

hơn so với một số nghiên cứu được công bố trước đây tại Việt Nam như nghiên cứu trên đối tượng trẻ 3 tuổi tại Hà Nội của tác giả Lưu Văn Tường và cộng sự (smt-mr là $5,0 \pm 6,46$), nghiên cứu của tác giả Do Minh Hương năm 2017 (smt-mr là $16,0 \pm 8,6$), nghiên cứu của tác giả Trần Văn Trường ở trẻ 6 – 8 tuổi năm 2001 (smt-mr là 12,98)^{5,8}. Từ kết quả trên cho thấy cần quan tâm nhiều hơn đến công tác khám sức khỏe răng tại trường học cho trẻ đồng thời truyền thông nâng cao ý thức cho phụ huynh về việc chẩn đoán và điều trị sâu răng sớm ở trẻ.

Điểm mạnh của nghiên cứu là được thực hiện dưới hình thức khám lâm sàng và phỏng vấn trực tiếp phụ huynh, tránh được sai lệch thông tin do hiểu sai câu hỏi hoặc thông tin không đầy đủ. Phiếu ghi chép khám lâm sàng được thực hiện phân loại theo hệ thống ICDAS II đã được chuẩn hóa với các tiêu chuẩn chẩn đoán, ghi nhận mã số nên kết quả nghiên cứu khá đầy đủ và chính xác. Ngoài ra, phần khám lâm sàng được thực hiện bởi đội ngũ bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt nên kết quả điều tra là đáng tin cậy. Bên cạnh những điểm mạnh, nghiên cứu cũng gặp phải một số hạn chế như thiết kế cắt ngang không đánh giá được mối quan hệ nhân quả, nguy cơ phát triển sâu răng với các đặc điểm của trẻ tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ 3 tuổi có ECC hiện nay ở mức rất cao. Do đó cần đẩy mạnh các chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đối tượng trẻ nhỏ, đặc biệt ở lứa tuổi mẫu giáo. Tăng cường các

hoạt động truyền thông, giáo dục nâng cao nhận thức của phụ huynh về tầm quan trọng của chẩn đoán và điều trị sớm sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Östberg AL, Skeie MS, Skaare AB, Espelid I.** Caries increment in young children in Skaraborg, Sweden: associations with parental sociodemography, health habits, and attitudes. *Int J Paediatr Dent.* Jan 2017;27(1):47-55. doi:10.1111/ipd.12225
2. **Baggio S, Abarca M, Bodenmann P, Gehri M, Madrid C.** Early childhood caries in Switzerland: a marker of social inequalities. *BMC Oral Health.* Jul 22 2015;15:82. doi:10.1186/s12903-015-0066-y
3. **Folayan MO, Kolawole KA, Oziegbe EO, et al.** Prevalence, and early childhood caries risk indicators in preschool children in suburban Nigeria. *BMC Oral Health.* 2015;15:72-72. doi:10.1186/s12903-015-0058-y
4. **Ghazal T, Levy SM, Childers NK, et al.** Prevalence and incidence of early childhood caries among African-American children in Alabama. *Journal of public health dentistry.* Winter 2015;75(1):42-8. doi:10.1111/jphd.12069
5. **Do Minh Hương, Le Thị Thu Hằng, Võ Trương Như Ngọc, et al.** Prevalence of early childhood caries and its related risk factors in preschoolers: Result from a cross sectional study in Vietnam *Pediatric Dental Journal.* 2017;
6. **Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn.** Nha khoa cộng đồng. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2013.
7. **Kraljevic I, Filippi C, Filippi A.** Risk indicators of early childhood caries (ECC) in children with high treatment needs. *Swiss Dent J.* 2017;127(5):pg.398-410.
8. **Lưu Văn Tường.** Nghiên cứu bệnh sâu răng và đánh giá hiệu quả điều trị sâu răng sớm bằng vec-ni fluor của trẻ 3 tuổi ở thành phố Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT CATHETER MẠCH MÁU TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Thị Thanh An¹, Nguyễn Bách², Trần Quỳnh Như², Nguyễn Trúc Ý Nhi²,
Nguyễn Thanh Hải², Nguyễn Phương Dung², Phạm Thị Thu Hiền²,
Trần Thị Phương Mai², Trần Huỳnh Ngọc Diễm², Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,2*}

