

là nguyên nhân chấn thương chủ yếu (75%) [4]. Với kết quả điều trị đạt rất tốt 75 %, tốt 20,8%, trung bình 4,2%, và kém 0%. Nhóm tác giả cho rằng việc điều trị gãy thân xương đùi phức tạp bằng đinh nội tủy có chốt SIGN cho hiệu quả tốt về tỉ lệ liền xương, phục hồi chức năng và ít biến chứng, giúp cho phẫu thuật viên có thêm lựa chọn trong xử trí bệnh nhân

V. KẾT LUẬN

Có 31 bệnh nhân chốt tĩnh chiếm 79,5%, 8 bệnh nhân chốt động (20,5%). Tất cả 100% bệnh nhân vít chốt vào lỗ đinh. Đánh giá kết quả gần theo tiêu chuẩn Roy – Sender dựa trên hình ảnh phim chụp XQuang thẳng-ngiêng sau mổ, tình trạng liền vết mổ kỳ đầu. Kết quả cho thấy tỉ lệ tốt chiếm 87,18% và khá chiếm 7,69%. Không gặp trường hợp nào cong đinh, gãy đinh. Có 2 trường hợp chậm liền xương (5,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Quang và cộng sự** (2005). Tổng kết chung về đóng đinh có chốt SIGN tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2004, Hội Nghị thường niên lần thứ 12 Hội Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-3.
2. **Dương Đình Toàn** (2005). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở người lớn bằng đinh SIGN có chốt tại bệnh viện Việt Đức từ 2004-

- 2005, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Hà Nội
3. **Mã Văn Sánh** (2016). Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng đinh SIGN tại Bệnh viện đa khoa Thanh hóa. Kỷ yếu Hội nghị khoa học tuổi trẻ các trường ĐH, Cao đẳng Y Dược Việt Nam lần thứ XVIII. Tr. 72-79.
4. **Vũ Trường Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều, Nguyễn Xuân Thùy, Lê Việt Thông.** (2021). Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh sign tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 145(9), 158-169.
5. **Lương Đình Lâm và cộng sự** (2000). Thông báo bước đầu về kết quả đóng đinh có chốt ngược dòng từ gối lên để điều trị gãy liên lồi cầu, trên lồi cầu và 1/3D xương đùi", Tạp chí y học chuyên ngành chấn thương chỉnh hình, tập 4, số 4, tr. 204-207.
6. **Wang W.C., Xie L., Zhang Q.** (2001). "Clinical use of interlocking intramedullary nail treating in complex and nonunion fracture of femur and tibia", Human Yi Ke Da Xue Xue Bao, 26(2), pp. 136-138
7. **Ricci and et al** (2001). "Retrograde versus Antegrade nailing of Femoral Shaft Fracture", J Orthop Trauma, 15(3), pp. 161-169.
8. **Wolinsky P, Tejwani N, Richmond JH, Koval KJ, Egol K, Stephen DJ.,** (2002). Controversies in intramedullary nailing of femoral shaft fractures. Instr Course Lect. 2002; 51:291-303
9. **Christian Krettek** (2001). "Intramedullary nailing", AO principles of fracture management, pp. 195-219

KẾT QUẢ ÁP DỤNG GÓI XỬ TRÍ SỚM (1-3 GIỜ) TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NẶNG, SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Trần Phương¹, Ngô Đức Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1-3 giờ) trong điều trị nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu số liệu về đánh giá áp dụng điều trị của gói 1 giờ, 3 giờ được thực hiện trên 152 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (theo định nghĩa Sepsis-3 Điểm qSOFA \geq 2). Thời gian được thực hiện từ tháng 04/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** tuân thủ chung các khuyến cáo là 86,9%, trong đó tuân thủ bù dịch chiếm 98,7%; tuân thủ đo Lactat máu là

100%, cho kháng sinh hợp lý trong giờ đầu là 83,6%, tuân thủ cấy máu là 88,2%. Kết quả điều trị: tỷ lệ bệnh ổn định chuyển về tuyến dưới hay khỏe xuất viện chiếm tỷ lệ 66,5%, bệnh nặng tiên lượng tử vong gia đình xin về hay tử vong tại khoa Hồi sức chiếm 33,5%. Có 37,5% bệnh nhân thở máy, thời gian nằm khoa Hồi sức tích cực trung bình là 5,8 ngày. **Kết luận:** bước đầu kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng, giám sát sự tuân thủ việc đạt các mục tiêu trong 1-3 giờ đầu theo các khuyến cáo của SSC 2018 đối với bệnh nhân NKH và SNK đạt kết quả tương đối tốt. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá sát hơn về tác động tới kết quả lâm sàng. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn, gói xử trí sớm (1 – 3 giờ)

