

tiểu cầu trong máu toàn phần nằm lại ở khối hồng cầu, đây có thể là nguyên nhân làm ảnh hưởng tới chất lượng khối hồng cầu bảo quản.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiến máu nhắc lại chiếm 74,1 %. Nồng độ huyết sắc tố trung bình của người hiến máu đạt $152,93 \pm 31,83$ g/L và khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi ($p > 0,05$). 100% đơn vị khối hồng cầu 250ml và 350ml được điều chế từ máu toàn phần đạt tiêu chuẩn về chất lượng của Việt Nam theo thông tư 26/2013/TT-BYT hướng dẫn hoạt động truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Phóng, Nguyễn Thị Thu Hiền** (2012). Đặc điểm người hiến máu tình nguyện tại Hải Phòng trong 2 năm 2010-2011. Tạp chí Y học Việt Nam, 396, 422-426.
2. **Trần Văn Bảo, Vũ Thùy An, Phan Thị Thanh Lộc và cs** (2012). Tình hình thu nhận và sử dụng máu tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy trong 3 năm 2009-2011. Tạp chí y học Việt Nam, 396, 530-535.
3. **Phạm Ngọc Dũng và cs** (2004). Tình hình hiến máu tự nguyện tỉnh An Giang. Y học thực hành, 497, 166 - 168
4. **Zulkifli S, Osthman A.S, Mohd Ibrahim AR** (2007). An adult of expired blood from January to December 2006 in northern transfusion centre (NTC), alor setar, Malaysia, Volume 93, Vox Sanguinis, 8-9.
5. **Healy K** (2000). Embedded altruism: blood collection regimes and the European Union's donor population, American journal of sociology 2000 105, 1633-1658.
6. **Đào Thị Hồng Nga** (2020) Bước đầu đánh giá các tiêu chuẩn người hiến máu tình nguyện tại khoa Truyền máu bệnh viện TWQĐ 108 và nghiên cứu thực trạng máu và chế phẩm từ hồng cầu thông qua các chỉ số huyết học.
7. **Trần Hồng Thủy, Phạm Quang Vinh và CS** (2004). Một số thông số đánh giá chất lượng máu và chế phẩm máu tại Viện Huyết học -Truyền máu Trung ương
8. **Hoàng Văn Phóng** (2014), Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả một số giải pháp nâng cao chất lượng máu, chế phẩm máu tại trung tâm truyền máu Hải Phòng, Luận văn Tiến sỹ Y học

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC K.PNEUMONIAE KHÁNG KHÁNG SINH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thế Anh¹, Tô Hoàng Dương¹,
Đinh Thị Chi¹, Phạm Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ mắc K.pneumoniae kháng kháng sinh. **Đối tượng:** các bệnh nhân mắc K.pneumoniae điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 01/06/2021 đến 30/06/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả. **Kết quả:** Nam giới chiếm 90%, Tuổi trung bình là 81,4; 92.5% bệnh nhân thở máy, 77.5% bệnh nhân đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, mức lọc cầu thận $43,2 \pm 17,3$ ml/phút; viêm phổi chiếm 62.5%, đồng nhiễm chiếm 37.5%. Các yếu tố nguy cơ mắc chủng vi khuẩn sinh ESBL: khởi phát nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức (3.4); thở máy trên 7 ngày (2.6); bệnh nhân có can thiệp đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (2.4); dinh dưỡng tĩnh mạch (2.3); lọc máu (1.9). **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân cao tuổi, chủ yếu giới nam, mức lọc cầu thận thấp, chủ yếu nhiễm khuẩn viêm phổi, tỷ lệ lớn đồng

nhiễm, có các yếu tố nguy cơ mắc chủng kháng kháng sinh: thở máy, can thiệp, dinh dưỡng tĩnh mạch, lọc máu. **Từ khóa:** K.pneumoniae, sinh ELBS, đề kháng

