

tương tự so với nghiên cứu của tác giả Hà Mạnh Hùng khi điểm SOFA giảm xuống 3,2 ở ngày thứ 4, điểm APACHE II giảm xuống 6,9 ngày thứ 4 [7]. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có LMLT tỷ lệ tử vong là 4,3%, và nhóm không LMLT là 27,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác [4], [6],[7]. Những bệnh nhân tử vong theo nghiên cứu là những bệnh nhân có đáp ứng viêm hệ thống mạnh, CRP nhập viện tăng cao, điểm SOFA, APACHE II diễn biến tăng cao, suy đa cơ quan, dù có lọc máu nhưng đáp ứng vẫn rất kém. Đặc biệt những bệnh nhân có áp lực ổ bụng tăng cao càng làm cho vòng xoắn bệnh lý trở nên nặng nề. Về số ngày điều trị ở nhóm có LMLT thấp hơn so với nhóm không LMLT, 10,5 ngày so với 14,6 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo bảng 5 thì các biến chứng thường gặp trong LMLT là tắc quả lọc, tụt HA, hạ kali máu, rối loạn đông máu [8] đây là các biến chứng có thể gặp trong quá trình lọc máu và đều có cách khắc phục để đảm bảo quá trình lọc máu diễn ra an toàn.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng trong đó có 23 bệnh nhân có LMLT, 22 bệnh nhân không LMLT cho thấy: Biện pháp LMLT giúp ổn định nhanh hơn các chỉ số về mạch, huyết áp, áp lực ổ bụng. LMLT giúp cải thiện chức năng các tạng nhanh hơn thông qua điểm SOFA, APACHE II so với nhóm không LMLT. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp

nặng có LMLT là 4,3% thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không LMLT là 27,3% mẫu nghiên cứu còn thấp, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn giúp đánh giá hiệu quả của biện pháp LMLT trong viêm tụy cấp nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goodchild G, Chouhan M, Johnson GJ et al** (2019). "Practical guide to the management of acute pancreatitis. Frontline Gastroenterology; 10:292-299.
2. **Keskinen, P., Leppaniemi, A., Pettila, V. et al** (2007). "Intra-abdominal pressure in severe acute pancreatitis". World journal of emergency surgery: WJES, 2, 2.
3. **Lin Y, He S, Gong J, et al** (2019). Continuous veno-venous hemofiltration for severe acute pancreatitis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10.
4. **Đào Xuân Cơ, Nguyễn Gia Bình** (2010). "Nhận xét hiệu quả phương pháp lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng". Kỷ yếu hội thảo về lọc máu liên tục toàn quốc, tr. 37 – 44.
5. **Banks PA, Freeman ML** (2007). "Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis". Am J Gastroenterol;101(10):2379-400.
6. **Vũ Đức Định, Nguyễn Gia Bình** (2012). "Nghiên cứu hiệu quả điều trị của liệu pháp lọc máu liên tục trong viêm tụy cấp nặng". Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, tập VII – số 30.
7. **Hà Mạnh Hùng** (2010). "Đánh giá hiệu quả của biện pháp lọc máu tĩnh mạch – tĩnh mạch liên tục trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp nặng". Luận văn thạc sỹ y khoa.
8. **Kovvuru, K, Velez, JC** (2021). "Complications associated with continuous renal replacement therapy". Semin Dial; 34 (6): 489 – 494.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT ĐỒNG NAI

Phạm Thị Lành<sup>1</sup>, Nguyễn Như Hồ<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Khôi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các vi khuẩn gây bệnh, mức độ đề kháng của vi khuẩn và kết quả trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu (NTĐTN) tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 171 hồ sơ bệnh án (HSBA) có chẩn đoán NTĐTN từ 01/01/2020 đến