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương

Email: bstranphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

SUMMARY

RESULTS OF APPLYING 1-HOUR AND 3-HOUR SEPSIS TIME BUNDLES IN THE TREATMENT OF SEVERE SEPSIS, SEPTIC SHOCK AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of applying 1-hour and 3-hour sepsis time bundles in the treatment of severe sepsis, septic shock at the Emergency Department of Nghe An Friendship General Hospital. **Subject and method:** Cross-sectional description combined with retrospective and prospective data on evaluation of treatment application of 1-hour and 3-hour sepsis time bundles was performed on 152 patients diagnosed with severe infection and septic shock (according to Sepsis-3 definition qSOFA score ≥ 2). The study was conducted from April 2023 to October 2023. **Results:** the overall compliance rate with recommendations is 86.9%, compliance with fluid replacement accounts for the rate of 98.7%, compliance with blood lactate measurement is 100%, giving appropriate antibiotics in the first hour is 83.6%, compliance with blood culture is 88.2. Treatment results: the rate of stable disease transferred to a lower level or healthy discharge from the hospital accounted for 66.5%, the rate of severe disease predicted death, the family asked to return home or died. in the Intensive Care Unit, accounting for 33.5%. There are 37.5% of patients on ventilators, the average stay in the Intensive Care Unit is 5.8 days, the least is 1 day and the longest is 24 days. **Conclusion:** Initial research results show that the application and monitoring of compliance to achieve the goals in the first 1-3 hours according to the recommendations of SSC 2018 for patients with sepsis and septic shock have achieved quite good results. However, studies with a larger number of patients are needed to more closely evaluate the impact on clinical outcomes. **Keywords:** severe infection, septic shock, 1-hour and 3-hour sepsis time bundles.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết nặng (Sepsis) và sốc nhiễm khuẩn (NKH và SNK) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, đặc biệt là tại các nước đang phát triển. Hiện nay dù có sự phát triển y học trong việc hồi sức cấp cứu, tỷ lệ tử vong trong người bệnh sốc nhiễm khuẩn vẫn ở mức cao từ 45 – 80% tùy các nghiên cứu. Chẩn đoán kịp thời, điều trị thích hợp trong những giờ đầu giúp cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn [1].

Việc tuân thủ áp dụng càng sớm các gói điều trị sẽ càng cải thiện kết quả điều trị: giảm tỷ lệ tử vong, rút ngắn thời gian thở máy và thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị [2]. Vì thế tổ chức Surviving Sepsis Campaign đã liên tục cập nhật các gói điều trị và rút ngắn thời gian các gói từ 24 giờ xuống 6 giờ và sau đây xuống 3 giờ. Tháng 4 năm 2018, SSC đã tiếp tục cập nhật gói điều trị, kết hợp các hướng dẫn gói 3 giờ và gói 6 giờ thành gói 1 giờ [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đào Xuân Phương năm 2022 tại khoa hồi sức tích cực Bạch Mai, tỷ lệ tuân thủ gói 01 giờ là 57,3% và không tuân thủ là 42,7%, trong

đó tuân thủ đúng vận mạch cao nhất (100%), thấp nhất là tuân thủ kháng sinh giờ đầu 66,7%. Tỷ lệ tử vong hoặc bệnh nặng tiên lượng nặng xin về ở nhóm tuân thủ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ [4].