SUMMARY

ANALYSIS OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR ANTIBIOTIC-RESISTANT K.PNEUMONIAE IN CRITICAL CARE DEPARTMENT OF HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: to describe patient characteristics and risk factors for antibiotic-resistant K.pneumoniae. **Subjects:** patients with K.pneumoniae treated at Critical care department of HUU NGHİ Hospital from June 1, 2021 to June 30, 2022. **Method:** prospective, descriptive. **Results:** Male accounted for 90%, Average age was 81.4; 92.5% of patients on mechanical ventilation, 77.5% of patients with central venous catheters, glomerular filtration rate 43.2 ± 17.3 ml/min; pneumonia accounted for 62.5%, co-infection accounted for 37.5%. Risk factors for ESBL-producing strains: onset of infection in the ICU (3.4); mechanical ventilation for more than 7 days (2.6); patients with central venous catheterization (2.4); intravenous nutrition (2.3); hemodialysis (1.9). **Conclusion:** The group of elderly patients, mainly

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương

Email: dr.hoangduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

male, low glomerular filtration rate, mainly pneumonia, high rate of co-infection, have risk factors for antibiotic-resistant strains: mechanical ventilation, intervention, intravenous nutrition, dialysis.
Keywords: K.pneumonia, ESBL positive, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Klebsiella Pneumonia (K.pneumonia) là một trong những vi khuẩn Gram âm gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp trên thế giới và tại Việt Nam, chiếm khoảng 10% nhiễm khuẩn bệnh viện [1]. Với khả năng gây bệnh đa dạng, bao gồm: nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn ổ bụng, nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, da mô mềm. Tại bệnh viện Hữu Nghị, nhiễm khuẩn do K.pneumonia đứng thứ 2 trong toàn bệnh viện sau nhiễm khuẩn do E.coli với tỷ lệ 24.7 – 27.2%; nhưng lại là căn nguyên gây bệnh hàng đầu tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, với tỷ lệ trong năm 2021 và 06 tháng đầu năm 2022 lần lượt là 34.1 và 27.9% [2]

Các nguy cơ mắc các chủng K.pneumonia đa kháng: nằm viện dài ngày, nhập khoa Hồi sức, nằm dài ngày tại khoa Hồi sức, có tiền sử nhập viện, có ghép tạng, có sử dụng corticoid, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, có thở máy, mở khí quản, được nuôi ăn tĩnh mạch hoặc có tiền sử sử dụng kháng sinh [5][6]. Đây là những yếu tố nguy cơ rất thường gặp ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức, điều này càng tạo ra rất nhiều thách thức trong điều trị bệnh nhân nặng

Khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị, hằng năm điều trị cho hàng trăm bệnh nhân nhiễm khuẩn trong đó có một số lượng lớn mắc K.pneumoniae. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cũng như các yếu tố nguy cơ mắc K.pneumoniae kháng thuốc là một việc hết sức cần thiết. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu chúng tôi tiến hành: "*Phân tích đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ mắc K.pneumoniae để kháng kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực*" nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân mắc K.pneumoniae*
2. *Phân tích các yếu tố nguy cơ mắc K.pneumoniae kháng kháng sinh*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Hữu Nghị

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Có thời điểm nhập khoa trong giai đoạn từ 01/06/2021 đến 30/06/2022.
- Có kết quả nuôi cấy phân lập vi khuẩn

K.pneumoniae.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Có thời gian điều trị tại khoa HSTC < 48 giờ.
- Không có chẩn đoán nhiễm khuẩn mới tại vị trí lấy bệnh phẩm đầu tiên phân lập K.pneumoniae ở thời điểm lấy bệnh phẩm đó

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả.

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 06/2021 đến 06/2022 chúng tôi đã thu thập được tổng số 52 bệnh nhân nhiễm K.pneumoniae điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc; loại trừ 12 trường hợp bệnh nhân không có đủ các tiêu chuẩn theo thiết kế nghiên cứu. Qua đó, chúng tôi đã chọn được 40 trường hợp bệnh nhân để đưa vào nghiên cứu với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Giới tính nam, n (%)	36 (90%)
Tuổi (năm), TB±SD (min-max)	81,4 ± 7,3 (52-97)
Cân nặng (kg), TB±SD (min-max)	51,3 ± 9,2 (30-74)
Thời gian điều trị tại khoa Hồi sức tích cực	17.5 (7 - 28)
Tiền sử sử dụng kháng sinh trong vòng 90 ngày gần đây	27 (67.5%)
Sử dụng corticoid	12 (30%)
Sử dụng PPI	35 (87.5%)
Thở máy	37 (92.5%)
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	31(77.5%)
Nuôi ăn đường tĩnh mạch	11 (27.5%)
Mức lọc cầu thận trung bình	43,2 ± 17,3 (12-126)
Phân bố Cl_{cr}, n(%)	
≥ 50 mL/phút	12 (30,0%)
20 đến < 50 mL/phút	21 (52.5%)
10 đến < 20 mL/phút	7 (17,5%)
Tỷ lệ bệnh nhân có/không có lọc máu, n(%)	
Không lọc máu	27 (67.5%)
Lọc máu chu kỳ	6 (15%)
Lọc máu liên tục	7 (17.5%)