TÓM TẮT

Mở đầu: Đặt catheter mạch máu là thủ thuật tương đối phổ biến trong quá trình điều trị cho bệnh nhân (BN) nằm viện nội trú. Thủ thuật này có thể làm

tăng nguy cơ nhiễm khuẩn trên bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn trên BN đặt catheter mạch máu tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án của BN đủ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú và được tiến hành đặt catheter mạch máu tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. Thu thập dữ liệu liên quan đến BN: tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, vị trí đặt catheter, số lượng catheter đặt trên mỗi BN, thời gian nằm viện, tình trạng nhiễm khuẩn. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn. **Kết quả:** Có 393 catheter

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

được đặt trên 308 BN, trong đó 44,8% BN có ít nhất một loại nhiễm khuẩn, tỷ lệ BN mắc nhiễm khuẩn liên quan catheter là 10,7%. Tuổi (OR = 1,030; CI 95%: 1,012-1,048; p = 0,001), bệnh mắc kèm đái tháo đường (OR = 1,746; CI 95%: 1,014-3,008; p = 0,045) và catheter đặt tại tĩnh mạch dưới đòn (OR = 2,955; CI 95%: 1,085-8,047; p=0,034) là những yếu tố làm tăng khả năng nhiễm khuẩn. Trong khi đó, điều trị tại khoa Nội thận (OR= 0,327; CI95%: 0,177-0,605; p < 0,001) là yếu tố làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter mạch máu. **Kết luận:** Cần tuân thủ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, nhất là BN cao tuổi, có bệnh đái tháo đường và đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn để làm giảm tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter mạch máu.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH INFECTION IN CATHETERIZED PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL

Introduction: Catheter placement is gradually becoming popular in inpatients. However, the use of catheters may increase the risks of infection. **Objectives:** To determine the factors associated with infection in catheterized patients at Thong Nhat hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in medical records of inpatients aged 18 years or older, implanted with at least one intravascular catheter from January 2018 to December 2021 at Thong Nhat hospital. The data collected including age, gender, comorbidities, site of insertion, number of catheters, length of stay, infections. Multivariate logistic regression was used to identify factors associated with infection. **Results:** Three hundreds and ninety three catheters were inserted into 308 patients, of which 44.8% of patients had at least one infection, 10.7% had catheter-related infection. Age (OR = 1.030; CI 95%: 1.012-1.048; p=0.001), diabetes (OR = 1.746; CI 95%: 1.014-3.008; p = 0.045), and the subclavian vein catheter (OR= 2.955; CI 95%: 1.085-8.047; p=0.034) were the factors associated with higher incidence of infection. Treating at Nephrology department (OR = 0.327; CI 95%: 0.177-0.605; p < 0.001) was protective factor. **Conclusions:** It is need to adhere to infection control methods in catheterized patients, especially elderly, diabetics and patients with subclavian vein catheter, to minimize the risk of infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt catheter là thủ thuật được tiến hành khá thông dụng cho bệnh nhân nằm viện nội trú trong các trường hợp như truyền thuốc, truyền hoá chất, nuôi dưỡng tĩnh mạch, chạy thận nhân tạo... Tuy nhiên, việc đặt catheter có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn cho BN. Trên BN đặt catheter, có thể ghi nhận tình trạng nhiễm khuẩn liên quan đến catheter và tình trạng nhiễm khuẩn khác như viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng da mô mềm...[1]. Nhiễm khuẩn liên

quan đến catheter có thể xảy ra tại vị trí đặt catheter hoặc toàn thân dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, viêm tuỷ xương hay viêm nội tâm mạc [2]. Tại Mỹ, hàng năm ước tính có 150 triệu thiết bị nội mạch được sử dụng trên bệnh nhân nội trú, hơn 200 000 ca nhiễm khuẩn huyết, trong đó có 17 000 ca tử vong do nhiễm khuẩn liên quan đến catheter [2]. Do đó, nghiên cứu này thực hiện để xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn trên bệnh nhân đặt catheter.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.2 Đối tượng nghiên cứu. BN điều trị nội trú được tiến hành đặt catheter mạch máu tại bệnh viện Thống Nhất trong thời gian từ tháng 1/2018 – 12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn. BN đủ 18 tuổi trở lên.