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là cơ sở chuyên môn tuyến cuối khu vực Bắc trung bộ, thường xuyên tiếp nhận các bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn từ nơi sống của bệnh nhân và các đơn vị khác. Những bệnh nhân này có thể đã hoặc chưa được điều trị tình trạng nhiễm khuẩn trước đó và chúng tôi không thể kiểm soát thời điểm chẩn đoán cũng như việc áp dụng gói xử trí sớm nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn tại các đơn vị này. Xuất phát từ những thực trạng trên để nâng cao hiệu quả giám sát thực hiện và đánh giá hiệu quả của gói xử trí sớm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1-3 giờ) trong điều trị nhiễm khuẩn nặng/ sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An" để từ đó đưa ra những khuyến nghị trong công tác khám chữa bệnh tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis-3[5]: Điểm qSOFA ≥ 2

Tiêu chuẩn: qSOFA

Nhịp thở ≥ 22 chu kỳ/ phút

Thay đổi tri giác GCS < 15

Huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg

- Được áp dụng gói xử trí sớm (1 giờ- 3 giờ)

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối chạy thận chu kì.
- Xơ gan Child C
- Suy tim NYHA 4
- Bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.
- Bệnh nhân vào viện có ngừng tuần hoàn cấp cứu thành công
- Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn điều trị tuyến dưới trên 48 giờ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 4/2023 đến tháng 10/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu số liệu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi lấy cỡ mẫu là toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại khoa cấp cứu bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được thông tin của 152 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Biến số và chỉ số

- + Tiêu chí 1: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và SNK
- + Tiêu chí 2: Tỷ lệ áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn trong 1 giờ, trong 3 giờ và không được thực hiện đầy đủ
- + Tiêu chí 3: Tỷ lệ áp dụng từng công việc trong gói 1 giờ

Các biến số về: tuổi, giới, nơi ở, vị trí ổ nhiễm khuẩn, chẩn đoán T0, nơi chẩn đoán, thời điểm chẩn đoán, chỉ số vận mạch, thời gian dung thuốc vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm ở HSTC, diễn biến ở nhóm BN nhiễm khuẩn nặng.

Phương pháp thu thập số liệu: nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kỹ thuật quan sát trong thu thập số liệu với cách chọn cỡ mẫu thuận tiện. Công cụ thu thập số liệu là bệnh án nghiên cứu.

Quy trình kỹ thuật: Từ những kết quả tích cực của việc tuân thủ áp dụng cũng như các hạn chế của gói 6 giờ và 3 giờ ở bệnh nhân SNK, tháng 4/2018, SCC đã đưa ra một gói điều trị mới, kết hợp các công việc trong gói 6 giờ và 3 giờ thành gói 1 giờ với mục tiêu nhấn mạnh việc chẩn đoán sớm, can thiệp kịp thời tình trạng nhiễm khuẩn nặng hoặc SNK

Các công việc gói (1 giờ-3 giờ)

- Định lượng lactate máu. Định lượng lại nếu lactate ban đầu > 2 mmol/L.
- Lấy máu cấy trước khi sử dụng kháng sinh. Sử dụng kháng sinh phổ rộng.
- Bắt đầu truyền dịch nhanh 30ml/kg dịch tinh thể nếu bệnh nhân hạ huyết áp hoặc lactate máu ≥ 4mmol/L
- Sử dụng thuốc vận mạch nếu bệnh nhân hạ huyết áp trong lúc hoặc sau khi hồi sức bù dịch để duy trì huyết áp ≥ 65mmHg.

* "Thời điểm zero" hay "thời điểm bắt đầu" được định nghĩa là thời điểm phân loại xác định bệnh. Nếu bệnh nhân được chuyển đến từ các đơn vị khác thì thời điểm zero được tính từ lúc phiếu theo dõi/bệnh án lần đầu tiên ghi nhận đầy đủ các tiêu chuẩn của nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn.

* Đánh giá được áp dụng đầy đủ tốt (Thực hiện trong 1 giờ) khi được thực hiện 5/5 công việc đối với SNK và 4/5 công việc đối với nhiễm khuẩn nặng (trừ áp dụng thuốc vận mạch).

*Đánh giá được áp dụng đầy đủ (Thực hiện trong 3 giờ) khi được thực hiện 5/5 công việc đối với SNK và 4/5 công việc đối với nhiễm khuẩn nặng (trừ áp dụng thuốc vận mạch)

*Đánh giá được áp dụng không đầy đủ gói xử trí sớm (1 giờ- 3 giờ) khi không được thực hiện đủ 5/5 công việc đối với SNK và 4/5 công việc đối với nhiễm khuẩn nặng (trừ áp dụng thuốc vận mạch).