Nhận xét: nhìn chung, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình cao, đa số là nam giới, số ngày điều trị hồi sức trung bình trên hai tuần, bệnh nhân có tỷ lệ thở máy và các thủ thuật xâm lấn khá cao. Bên cạnh đó, mức lọc cầu thận trung bình ở mức thấp, khoảng 70%

bệnh nhân có mức lọc cầu thận dưới 50 ml/phút; khoảng 1/3 số bệnh nhân phải hỗ trợ lọc máu với các phương thức khác nhau.

3.1.2. Các loại nhiễm khuẩn do K.pneumoniae

Bảng 3.2. Các loại nhiễm khuẩn do K.pneumoniae trong nhóm nghiên cứu

Loại nhiễm khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	30	62.5
Nhiễm khuẩn huyết	10	20.8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	6	12.5
Nhiễm khuẩn da, mô mềm	1	2.1
Nhiễm khuẩn ổ bụng	1	2.1

Nhận xét: Loại nhiễm khuẩn do K.pneumoniae tại khoa Hồi sức tích cực chủ yếu là viêm phổi; tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn tiết niệu. Nhiễm khuẩn da, mô mềm và nhiễm khuẩn ổ bụng do K.pneumonia chiếm một tỷ lệ nhỏ.

3.1.3. Tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn trong nhóm nghiên cứu

Bảng 3.3. Tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đồng nhiễm vi khuẩn (N=40)	15	37.5
Acinetobacter baumannii	8	53.3
Pseudomonas aeruginosa	3	20
Escherichia coli	3	20
Proteus vulgaris	1	6.7

Nhận xét: Có gần khoảng 1/3 các trường hợp nhiễm khuẩn K.pneumoniae có đồng nhiễm vi khuẩn khác; trong đó chủ yếu là A.baumannii, tiếp đó là trực khuẩn mủ xanh và E.coli

3.2. Yếu tố nguy cơ mắc chủng K.pneumoniae đề kháng kháng sinh: Theo thống kê, chúng tôi ghi nhận 38/68 chủng K.pneumonia sinh ESBL trong nhóm nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ xuất hiện chủng K.pneumoniae sinh ESBL:

Bảng 3.6. Liên quan giữa yếu tố nguy cơ và nhiễm K.pneumoniae sinh ESBL

Nhóm Thông số	ESBL (+)	ESBL (-)	OR (95% CI)	P
	(n=38)	(n=30)		
Khởi phát nhiễm khuẩn tại HTSC	28	4	6.7 (7.8–13.5)	<0.05
Thở máy trên 7 ngày	22	8	3.2 (3.4–5.6)	<0.05
Đặt catheter TMTW	18	14	2.3 (1.4–4.3)	<0.05
Đặt sonde dạ dày	31	1	1.3 (1.5–3.2)	>0.05

Sử dụng corticoid	10	2	0.9 (0.3–1.2)	>0.05
Lọc máu	10	3	3.1 (2.5–4.3)	<0.05
Dinh dưỡng đường tĩnh mạch	8	3	3.3 (2.7–5.4)	<0.05

Nhận xét: Khi đánh giá các yếu tố nguy cơ nhiễm K.pneumoniae sinh ESBL, các yếu tố liên quan bao gồm: nhiễm khuẩn khởi phát tại khoa HSTC, thở máy trên 7 ngày, đặt catheter TMTW và bệnh nhân có lọc máu cấp cứu/ lọc máu chu kỳ

Phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố nguy cơ và nhiễm K.pneumoniae sinh ESBL cho kết quả

Bảng 3.7. Kết quả hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố nguy cơ và nhiễm K.pneumoniae sinh ESBL

Thông số	Hệ số beta	OR (95% CI)	P
Khởi phát nhiễm khuẩn tại HSTC	3.4	4.5 (2.8–5.4)	<0.05
Thở máy trên 7 ngày	2.6	3.3 (1.7–4.3)	<0.05
Đặt catheter TMTW	2.4	4.3 (2.3–5.8)	<0.05
Dinh dưỡng đường tĩnh mạch	2.3	3.5 (3.1–4.3)	<0.05
Lọc máu	1.9	2.1 (1.1–3.2)	<0.05