BN điều trị nội trú và được tiến hành đặt catheter mạch máu tại bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn loại trừ. BN trốn viện, chuyển viện trong thời gian điều trị.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn tất cả hồ sơ bệnh án của các BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

- Các tiêu chí khảo sát

Tiến hành thu thập thông tin về:

- Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, độ lọc cầu thận ước tính, thời gian nằm viện, bệnh mắc kèm, khoa điều trị.

- Dữ liệu liên quan đến catheter: vị trí đặt catheter, số lượng catheter đặt trên mỗi BN.

- Loại nhiễm khuẩn:

o Nhiễm khuẩn liên quan đến catheter: nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter và nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter.

+ Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter được chẩn đoán khi kết quả cấy máu ngoại vi và đầu catheter phân lập được cùng một loại vi sinh vật kèm các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân (sốt, ớn lạnh và/ hoặc hạ huyết áp) và không có nguồn lây nhiễm nào khác [3].

+ Nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter:

• Vi khuẩn khu trú catheter (catheter colonization): khi cấy đầu catheter hoặc một phân đoạn catheter có sự phát triển vi sinh ≥ 15 CFU (nuôi cấy bán định lượng) hoặc $\geq 10^3$ CFU (nuôi cấy định lượng) [3].

• Nhiễm khuẩn da tại vị trí thoát ra (exit-site infection): xuất hiện ban đỏ, sưng, chai cứng, đau hoặc chảy mủ trong vòng 2 cm tại vùng da ở

vị trí thoát ra của catheter [3].

o Nhiễm khuẩn khác không liên quan đến catheter: ngoài những trường hợp nhiễm khuẩn kể trên.

2.3 Phương pháp thống kê. Sử dụng thống kê mô tả để trình bày dữ liệu. Sử dụng phương pháp phân tích hồi quy đa biến logistic để tìm ra các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter. Áp dụng phương pháp Backward để loại dần các biến không liên quan đến nhiễm khuẩn. Các biến độc lập được xem là liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4 Vấn đề đạo đức. Mọi thông tin được thu thập từ hồ sơ của BN đều được bảo mật. Đề tài đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất theo quyết định số 29/2021/BVTN-HĐYĐ ngày 01/07/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021, nghiên cứu ghi nhận 393 catheter được đặt trên 308 bệnh nhân. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 308)

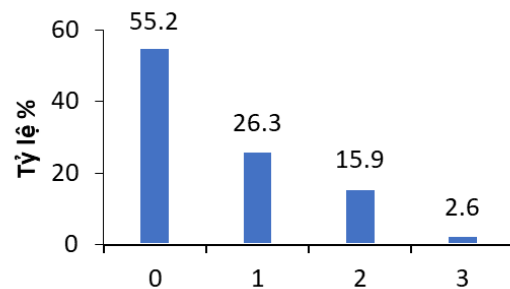
Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần số (%)
Tuổi	Trung vị (tứ phân vị 1- tứ phân vị 3)	65,00(53,25-78,00)
Giới tính	Nam	169(54,9)
	Nữ	139(45,1)
Độ lọc cầu thận ước tính (ml/phút/1,73m ²)	Trung vị (tứ phân vị 1- tứ phân vị 3)	7,35(5,21-12,00)
Số bệnh mắc kèm	Trung vị (tứ phân vị 1- tứ phân vị 3)	4 (3-5)
	0	3 (1,0)
	1	7 (2,3)
	2	21 (6,8)
	3	49 (15,9)
≥ 4	228 (74,0)	
Loại bệnh mắc kèm	Thiếu máu	278(90,3)
	Tăng huyết áp	262(85,1)
	Bệnh thận mạn	259(84,1)
	Đái tháo đường	157(51,0)
	Bệnh tim mạch	155(50,3)
	Khác ^a	160(51,9)
Khoa điều trị	Nội thận	225(73,1)
	Khác ^b	83 (26,9)
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung vị (tứ phân vị 1- tứ phân vị 3)	16,00(10,00-24,00)
Số lượng	Trung vị (tứ phân	1 (1-2)

catheter/ BN	vị 1- tứ phân vị 3)	
	1	214 (69,5)
	2	77 (25,0)
	3	14 (4,5)
4	3 (1,0)	
Vị trí đặt catheter (n = 393)	Tĩnh mạch cảnh	188 (61,0)
	Tĩnh mạch đùi	178 (57,8)
	Tĩnh mạch dưới đòn	27 (8,8)

Chú thích: ^aLoại bệnh mắc kèm khác: Rối loạn lipid máu, xơ gan, trào ngược dạ dày – thực quản, loét dạ dày – tá tràng, xơ gan, gout, viêm gan siêu vi, cường cận giáp, hạ natri máu, tăng kali máu, bệnh viêm phổi tắc nghẽn mãn tính,...