2.4. Nhập liệu và xử lý số liệu.

Số liệu được trích xuất từ bệnh án điện tử, sau đó chuyển sang phần mềm STATA 14.0 để phân tích đáp ứng mục tiêu nghiên cứu. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thông tin chung của bệnh nhân

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=152)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	88	57,9
	Nữ	64	42,1
Nơi ở	Thành thị	54	35,5
	Nông thôn	98	64,5
Tuổi	< 60 tuổi	43	28,3
	≥ 60 tuổi	109	71,7
	X±SD (GTNN-GTLN)	66,4±15,3	(18-96)

Trong 152 bệnh nhân nghiên cứu, có 88 trường hợp là nam giới, chiếm tỷ lệ 57,9%. Còn lại 64 trường hợp là nữ giới, chiếm tỷ lệ 42,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.

Đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 66,4 ± 15,3 với tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 96 tuổi. Có tới 71,7% đối tượng tham gia nghiên cứu > 60 tuổi. Phần lớn bệnh nhân đến từ nông thôn (64,5%).

Bảng 2. Phân bố đặc điểm về nguồn nhiễm bệnh

Nguồn nhiễm bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	61	40,1
Tiêu hóa	58	38,1
Tiết niệu	6	4,0
Da, mô mềm	13	8,6
Viêm màng não	5	3,3
Đa nguồn (từ 2 nguồn trở lên)	9	5,9
Tổng số	152	100

Có 40,1% có nguồn nhiễm do hô hấp và 38,1% đối tượng có nguồn nhiễm từ tiêu hóa. Có 09 trường hợp nào có từ 2 nguồn nhiễm trở lên, chiếm tỷ lệ 5,9%.

Bảng 3. Phân bố đặc điểm về phân loại bệnh

Phân loại bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốc nhiễm khuẩn	79	52,0
Nhiễm khuẩn huyết	73	48,0
Tổng số	152	100

Tỷ lệ phân loại bệnh khi chẩn đoán là sốc nhiễm khuẩn (52,0%) và nhiễm khuẩn huyết chiếm 48,0%.



■ Khoa cấp cứu ■ Tuyến dưới
Biểu đồ 1. Phân bố nơi chẩn đoán của nhóm nghiên cứu

Có 54,0% bệnh nhân được chẩn đoán tại khoa cấp cứu (82 trường hợp) và 46,0% đến từ tuyến dưới (70 trường hợp).

3.2. Kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1-3 giờ) trong điều trị nhiễm khuẩn nặng/sốc nhiễm khuẩn

Bảng 4. Tỷ lệ áp dụng gói xử trí sớm

Áp dụng gói xử trí sớm	Số lượng	Tỷ lệ
------------------------	----------	-------

Bảng 6. Đặc điểm áp dụng từng công việc theo mức độ áp dụng gói xử trí sớm (n=152)

Áp dụng từng công việc	Gói xử trí sớm		Áp dụng đầy đủ		Áp dụng không đầy đủ (n=20)		p	
	Áp dụng đầy đủ tốt (<1 giờ) (n=69)		Áp dụng đầy đủ (1 - 3 giờ) (n=63)		Áp dụng không đầy đủ (n=20)			
	n	%	n	%	n	%		
Định lượng lactat	69	100	63	100	20	100	-	
Cấy máu (n=134; 88,2%)	Âm tính	60	87,0	52	82,5	1	5,0	0,32
	Dương tính	9	13,0	11	17,5	1	5,0	
Dùng kháng sinh hợp lý (n=127; 83,6%)	64	92,8	52	82,5	11	55,0	0,07	
Bù dịch (n=150; 98,7%)	Thể tích dịch bù trong 1h đầu (ml)	973,91 ± 253,59		976,98 ± 318,75		1065,0 ± 348,34	0,65	
	Thể tích dịch bù trong 3h đầu (ml)	2246,38 ± 574,09		2166,67 ± 797,17		2334,0 ± 671,43	0,45	
Dùng vận mạch	30	43,5	28	44,4	12	60,0	0,40	

Tất cả 100% bệnh nhân được làm định lượng lactat ở mức độ áp dụng đầy đủ tốt và mức độ áp dụng đầy đủ. Tỷ lệ cấy máu dương tính ở nhóm áp dụng đầy đủ tốt là 13,0%. Tỷ lệ này ở nhóm áp dụng đầy đủ là 17,5%. Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Tỷ lệ dùng kháng sinh hợp lý ở nhóm áp

	(n)	(%)
Áp dụng đầy đủ tốt (< 1 giờ)	69	45,4
Áp dụng đầy đủ (1 - 3 giờ)	63	41,5
Áp dụng không đầy đủ	20	13,1
Tổng số	152	100

Tỷ lệ áp dụng gói xử trí trong nghiên cứu là 86,9% (trong đó áp dụng cao là 45,4% và áp dụng là 13,1%). Còn lại 13,1% áp dụng không đầy đủ, dẫn đến nguyên nhân trì hoãn.