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ liên quan nhiễm K.pneumoniae sinh ESBL theo thứ tự được liệt kê trong bảng trên

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Giới Nam chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu với tỷ lệ là 90%, tuổi thọ trung bình chung của nhóm nghiên cứu cũng ở mức cao 81.4 tuổi. Đây là đặc thù của nhóm bệnh nhân lão khoa điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị nói chung và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc nói riêng. Kết quả này cũng tương tự các thống kê trong một số nghiên cứu khác của chúng tôi về quần thể bệnh nhân tại bệnh viện như tuổi trung bình trong nghiên cứu năm 2020 về bệnh nhân mắc các vi khuẩn Gram âm giảm nhạy cảm Carbapenem tại bệnh viện Hữu Nghị, tuổi trung bình là 82.4, với nam giới chiếm 92.8% [3]

Bệnh nhân có cân nặng trung bình ở mức thấp 51 kg, điều này cùng với yếu tố tuổi cao sẽ làm giảm mức lọc cầu thận ước tính. Do đó, trong điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu thông thường chúng tôi quan tâm đến đánh giá việc giảm liều kháng sinh để phù hợp với mức lọc cầu thận của từng bệnh nhân. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Trần Nhật Minh khi cùng nghiên cứu về nhóm

bệnh nhân nhiễm *K.pneumoniae* tại khoa Hồi sức tích cực với cân nặng trung bình là 57 kg [4]

Có 67.5% bệnh nhân có tiền sử sử dụng kháng sinh trong vòng 90 ngày trước khi nhập viện, đây là một tỷ lệ rất cao, và cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc các chủng *K.pneumoniae* kháng thuốc như sinh ESBL hay kháng Carbapenem gây ra rất nhiều thách thức trong điều trị. Tuy nhiên, khi so sánh với kết quả trong nghiên cứu của Trần Nhật Minh là 71% [4], chúng tôi cũng thấy tình trạng tương tự. Có thể do các bệnh nhân nằm Hồi sức thường có nhiều bệnh lý nền phải nằm viện, trong đó một tỷ lệ cao là nằm viện do các bệnh lý nhiễm khuẩn, cần phải điều trị kháng sinh. Hầu như toàn bộ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phải thở máy (92.5%) và có các can thiệp như đặt catheter TMTW (77.5%), lọc máu (32.5%). Ngoài ra thì có 87.5% bệnh nhân được điều trị PPI, 30% bệnh nhân có điều trị Corticoid và có 27.5% bệnh nhân phải nuôi ăn đường tĩnh mạch. Đây là các yếu tố nguy cơ thúc đẩy việc bệnh nhân mắc các chủng *K.pneumoniae* kháng kháng sinh.

Qua nghiên cứu, chúng tôi cũng thấy một đặc điểm nổi bật là nhóm bệnh nhân nghiên cứu có mức lọc cầu thận trung bình thấp $43,2 \pm 17,3$ ml/phút, với khoảng 70% số lượng bệnh nhân có mức lọc cầu thận dưới 50 ml/phút; trong đó có 32.5% số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phải sử dụng một trong các phương pháp lọc máu như lọc máu cấp cứu, lọc máu chu kỳ.

Về mặt loại nhiễm khuẩn do *K.pneumoniae*, chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62.5%, tiếp theo đó là nhiễm khuẩn huyết 20.8%, nhiễm khuẩn tiết niệu 12.5%; còn lại các nhiễm khuẩn khác chiếm 4.2%. Kết quả này phù hợp với đặc tính gây bệnh của vi khuẩn *K.pneumoniae*, và cũng tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu khác: tác giả Trần Nhật Minh (viêm phổi 75.8%, nhiễm khuẩn huyết 25.3%) [4]; tác giả Nguyễn Chí Nguyễn (bệnh phẩm hô hấp chiếm 55.4%) [3]