^bKhoa điều trị khác: Phẫu thuật – gây mê hồi sức, Tim mạch cấp cứu – can thiệp, Hồi sức tích cực – chống độc, Nội hô hấp, Nội thần kinh, Ngoại tim mạch lồng ngực, Nội nhiễm, Ung bướu, Ngoại tiết niệu, Nội tiết, Nội cơ xương khớp.

3.2 Tình hình nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter. Nghiên cứu ghi nhận 138/308 (44,8%) BN được chẩn đoán mắc ít nhất một loại nhiễm khuẩn và số lượng nhiễm khuẩn nhiều nhất được chẩn đoán trên BN là 3 (Hình 1). Bảng 2 trình bày chi tiết các loại nhiễm khuẩn bệnh nhân mắc phải.



Hình 1. Số lượng nhiễm khuẩn chẩn đoán trên mỗi bệnh nhân (n = 308)

Bảng 2. Các loại nhiễm khuẩn trên bệnh nhân đặt catheter (n = 308)

Loại nhiễm khuẩn	Tần số (%)
Nhiễm khuẩn liên quan đến catheter	33 (10,7)
Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter	21 (6,8)
Nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter	6 (1,9)
Viêm phúc mạc liên quan đến catheter	8 (2,6)
Nhiễm khuẩn không liên quan đến catheter	134 (43,5)
Viêm phổi	76 (24,7)
Nhiễm khuẩn huyết (đường vào khác)	46 (14,9)

đường catheter)	
Nhiễm khuẩn tiết niệu	26 (8,4)
Viêm phúc mạc (khác, không liên quan đến catheter)	1 (0,3)
Khác ^a	31 (10,1)
Chú thích: ^a Khác: Nhiễm khuẩn da mô mềm, nhiễm khuẩn vết mổ, viêm họng cấp, viêm màng não, nhiễm khuẩn đường mật	

3.1 Khảo sát các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn chung ở bệnh nhân đặt catheter. Sử dụng phương pháp phân tích hồi quy đa biến logistic để tìm ra các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn ở BN đặt catheter. Áp dụng phương pháp Backward để loại dần các biến không liên quan đến nhiễm khuẩn. Các biến độc lập đưa vào phân tích bao gồm: tuổi, giới tính, khoa điều trị, số bệnh kèm, bệnh đái tháo đường, số lượng catheter đặt trên mỗi bệnh nhân, vị trí đặt catheter, thời gian nằm viện trước nhiễm khuẩn. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ nhiễm khuẩn chung (liên quan và không liên quan đến catheter) được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn chung

	OR	Khoảng tin cậy 95% CI		p
		Dưới	Trên	
Tuổi	1,030	1,012	1,048	0,001
Khoa điều trị (Nội thận)	0,327	0,177	0,605	<0,001
Đái tháo đường (Có)	1,746	1,014	3,008	0,045
Catheter đặt tại tĩnh mạch dưới đòn	2,955	1,085	8,047	0,034

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn liên quan đến catheter ở bệnh nhân đặt catheter. Sử dụng phương pháp phân tích hồi quy đa biến logistic để tìm ra các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn liên quan đến catheter. Áp dụng phương pháp Backward để loại dần các biến không liên quan. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ nhiễm khuẩn liên quan đến catheter được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn catheter

	OR	Khoảng tin cậy 95% CI		p
		Dưới	Trên	
Catheter đặt tại tĩnh mạch dưới đòn	5,967	1,810	19,678	0,002

Catheter đặt tại tĩnh mạch cảnh	10,938	3,077	39,309	< 0,001
---------------------------------	--------	-------	--------	---------