Bảng 5. Nguyên nhân trì hoãn áp dụng gói xử trí sớm (n=20)

Nguyên nhân trì hoãn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ra y lệnh chậm	1	5,0
Thủ tục hành chính lâu	9	45,0
Thiếu nhân lực	6	30,0
Chẩn đoán muộn	4	20,0
Tổng số	20	100

Trong số 20 trường hợp áp dụng không đầy đủ, dẫn đến trì hoãn do các nguyên nhân bao gồm thủ tục hành chính lâu (45,0%); thiếu nhân lực (30,0%); chẩn đoán muộn (20,0%) và ra y lệnh chậm (5,0%).

Bảng 7. Tiến triển của bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng theo mức độ áp dụng gói xử trí sớm

Tiến triển bệnh	Gói xử trí sớm		Áp dụng đầy đủ		Áp dụng không đầy đủ (n=20)		p
	Áp dụng đầy đủ tốt (<1 giờ) (n=69)		Áp dụng đầy đủ (1 - 3 giờ) (n=63)		Áp dụng không đầy đủ (n=20)		
	n	%	n	%	n	%	
Tiến triển SNK đối với NKH	1	1,5	10	15,9	7	35,0	0,001
Ổn định và khỏi	63	91,3	34	54,0	3	15,0	
Tiến triển nặng	5	7,2	19	30,1	10	50,0	

Tỷ lệ ổn định và khỏi ở nhóm áp dụng đầy đủ tốt là 91,3%. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm áp dụng đầy đủ với 54,0% và nhóm áp dụng không đầy đủ là 15,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 8. Thời gian nằm ở hồi sức tích cực, thời gian thở máy, thời gian dùng vận mạch

Đặc điểm	Trung bình	Trung vị	GTNN-GTLN
Thời gian nằm HSTC (ngày) (n=130; 85,5%)	5,8	5,0	1 - 24
Thời gian dùng vận mạch (giờ) (n=70; 46,1%)	72,1	52,0	6 - 280
Thời gian thở máy (giờ) (n=57; 37,5%)	122,57	96	8 - 500
Thời gian nằm viện (ngày)	9,4	9,0	1 - 41

Trung bình thời gian nằm hồi sức tích cực của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 5,8 ngày; thời gian dùng vận mạch trung bình là 72,1 giờ; thời gian thở máy trung bình là 122,57 giờ và thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ngày.



■ Ổn định, khỏi ■ Tử vong, nặng xin về

Biểu đồ 2. Kết quả điều trị (n=152)

Có 101 bệnh nhân còn sống, ổn định và khỏi, chiếm tỷ lệ 66,5%. Còn lại 51 trường hợp tử vong, nặng xin về, chiếm tỷ lệ 33,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm thông tin chung của bệnh nhân

Đặc điểm về giới tính: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng bệnh nhân là nam giới chiếm 57,9% và nữ giới chiếm 42,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tỷ lệ này cũng gần tương tự so với kết quả của các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Phan Hoàng Nguyễn [6] năm 2020 cho thấy tỷ lệ nữ chiếm tỷ lệ 51,5% và nam chiếm tỷ lệ 48,5%.

Tuổi: kết quả nghiên cứu Bảng 3.1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $66,4 \pm 15,3$. Phần lớn đối tượng trong nghiên cứu có tuổi > 60 tuổi với tỷ lệ 71,7%. Trong nghiên cứu của tác giả Phan Hoàng Nguyễn [6] (2020) có khoảng 45,5% đối tượng tham gia nghiên cứu > 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Tôn

Thanh Trà [7], nhóm trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm dưới 50 tuổi, phù hợp với đặc điểm bệnh thường thấp trong nhóm thanh thiếu niên, tăng nhiều sau 50 tuổi.

