,7%). Đa phần sự phân bố hạt cơm sinh dục ở âm hộ (87,5%). Nhóm HPV nguy cơ thấp chiếm 22,5%, nhóm HPV nguy cơ cao chiếm 15,0%. Các type thường gặp nhiều nhất là type 6 (10,8%), type 16 (7,5%), type 11 (6,7%), và type 8 (6,6%). Ngoài

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa liễu Trung Ương

³Bệnh viện Dệt May

Chịu trách nhiệm chính: Thea Saream

Email: theasaream@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023