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Tuổi trung vị của BN trong nghiên cứu là 65,00 (53,25-78,00) tuổi, tương đồng với các nghiên cứu của Saliba P. và cộng sự (2018) ghi nhận tuổi trung vị của BN là 64,5 (55-75) tuổi [4]. Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) trung vị của BN là 7,35 (5,21-12,00) ml/ph/1,73m², do đa số các bệnh nhân từ khoa Nội thận phải đặt catheter để lọc máu. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Dalrymple LS. và cộng sự (2015) ghi nhận độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) trung bình là 11,1 ± 5,7 ml/ph/1,73m² [5]. Nghiên cứu của Schwanke AA. và cộng sự (2018) ghi nhận nguyên nhân chính BN phải chạy thận nhân tạo là do tổn thương thận cấp (66,7%) và đợt cấp bệnh thận mạn [6].

Trung vị số bệnh mắc kèm của BN trong nghiên cứu là 4 (3 – 5), tỷ lệ BN mắc từ 4 bệnh kèm trở lên chiếm tỷ lệ cao (74%) phù hợp với đặc điểm tuổi trung bình cao của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 85,1% BN mắc tăng huyết áp, 51,0% BN mắc đái tháo đường. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dalrymple LS. và cộng sự (2015) ghi nhận tỷ lệ BN mắc tăng huyết áp là 88% và tỷ lệ BN mắc đái tháo đường cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 60% [5]. Tỷ lệ BN điều trị tại khoa Nội thận là 73,1%, phù hợp với đặc điểm mẫu có bệnh thận mạn đặt catheter lọc máu. Thời gian nằm viện trung vị là 16,00 (10,00-24,00) ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu của Schwanke AA. và cộng sự (2018) ghi nhận là 26,29 ± 25,29 ngày và BN có thời gian nằm viện từ 60 ngày trở lên sẽ tăng nguy cơ nhiễm khuẩn 7,13 lần [6].

Số lượng catheter đặt trên mỗi BN trong nghiên cứu có trung vị là 1 (1 – 2) và phần lớn BN đặt 1 catheter trong suốt thời gian nằm viện (69,5%). Hai vị trí đặt catheter nhiều nhất là tĩnh mạch cảnh (61,0%) và là tĩnh mạch đùi (57,8%). Nghiên cứu của Lorente L. và cộng sự (2005) ghi nhận vị trí đặt catheter nhiều nhất là tĩnh mạch cảnh với tỷ lệ 53,6% (1390 catheter), tiếp đến là tĩnh mạch dưới đòn 35,3% (917 catheter) và tĩnh mạch đùi chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,1% (288 catheter) [3].

Tình hình nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter. Tỷ lệ nhiễm khuẩn ở BN đặt catheter trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,8%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Al-Solaiman Y.

và cộng sự (2011) với tỷ lệ 88% (268/305) [1]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của Al-Solaiman Y. và cộng sự (2011) chọn mẫu là những bệnh nhân có dấu hiệu nghi nhiễm khuẩn catheter và phải sử dụng kháng sinh đường toàn thân [1], trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu là toàn bộ bệnh nhân đặt catheter tại bệnh viện Thống Nhất từ 1/2018 đến tháng 12/2021.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong nhóm BN được chẩn đoán nhiễm khuẩn thì tỷ lệ BN mắc một loại nhiễm khuẩn là cao nhất (26,3%) và số nhiễm khuẩn nhiều nhất trên một BN là 3. Nghiên cứu của Al-Solaiman Y. và cộng sự (2011) ghi nhận BN có một loại nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất (56%) và số nhiễm khuẩn nhiều nhất được chẩn đoán trên bệnh nhân là 7 [1].

Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm khuẩn liên quan đến catheter trong nghiên cứu là 10,7%, trong đó có 6,8% BN mắc nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter và 1,9% BN mắc nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Schwanke AA. và cộng sự (2018) ghi nhận 9,1% BN mắc nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter [6]. Theo kết quả nghiên cứu của Sahli F. và cộng sự (2017), tỷ lệ BN mắc nhiễm khuẩn liên quan đến catheter là 22,4%, trong đó có 7,8% BN mắc nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter và 14,6% BN mắc nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter [7]. Kết quả so sánh khác nhau có thể do cách chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau của mỗi nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ BN mắc các nhiễm khuẩn khác không liên quan đến catheter là 43,5% với tỷ lệ viêm phổi 24,7%, nhiễm khuẩn huyết (đường vào khác đường catheter) 14,9%, nhiễm khuẩn tiết niệu. Nghiên cứu của Al-Solaiman Y. và cộng sự (2011) cho thấy tỷ lệ BN mắc nhiễm khuẩn không liên quan catheter là 12%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, trong đó nhiễm khuẩn da mô mềm và viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất [1].

Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter đó là tuổi cao (OR = 1,030; 95% CI: 1,012-1,048; p = 0,001), bệnh mắc kèm đái tháo đường (OR = 1,746; 95% CI: 1,014-3,008; p = 0,045) và catheter đặt tại tĩnh mạch dưới đòn (OR = 2,955; 95% CI: 1,085-8,047; p = 0,034). Nghiên cứu của Schwanke A.A và cộng sự (2018) cho kết quả bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn (RR = 2,3) [6]. Nghiên cứu của Martin K. và

cộng sự (2020) ghi nhận bệnh mắc kèm đái tháo đường (OR = 2,2; 95%CI: 1,60-9,53; p = 0,045) làm tăng nguy cơ mắc nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter [8].

Việc điều trị tại khoa Nội thận là yếu tố giúp giảm nguy cơ nhiễm khuẩn. Điều này có thể giải thích, khoa Nội thận Bệnh viện Thống Nhất đã đạt được chứng chỉ ISO 9001-2015 về chất lượng, khoa có trung tâm lọc máu chất lượng cao và đang áp dụng các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt trên bệnh nhân chạy thận lọc máu, từ đó góp phần làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn. Do đó, nghiên cứu đề xuất việc mở rộng mô hình kiểm soát nhiễm khuẩn tương tự tại các khoa lâm sàng khác trong bệnh viện, giúp nâng cao hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn trên bệnh nhân.

- Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn catheter ở bệnh nhân đặt catheter

Hai vị trí đặt catheter làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến catheter được chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu là catheter đặt tại tĩnh mạch dưới đòn (OR = 5,967; 95% CI: 1,810-19,678; p = 0,002) và catheter đặt tại tĩnh mạch cảnh (OR = 10,938; 95% CI: 3,077-39,309; p < 0,001). Tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Martin K. và cộng sự (2020) ghi nhận bệnh nhân đặt catheter đường hầm để chạy thận nhân tạo có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết cao hơn khi đặt catheter tại tĩnh mạch cảnh trái (OR = 4,4; 95%CI: 1,65-11,72; p = 0,003) [8]. Nghiên cứu của Lorente L. và cộng sự (2005) ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn tại chỗ đặt catheter và nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tăng khi đặt tại tĩnh mạch cảnh và tĩnh mạch dưới đòn. Trong đó, tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn khi đặt catheter tĩnh mạch cảnh khi so với đặt ở tĩnh mạch dưới đòn [3].

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter mạch máu là tương đối cao tại bệnh viện. Cần tuân thủ các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trên BN đặt catheter, nhất là bệnh nhân cao tuổi, có bệnh kèm đái tháo đường và đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn. Cần nhân rộng mô hình kiểm soát nhiễm khuẩn hiện áp dụng tại khoa Nội thận để làm giảm tình trạng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt catheter mạch máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Solaiman Y., Estrada E., Allon M. (2011) , "The spectrum of infections in catheter-dependent hemodialysis patients", Clinical journal of the American Society of Nephrology, **6** (9), 2247-2252.