Về tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn, nhiễm khuẩn do *K.pneumoniae* tại khoa hồi sức thường là những nhiễm khuẩn nặng; bệnh nhân có các bệnh lý nặng khác kèm theo, thủ thuật can thiệp tương đối nhiều; do đó tỷ lệ đồng nhiễm vi khuẩn khá cao 37.5%. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, *Acinetobacter baumannii* là căn nguyên đồng nhiễm hàng đầu với tỷ lệ 53.3%; tiếp theo đó là hai căn nguyên vi khuẩn Gram âm cũng khá thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực: *Pseudomonas aeruginosa* và *E.coli*, cùng chiếm 20%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả

của Trần Nhật Minh, với tỷ lệ đồng nhiễm là 58.2%; tuy nhiên về thứ tự các căn nguyên đồng nhiễm thì có sự tương đồng, đứng đầu vẫn là *Acinetobacter baumannii* [4]

4.2. Nguy cơ nhiễm *K.pneumoniae* sinh ESBL. Qua phân tích các yếu tố nguy cơ của *K.pneumoniae* sinh ESBL bao gồm: khởi phát nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức (3.4); thở máy trên 7 ngày (2.6); bệnh nhân có can thiệp đặt catheter TMTW (2.4); dinh dưỡng tĩnh mạch (2.3); lọc máu (1.9). Đây là các yếu tố đã được nêu trong các y văn về nguy cơ mắc các chủng *K.Pneumoniae* kháng kháng sinh. Các nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực thường là các nhiễm khuẩn nặng, các trường hợp nhiễm khuẩn ở bệnh nhân thở máy kéo dài trên 7 ngày cũng là một yếu tố nguy cơ mắc các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng trong đó có *K.pneumoniae*. Ngoài ra, bệnh nhân có các can thiệp như đặt catheter TMTW và lọc máu; cũng như bệnh nhân nuôi dưỡng tĩnh mạch là các bệnh nhân có nguy cơ thâm lậu vi khuẩn từ đường tiêu hóa rất cao, dẫn tới việc mắc các chủng *K.pneumoniae* kháng thuốc [5][6]

Với các chủng CRE, Van Loon (2018) đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ bao gồm: tiền sử dùng carbapenem, cephalosporin, glycopeptid; thực hiện thủ thuật xâm lấn; điều trị tại khoa Hồi sức tích cực. Các yếu tố này đều có tỷ số nguy cơ OR cao từ 4 trở lên. Ngoài ra, theo Gao và cộng sự năm 2019, bệnh nhân nằm tại ICU ≥ 7 ngày, có bệnh lý tổn thương thần kinh, đã dùng carbapenem trước đó có nguy cơ mắc viêm phổi thở máy do CRE cao hơn với OR (95%CI) lần lượt là 2,79; 3,01 và 3,27 [5][6]

Với riêng CRKP, nguy cơ mắc có thể tăng tới 4 lần nếu bệnh nhân đã dùng carbapenem trước đó, thậm chí 6 lần nếu đã dùng bất kỳ kháng sinh nào trước đó. Thực hiện thủ thuật xâm lấn như mở khí quản, thở máy, thẩm tách máu hoặc điều trị tại ICU làm tăng nguy cơ mắc CRKP từ 2 – 4 lần. Đáng chú ý, nằm viện kéo dài làm tăng rõ rệt nguy cơ, với OR (95%CI) là 15,28 (1,11 - 29,46). Yuan 2020 đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ mắc nhiễm khuẩn huyết do CRKP là: nhập khoa ICU (OR là 11,3); bệnh lý nền hô hấp (OR là 6,7); phẫu thuật trong 3 tháng trước (OR là 11,2); đặt ống nội khí quản (OR là 11,3), đặt ống thông (OR là 12,3), tiền sử dùng carbapenem (OR là 10,0), tiền sử dùng β -lactam/chất ức chế β -lactamase (OR là 9,9) [6][7]