Nơi sinh sống: phần lớn đối tượng đến từ vùng nông thôn với 56,6% (86 trường hợp) và 43,4 (66 trường hợp) đến từ vùng thành thị. Điều này là phù hợp, do bệnh viện nơi nghiên cứu ở tỉnh Nghệ An, phục vụ phần lớn bệnh nhân đến từ các vùng nông thôn thuộc tỉnh và các vùng lân cận.

Nguồn nhiễm khuẩn nguyên phát: kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 40,1% có nguồn nhiễm do hô hấp và 38,1% đối tượng có nguồn nhiễm từ tiêu hóa. 09 trường hợp chiếm 6 % có từ 2 nguồn nhiễm trở lên. Kết quả này cũng có nét tương đồng so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của tác giả Phan Hoàng Nguyễn [6] (2020) cho thấy có khoảng 46,5% đối tượng có nguồn nhiễm từ tiêu hóa, gần 33% có nguồn nhiễm do hô hấp. Chỉ có khoảng 5% đối tượng có từ 2 nguồn nhiễm trở lên. Nguồn nhiễm từ đường hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là nguồn nhiễm từ đường tiêu hóa, nguồn nhiễm khuẩn từ da mô mềm và tiết niệu chiếm tỷ lệ thấp hơn. Có sự khác biệt với các nghiên cứu đã thực hiện. Tỷ lệ nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao, tương đồng với nghiên cứu của Tôn Thanh Trà [7].

Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu đã thực hiện. Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm khuẩn từ đường hô hấp và đường tiêu hóa vẫn chiếm tỷ lệ phần trăm lớn như nghiên cứu của Tôn Thanh Trà [7] và nghiên cứu của Phan Hoàng Nguyễn [6].

Vị trí nhiễm khuẩn có liên quan với cấy máu dương tính, suy cơ quan và tỷ lệ tử vong. Viêm phổi, nhiễm khuẩn tiêu hoá và tiết niệu có tỷ lệ cấy máu dương tính cao hơn nhiễm khuẩn ở vị trí khác. Vị trí nhiễm khuẩn cũng có tương quan đến cơ quan bị rối loạn chức năng, ví dụ như viêm phổi tăng nguy cơ suy hô hấp.

4.2. Kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1-3 giờ) trong điều trị nhiễm khuẩn nặng/sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ bệnh nhân được đo lactat trong nghiên cứu của chúng tôi (100%) cao hơn các nghiên cứu của tác giả khác. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phan Hoàng Nguyễn [6] (96%) và nghiên cứu của Tôn Thanh Trà [8] (83%). Vào năm 2014 và 2015 tỷ lệ này có sự gia tăng đáng kể 25%, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của M. Jozwiak [9] cho thấy tỷ lệ xét nghiệm lactat máu tăng 37% trong 10 năm (2003 - 2013).

Tỷ lệ cấy máu trước khi dùng kháng sinh

trong nghiên cứu của chúng tôi (88,2%) cao hơn so với các tác giả khác. Phan Hoàng Nguyên [6] (84,2%) và nghiên cứu của Tôn Thanh Trà [8] (62,9%). Điều này có được là do các bác sỹ lâm sàng thấy được tầm quan trọng của kết quả cấy máu đối với vấn đề điều trị, sự giám sát chặt phác đồ của khoa và bệnh viện.

Kết quả cấy máu giúp khẳng định chẩn đoán, điều chỉnh điều trị kháng sinh, thêm vào đó hoàn thành cấy máu sớm cũng chính là bằng chứng của việc nhận biết NKH và SNK sớm, khởi động toàn bộ các can thiệp hồi sức ban đầu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 92,8% bệnh nhân ở nhóm áp dụng đầy đủ tốt và 82,5% ở nhóm áp dụng đầy đủ và 55,0% ở nhóm áp dụng không đầy đủ (tỷ lệ chung là 83,6%) được dùng kháng sinh hợp lý trong vòng giờ đầu, cao hơn nghiên cứu của Tôn Thanh Trà [8] (46,83%).

Cùng với cấy máu, sử dụng kháng sinh sớm thích hợp trong vòng 1-3 giờ đầu là bằng chứng cho thấy bệnh nhân được nhận biết và hồi sức sớm sau khi nhập viện.