31/12/2020 được điều trị nội trú tại khoa Ngoại niệu Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) của mẫu nghiên cứu ( $51,7 \pm 17,8$ ) trong đó nữ chiếm tỷ lệ 52%. Trong tổng số mẫu nghiên cứu có 113 trường hợp (TH) 66,1% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh mắc kèm, tăng huyết áp gặp nhiều nhất 18,7%, các yếu tố gây phức tạp NTĐTN (bất thường cấu trúc hệ niệu chiếm tỉ lệ cao nhất 62,6%). Số BN lấy mẫu làm kháng sinh đồ (KSD) chiếm tỉ lệ 57,9%, kết quả mẫu cấy dương tính 48,5%, có 34 TH định danh ra 1 vi khuẩn (VK) và 2 TH định danh ra 2 VK, VK Gram (-) 73,7%, VK định danh ra được chủ yếu là Escherichia coli 39,5%, Proteus mirabilis 7,9%, Klebsiella pneumonia 7,9%, Pseudomonas aeruginosa 7,9%. Kết quả nghiên cứu

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi  
 Email: nnkhoi@ump.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 8.12.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 30.01.2023  
 Ngày duyệt bài: 9.2.2023

cho thấy các VK này có tình trạng đề kháng cao với 1 số kháng sinh (KS): Escherichia coli kháng 100% cefazolin, cefotaxim, cefotetan, cefepim còn các KS khác cũng có tỷ lệ kháng trên 50% ampicillin, ceftriaxon, ceftazidim, ciprofloxacin... Kết quả điều trị BN được chẩn đoán đỡ giảm - xuất viện chiếm đa số.

**Kết luận:** Nguyên nhân chủ yếu gây NTĐTN là do VK Gram (-): Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa.... Các VK này có tình trạng đề kháng cao với một số KS cefazolin, cefotaxim, ampicillin, ceftriaxon... Tình trạng đề kháng KS của VK ngày càng gia tăng nói chung và đặc biệt trong điều trị NTĐTN nói riêng. Chính vì vậy việc cung cấp thường xuyên tình hình đề kháng KS của VK là cần thiết cho các bác sĩ trong điều trị. Kết quả điều trị NTĐTN giảm - xuất viện chiếm tỉ lệ cao 97,1%.

**Từ khóa:** Nhiễm trùng đường tiết niệu, vi khuẩn, kháng sinh.

## SUMMARY

### INVESTIGATING ON ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS AT THONG NHAT GENERAL DONG NAI HOSPITAL

**Introduction:** This study was designed to determine types and resistance rates of pathogens that caused Urinary tract infections (UTIs) and treatment results at Thong Nhat general Dong Nai hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 171 medical records diagnosed with UTIs from January 2020 to December 2020 at Urology Department at Thong Nhat general Dong Nai hospital.

**Results:** The age of the study population was (51.7 ± 17.8), 52% were female, in the total of research samples there are 113 patients (66.1%) with at least 1 comorbidity, the most common comorbidities were hypertension diseases (18.7%), complicating factors for urinary tract infections (urinary structural abnormalities accounted for 62.6%), 57.9% were patients sampled for antibiogram, ratio positive was 48.5%, there are 34 cases identifying 1 bacteria and 2 cases identifying 2 bacteria, strains (73.7%) of gram-negative, of which Escherichia coli 39.5% was the most common bacteria, Proteus mirabilis 7.9%, Klebsiella pneumonia 7.9%, Pseudomonas aeruginosa 7.9%. Research results these bacteria have high resistance antibiotics: Escherichia coli resistant to 100% of cefazolin, cefotaxime, cefotetan and cefepime while other resistant antibiotics also have a resistance rate of over 50% of ampicillin, ceftriaxone, ceftazidim, ciprofloxacin. The results of diagnostic treatment decreased-hospital discharge accounted for the majority. **Conclusion:** The cause of UTIs was mainly due to Gram-negative organisms: Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa... These bacteria have high resistance antibiotics cefazolin, cefotaxime, ampicillin, ceftriaxone. Antibiotic resistance of bacteria is increasing in general and especially in the treatment of UTI in particular. Therefore, the regular provision antibiotic resistance of bacteria is necessary for doctors in treatment. Most of patients were discharged with improvement in symptoms. **Keywords:** Urinary tract infections, bacteria, antibiotic.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NTĐTN là bệnh khá phổ biến ở nước ta hiện nay, là bệnh lý với nhiều biểu hiện lâm sàng đa dạng. NTĐTN bao gồm viêm bàng quang, viêm thận-bể thận, sỏi thận, sỏi niệu quản... [1,2]. NTĐTN là một trong những bệnh nhiễm trùng do VK gây ra, tác nhân chủ yếu là do VK Gram (-): Escherichia coli (43,4%), Klebsiella pneumoniae (18,9%), Pseudomonas aeruginosa (11,3%)...[3]. Tình trạng đề kháng KS của VK ngày càng gia tăng: Escherichia coli kháng >50% với các KS nhóm fluoroquinolon và cephalosporin, kháng >80% với nhóm betalactam...[4] Chính vì vậy để có cơ sở giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc chẩn đoán và điều trị NTĐTN đặc biệt là kê đơn KS cho BN thì việc xác định các tác nhân gây bệnh cũng như mức độ đề kháng KS của VK ở từng cơ sở điều trị là hết sức cần thiết. Trên cơ sở đó đề tài này tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu: *Xác định tỷ lệ các VK gây bệnh, mức độ đề kháng của các VK và kết quả trong điều trị NTĐTN tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của BN.