V. KẾT LUẬN

Quần thể nghiên cứu thuộc nhóm lão khoa,

với tỉ lệ nam giới là chủ yếu; mức lọc cầu thận trung bình thấp; các bệnh nhân đa phần có can thiệp thủ thuật. K.pneumoniae gây bệnh chủ yếu tại phổi, với hơn một phần ba trường hợp có nhiễm khuẩn khác kèm theo. Các yếu tố nguy cơ mắc chủng K.pneumoniae sinh ESBL gồm: khởi phát nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức, thở máy trên 7 ngày, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, nuôi ăn đường tĩnh mạch và lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu P., Li X., et al. (2018), "Risk Factors for Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Infection: A Meta-Analysis", *Microb Drug Resist*, 24(2), pp. 190-198
2. Ruiz J., Gordon M., et al. (2019), "Influence of antibiotic pressure on multi-drug resistant Klebsiella pneumoniae colonisation in critically ill patients", *Antimicrob Resist Infect Control*, 8, pp. 38.
3. Tô Hoàng Dương (2020), Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và hiệu quả sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do một số chủng Gram âm giảm nhạy cảm với kháng sinh Carbapenem tại bệnh viện Hữu Nghị, đề tài cơ sở
4. Trần Nhật Minh (2019), Phân tích đặc điểm lâm sàng, vi sinh và phác đồ điều trị của nhiễm khuẩn do Klebsiella pneumoniae tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. Van Loon Karlijn, Voor in 't holt Anne F., et al. (2018), "A Systematic Review and Meta-analysis of the Clinical Epidemiology of Carbapenem-Resistant *Klebsiella pneumoniae*", *Antimicrob Resist Infect Control*, 62(1), pp. e01730-17.
6. Yuan Y., Wang J., et al. (2020), "Risk Factors for Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Bloodstream Infections and Outcomes", *Infect Drug Resist*, 13, pp. 207-215.
7. Zhu Wei-Min, Yuan Zhe, et al. (2020), "Risk factors for carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae infection relative to two types of control patients: a systematic review and meta-analysis", *Antimicrobial resistance and infection control*, 9(1), pp. 23-23.

NHẬN XÉT CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT BẢO TỒN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Anh Hải¹, Lê Việt Anh¹, Phạm Anh Hải²

TÓM TẮT

Phẫu thuật cắt một thùy có khối u và eo tuyến giáp là cách tiếp cận mới trong điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nhằm giảm thiểu những biến chứng của phương pháp cắt toàn bộ tuyến giáp nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị. Nghiên cứu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến chỉ định của phương pháp phẫu thuật này tại Bệnh viện quân Y 103, thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2021. Kết quả có 52 bệnh nhân được phẫu thuật, với tuổi trung bình là 32,9±8,2 tuổi (12-57), nữ giới chiếm đa số (90,4%), tỷ lệ nữ/nam là 9,4/1. Bệnh nhân được phát hiện bệnh bằng khám sức khỏe (khi chưa có triệu chứng) chiếm chủ yếu (tỷ lệ 86,8%). Trên siêu âm, kích thước khối u trung bình là 10,3 ± 6,3mm (4-28mm), phân bố khối u ở thùy phải và trái là tương đương (25/27 trường hợp), đa số có một nhân ở một thùy tuyến giáp (tỷ lệ 90,4%), phân độ tirads IV và V chiếm chủ yếu (86,5%), không có trường hợp có hình ảnh khối u phá vỡ bao tuyến giáp. Có 19 bệnh nhân phát hiện hạch cổ trên siêu âm, tất cả được chọc hút tế bào hạch trước mổ, kết quả

không phát hiện hạch di căn. Mô bệnh học sau mổ, 100% là ung thư biểu mô tuyến thể nhú, trong đó có 7,7% biến thể nang. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp; phẫu thuật bảo tồn; cắt thùy và eo tuyến giáp.

SUMMARY

COMMENTS ON INDICATIONS FOR CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF THYROID CANCER AT MILITARY HOSPITAL 103

Lobectomy and isthmusectomy of thyroid is a new approach in the surgical treatment of differentiated thyroid cancer, aiming to minimize the complications of total thyroidectomy while still ensuring effectiveness of treatment. The study describes some clinical and paraclinical characteristics related to the indications of this surgical method at Military Hospital 103, from January 2019 to October 2021. As a result, 52 patients underwent surgery, the average of age was 32.9±8.2 years (12-57), the majority of women (rate of 90.4%), the female/male ratio was 9.4/1. The disease was mainly detected by examination regularly (when there are no symptoms) (rate 86.8%). On ultrasound, the average tumor size was 10.3 ± 6.3mm (4-28mm), tumor distribution in the right and left lobes was equivalent (25/27 cases), most had one tumor in the one lobe (rate of 90.4%), tirads grades IV and V accounted for the majority (86.5%), there was no case of tumor invasive the thyroid capsule. There were 19 patients with cervical lymph nodes detected on ultrasound. All lymph nodes were fine needle aspirated before surgery, but no metastatic lymph nodes were

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024