So với các nghiên cứu khác, lượng dịch truyền trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương, bệnh nhân được truyền trung bình 2246,38 ml trong 3 giờ đầu ở nhóm áp dụng đầy đủ tốt và 2166,6 ml ở nhóm áp dụng đầy đủ. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Bình [10] lượng dịch truyền trung bình là 2.770ml. Điều này có thể do nghiên cứu này được thực hiện tại khoa Cấp cứu, thiếu các phương tiện theo dõi huyết động ít xâm lấn và ít thời gian nên các bác sỹ rất khó khăn khi theo dõi tình trạng bệnh nhân khi truyền dịch.

Kết quả điều trị. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi (33,5%) thấp hơn nghiên cứu của Phan Hoàng Nguyên (39,6%) [6] và Tôn Thanh Trà (54,8%) [8]. Điều này có thể được giải thích do các bác sỹ đã chú ý hơn đến việc tuân thủ phác đồ, tỷ lệ đạt các mục tiêu của điều trị cao góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong, tuy nhiên đây là tỷ lệ còn tương đối cao, do đặc điểm Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An là tuyến cuối trong địa bàn tỉnh nhà, những bệnh nhân đa phần là suy đa cơ quan nặng, điều trị khó khăn. Tuy vậy, số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, vẫn cần các nghiên cứu sâu hơn để khảo sát nguyên nhân.

Kết quả thời gian điều trị và thở máy. Số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thở máy (37,5%), thời gian nằm ICU (5,8 ngày) cũng có xu hướng thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Như của Phan Hoàng Nguyên [6] (2020) có tỷ lệ thở máy là 95%, số ngày nằm

ICU là 19 ngày. Điều này được giải thích do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở tuyến tỉnh nên tình trạng nặng, thở máy, suy đa tạng, thời gian nằm ICU cũng ngắn hơn so với các nghiên cứu ở bệnh viện tuyến trung ương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu về kết quả áp dụng gói xử trí sớm (1 -3 giờ) theo hướng dẫn của Surviving Sepsis Campaign 2018 cho thấy: tỷ lệ tuân thủ về kháng sinh và cấy máu còn tương đối tốt. Việc tuân thủ dùng kháng sinh sớm góp phần giảm thời gian nằm ICU, chưa thấy sự khác biệt ở tỷ lệ tử vong và số ngày thở máy. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá sát hơn về tác động tới kết cục lâm sàng của việc tuân thủ gói 1 – 3 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ko, B.S., et al.,** Impact of 1-Hour Bundle Achievement in Septic Shock. *J Clin Med*, 2021. 10(3).
2. **Lynn, N.B., et al.,** Severe sepsis 3-hour bundle compliance and mortality. *Am J Infect Control*, 2018. 46(11): p. 1299-1300.
3. **Levy, M.M., L.E. Evans, and A. Rhodes,** The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intensive Care Med*, 2018. 44(6): p. 925-928.
4. **Đào Xuân Phương and Bùi Thị Hương Giang,** Đánh giá kết quả áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 2021. Số 1(509-tháng 12): p. 335-339.
5. **Rhodes, A., et al.,** Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, 2017. 43(3): p. 304-377.
6. **Phan Hoàng Nguyên,** Khảo sát tỷ lệ tuân thủ theo SCC 2016 trong 3 giờ đầu và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. 2020, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh: Thành phố Hồ Chí Minh. p. 129.
7. **Tôn Thanh Trà and Bùi Quốc Thắng,** Đặc điểm bạch cầu, C- Reactive Protein (CRP), Procalcitonin, Lactat máu trên bệnh nhân NKH/ SNK tại khoa Cấp cứu. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2014. 18(1): p. 279-283.
8. **Tôn Thanh Trà and Phạm Thị Ngọc Thảo,** Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu thích hợp và tỉ lệ tuân thủ Surviving Sepsis Campaign 2012 ở bệnh nhân NKH và SNK tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh*, 2015. 19(1): p. 421.
9. **Jozwiak, M., X. Monnet, and J.L. Teboul,** Implementing sepsis bundles. *Ann Transl Med*, 2016. 4(17): p. 332.
10. **Trần Thanh Bình,** Đánh giá sự tuân thủ phác đồ điều trị NKH nặng – SNK tại Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2014. 20(1): p. 39-59.