### Đối tượng nghiên cứu

**Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân NTĐTN điều trị nội trú tại khoa tiết niệu**

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán NTĐTN và được chỉ định điều trị nội trú bằng KS tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai từ ngày 01/01/2020-31/12/2020.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp điều trị và xuất viện trong cùng 1 ngày, BN trốn viện khi chưa có kết quả điều trị, các trường hợp BN xin chuyển viện trong ngày.

**Phương pháp nghiên cứu.** Thu thập thông tin của BN từ HSBA bao gồm các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu như tuổi, nhóm tuổi, giới tính, BMI, bệnh mắc kèm, các yếu tố gây phức tạp NTĐTN, các triệu chứng lâm sàng, phân loại NTĐTN theo VUNA 2020. Ghi nhận một số đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu: tổng số bệnh nhân được lấy mẫu làm xét nghiệm, số chủng VK định danh ra được trên 1 bệnh nhân, kết quả định danh VK, mức độ nhạy của VK với KS. Kết quả điều trị NTĐTN được ghi nhận theo HSBA gồm: điều trị đã giảm - xuất viện, điều trị không thay đổi - xuất viện.

**Phân tích thống kê.** Dữ liệu thu thập được xử lý thống kê với phần mềm SPSS 20.0. Các biến định danh được trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến liên tục có phân phối chuẩn

được trình bày dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định số TB, số TV, tần số và % của các biến.

**Y đức.** Nghiên cứu được thực hiện hồi cứu trên HSBA của BN, không thực hiện bất kỳ can thiệp nào trong quá trình điều trị, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh của BN. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đề tài đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai theo quyết định số 02/HĐĐĐ ngày 17/03/2022.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 171 BN thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu**

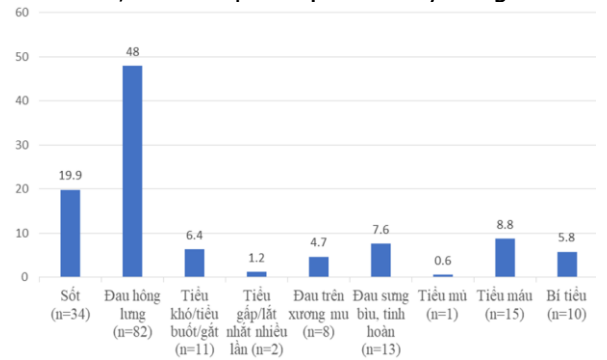
**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=171 BN)**