2. **Kaur S., Heard SO. (2001)**, "Catheter-Related infection". Surgical Intensive Care Medicine, 2nd ed, Springer Science+Business Media, LLC; 435-449.
3. **Lorente L., Henry C., Martín M. M., Jiménez A., & Mora M. L. (2005)**, "Central venous catheter-related infection in a prospective and observational study of 2,595 catheters", Critical care, **9** (6), R631-R635.
4. **Saliba P., Hornero A., Cuervo G., et al (2018)**, "Mortality risk factors among non-ICU patients with nosocomial vascular catheter-related bloodstream infections: a prospective cohort study", The Journal of hospital infection, **99** (1), 48-54.
5. **Dalrymple LS., Mu Y., Nguyen DV, et al (2015)**, "Risk Factors for Infection-Related Hospitalization in In-Center Hemodialysis" Clinical Journal of the American Society of Nephrology, **10** (12), 2170-2180
6. **Schwanke A. A., Danski M., Pontes, L., Kusma, S. Z., & Lind, J. (2018)**, "Central venous catheter for hemodialysis: incidence of infection and risk factors", Revista brasileira de enfermagem, **71** (3), 1115-1121.
7. **Sahli F., Feidjel R., & Laalaoui R. (2017)**, "Hemodialysis catheter-related infection: rates, risk factors and pathogens", Journal of infection and public health, **10** (4), 403-408.
8. **Martin K., Lorenzo YSP., Leung PYM., et al. (2020)**, "Clinical Outcomes and Risk Factors for Tunneled Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infections", Open Forum Infect Dis, **7** (6), ofaa117.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM PHỨC MẠC KHU TRÚ DO DỊ VẬT KIM LOẠI XUYÊN THÀNH HỒI TRĂNG CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Viết Hậu*, Tăng Tuấn Phong*, Nguyễn Quốc Huy*,
Nguyễn Anh Kiệt*, Nguyễn Khánh Dương*, Đặng Kim Ngân*,
Nguyễn Xuân Vinh*, Nguyễn Quan Như Hảo*

TÓM TẮT

Dị vật đường tiêu hóa không phải là tình trạng hiếm gặp, tuy nhiên theo các y văn tỉ lệ biến chứng thủng chiếm khá nhỏ và biểu hiện lâm sàng khá đa dạng, ít hơn 1% các trường hợp cần phải can thiệp phẫu thuật. Biến chứng thường gặp là thủng đường tiêu hóa, thường xảy ra ở các vị trí hẹp lòng ruột sinh lý hoặc gấp góc như vùng hồi - manh tràng và đại tràng sigma. Chúng tôi xin trình bày một ca lâm sàng người bệnh có tiền sử sử dụng chất kích thích, được đưa vào trại cai nghiện, tại đây người bệnh đã nuốt khoảng 50 cây kẽm gai. Thời gian từ lúc người bệnh nuốt dị vật cho đến khi khởi phát triệu chứng đau bụng khoảng 2 tháng. Người bệnh được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện thấy dị vật xuyên thủng hồi tràng cuối tại 2 vị trí kèm gây viêm ruột phản ứng xung quanh, sau đó người bệnh đã được phẫu thuật cấp cứu lấy dị vật, diễn tiến hậu phẫu sau đó diễn ra khá thuận lợi, người bệnh hồi phục tốt và được xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 6.

Từ khóa: Dị vật đường tiêu hóa, thủng ruột, viêm phúc mạc khu trú.

SUMMARY

LOCALIZED PERITONITIS BY METAL FOREIGN BODIES WHICH PERFORATED THE END PART OF ILEUM AT UNIVERSITY

*Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Hậu

Email: hau.nv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 8.11.2022

MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Ingestion of foreign bodies is not a rare clinical case, although according to medical literature the rate of perforation complication is very low and the clinical manifestation is variety, less than 1% of cases must be operated. The most common complication is gastrointestinal tract perforation, usually happened in the physiologic stenotic parts or angulated parts of alimentary tract such as ilio-cecum and sigmoid colon. We presented a case with a patient has a history of drug abuse, she was admitted to the rehab where she swallowed 50 zinc patterns. The period of time from when she swallowed the zinc patterns to having abdominal pain was 2 months. She was taken to abdominal CT-Scan and we found that the foreign bodies perforate the ilium at two sites with reactive inflammatory bowel, the patient was taken to operation room, the postoperative period was quite favorable, the patient recovered well and was discharged to home on the 6th postoperative day.

Keywords: Foreign bodies in gastrointestinal tract, intestinal perforation, localized peritonitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hóa không phải là tình trạng hiếm gặp, thường gặp nhất là trên trẻ em, người bệnh tâm thần, người bệnh lớn tuổi có sa sút trí tuệ hoặc vô tình nuốt nhầm các khí cụ đeo ở miệng như mắc cài niềng răng, răng giả, nuốt phải xương cá hay tăm xỉa răng...Tuy nhiên, phần lớn các dị vật do nuốt nhầm ít khi gây biến chứng: 75% các dị vật sau khi nuốt sẽ mắc lại tại vùng cơ thắt nhẵn hầu của thực quản và >90% còn lại khi xuống đến dạ dày chúng sẽ đi xuống