Biến số		Tần số	Tỷ lệ %
<b>Tuổi (năm):</b>		51,7 ± 17,8	
<b>Nhóm tuổi</b>	≥ 60	58	33,9
	< 60	113	66,1
<b>Giới tính</b>	Nam	82	48
	Nữ	89	52
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>):</b>		22,2 ± 3,5	
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	Nhẹ cân (< 18,5)	22	12,9
	Bình thường (18,5 - 22,9)	74	43,3
	Thừa cân (23 - 24,9)	40	23,4
	Béo phì (≥ 25)	34	19,9
<b>Bệnh mắc kèm</b> (Có ít nhất 1 bệnh mắc kèm) 113 (66,1%)	Tăng huyết áp	32	18,7
	Rối loạn lipid máu	5	2,9
	Đái tháo đường	21	12,3
	Bệnh tiêu hóa	11	6,4
	Bệnh thần kinh	8	4,7
	Bệnh cơ xương khớp	10	5,8
	Bệnh hô hấp	7	4,1
	Bệnh gan	20	11,7
	Bệnh khác	19	11,1
<b>Có yếu tố gây phức tạp NTĐTN</b>	Bất thường cấu trúc hệ niệu	107	62,6
	Bất thường chức năng hệ niệu	44	25,7
	Bệnh giảm đề kháng, rối loạn chuyển hóa	20	11,7
<b>Phân loại NTĐTN theo VUNA 2020</b>	Đơn thuần	18	10,5
	Phức tạp	153	89,5

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy mẫu nghiên cứu có độ tuổi < 60 chiếm 66,1%; 33,9% BN có độ tuổi > 60 trong đó nữ chiếm 52% tổng

số mẫu nghiên cứu. BMI của BN chủ yếu nằm trong giới hạn bình thường 43,3% còn lại 12,9% BN được xếp vào mức nhẹ cân và 23,4% BN bị thừa cân, béo phì chiếm 19,9%. Đa số các trường hợp BN bị NTĐTN có kèm các bệnh lý khác trong đó tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất 18,7%, thấp nhất là các bệnh lí đường hô hấp 4,1%. Các yếu tố gây phức tạp NTĐTN thì BN có bất thường cấu trúc hệ niệu chiếm đa số 62,6 %. 89,5% BN bị NTĐTN phức tạp.

**Các triệu chứng lâm sàng.** Có nhiều triệu chứng lâm sàng hay gặp ở BN NTĐTN trong đó gặp nhiều nhất là đau hông lưng 48% và ít nhất là tiểu mù 0,6%. Kết quả được trình bày trong hình 1.



**Hình 1. Các triệu chứng lâm sàng**

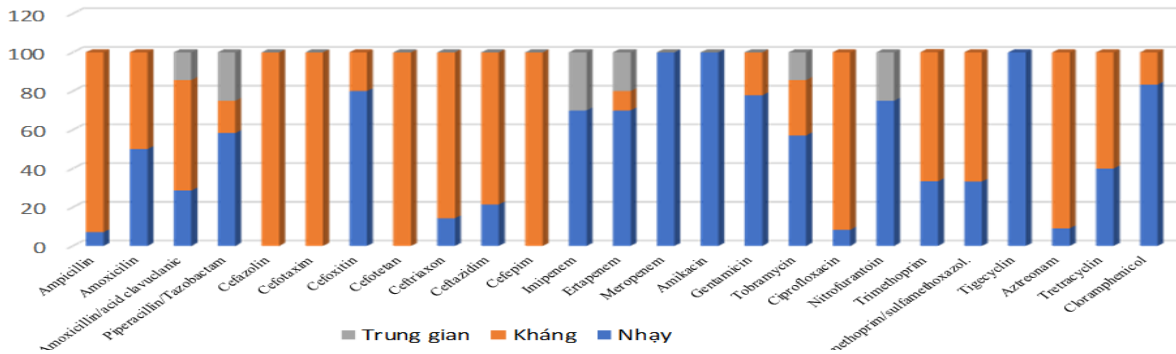
**3.2. Một số đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu.** Tổng cộng có 99 TH (57,9%) mẫu bệnh phẩm được lấy để làm xét nghiệm, KSD. Trong đó có 48 TH (48,5%) mẫu cho kết quả cấy mẫu dương tính. Theo kết quả vi sinh ghi nhận VK định danh ra được chủ yếu là Gram (-) chiếm 73,7% trong đó đứng đầu là Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa... Một số đặc điểm vi sinh được trình bày trong bảng 2:

**Bảng 2. Một số đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu**

Biến số		Tần số	Tỷ lệ (%)
<b>Gram (-)</b>		<b>28</b>	<b>73,7</b>
<b>Gram (-)</b>	Escherichia coli	15	39,5
	Proteus mirabilis	3	7,9
	Klebsiella pneumonia	3	7,9
	Pseudomonas aeruginosa	3	7,9
	Acinetobacter species	1	2,6
	Citrobacter freundii	1	2,6
	Shigella flexneri	1	2,6
	Morganella morganii	1	2,6
<b>Gram (+)</b>		<b>10</b>	<b>26,3</b>
<b>Gram (+)</b>	Enterococcus faecalis	1	2,6
	Enterococcus species	1	2,6
	các	1	2,6

Streptococcus agalactiae	3	7,9
Staphylococcus capitis	1	2,6
Staphylococcus coagulase	1	2,6
Staphylococcus saprophyticus	1	2,6
Staphylococcus haemolyticus	1	2,6
<b>Tổng cộng</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**3.3. Đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong NTĐTN**  
**Tình hình kháng thuốc của Escherichia**

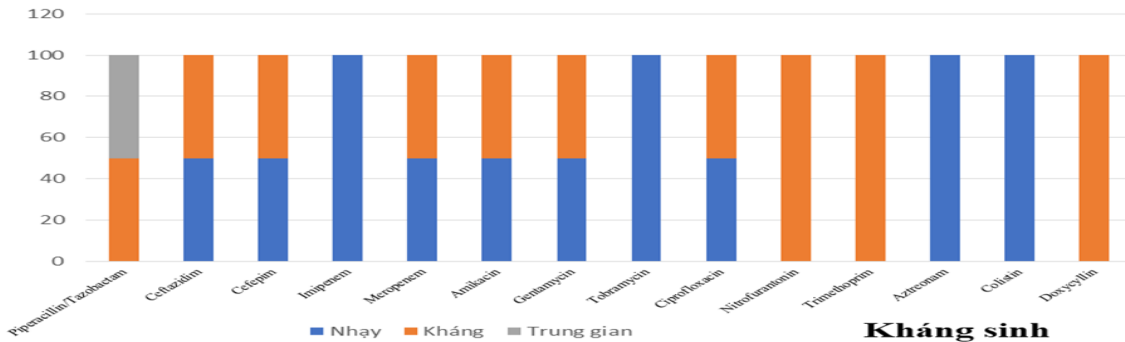


**Hình 2. Tỷ lệ nhạy, kháng kháng sinh, trung gian của Escherichia coli**

**Tình hình kháng thuốc của Pseudomonas aeruginosa.** Trong số BN có làm KSD có 3 trường hợp nhiễm Pseudomonas aeruginosa. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đề kháng của Pseudomonas aeruginosa cao với 1 số KS nitrofurantoin, trimethoprim, doxycyclin, tỷ lệ

**coli.** Trong số BN có làm KSD có 15 trường hợp nhiễm Escherichia coli. E. coli còn nhạy với piperacillin/tazobactam, imipenem, cefoxitin, ertapenem, meropenem, amikacin, nirtofurantoin, tigecyclin và cloramphenicol cao trên 50%, tỷ lệ kháng 100% cefazolin, cefotaxim, cefotetan, cefepim còn các kháng sinh khác cũng có tỷ lệ kháng trên 50% ampicillin, amoxicillin/acid clavunanic, ceftriaxon, ceftazidim, ciprofloxacin... Kết quả được thể hiện trong hình 2:

nhạy, kháng tương đồng nhau với 1 số KS ceftazidim, cefepim, meropenem, amikacin, gentamycin, ciprofloxacin, còn nhạy 100% với tobramycin, aztreonam, colistin. Kết quả được trình bày dưới hình 3:



**Hình 3. Tỷ lệ nhạy, kháng kháng sinh, trung gian của Pseudomonas aeruginosa**

**3.4. Kết quả điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu.** Kết quả điều trị ghi nhận từ HSBA có 97,1% BN điều trị đã giảm – xuất viện và 2,9% BN điều trị không thay đổi nhưng vẫn xuất viện.

**IV. BÀN LUẬN**

**Một số đặc điểm nền của bệnh nhân.** Tuổi TB của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,7 ± 17,8 trong đó nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 33,9%, nhóm < 60 tuổi 66,1% cao hơn nhiều so với số BN ≥ 60 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với

nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Nhung và cộng sự (2021) có tuổi TB của BN là 61,64 ± 17,15% với trên 60% BN > 60 tuổi, Vũ Thị Thúy An và cộng sự (2019) có tuổi TB của mẫu nghiên cứu là 59,7 ± 19% [4,5]. Nhìn chung mẫu nghiên cứu có độ tuổi TB thấp hơn các nghiên cứu khác điều này là yếu tố thuận lợi cho các bác sỹ lâm sàng trong việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh kinh nghiệm (KSKN) cho BN.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số trường hợp BN nữ bị NTĐTN chiếm 52% nhiều hơn

nam. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Keith S. Kaye và cộng sự (2016) cũng có tỷ lệ BN nữ chiếm 66,5% [6]. Trong NTĐTN tỷ lệ nữ cao hơn nam điều này có thể là vì nữ có cấu trúc giải phẫu niệu đạo ngắn đây cũng là 1 trong các yếu tố thuận lợi để VK có thể xâm nhập theo đường ngược dòng và gây bệnh. BMI là thông số có ý nghĩa quan trọng trong việc điều chỉnh liều lượng thuốc cho BN đặc biệt là KS. Nghiên cứu ghi nhận đa số BN có BMI TB  $22,2 \pm 3,5$ . Kết quả này giống với nghiên cứu của Keith S Kaye và cộng sự (2017) cũng có BMI TB  $25,75 \pm 5,26$  [6] trong đó số bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường chiếm 43,3%. BN trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn có BMI trong giới hạn bình thường, là yếu tố thuận lợi cho các bác sĩ lâm sàng lựa chọn các KS phù hợp mà không cần điều chỉnh liều của phần lớn các KS. Nghiên cứu có tỷ lệ bệnh mắc kèm khá cao với 66,1% BN bị NTĐTN có ít nhất 1 bệnh mắc kèm. Có 62,6% bệnh nhân bị bất thường cấu trúc hệ niệu, kết quả này thấp hơn kết quả của Phạm Thế Anh là 68,89% [7]. Có sự khác biệt như vậy là do trong nghiên cứu của tác giả bệnh nhân lớn tuổi hơn và cỡ mẫu lớn hơn so với nghiên cứu này.

Các triệu chứng lâm sàng khá điển hình của NTĐTN trong đó được ghi nhận thường gặp nhất là đau hông lưng với tỷ lệ cao nhất là 48%, sốt 19,9%, tiểu máu 8,8%, đau sưng bìu, tinh hoàn 7,6%, tiểu khó, tiểu buốt, tiểu gắt 6,4%, bí tiểu 5,8%, đau trên xương mu 4,7%... Phân loại NTĐTN theo VUNA 2020 có 10,5% BN được phân loại là NTĐTN đơn thuần thấp hơn so với kết quả của Vũ Thị Thúy An và cộng sự (2020) có 15,1 % BN bị NTĐTN đơn thuần [5] và 89,5% BN bị NTĐTN phức tạp. Đa số các BN trong nghiên cứu của chúng tôi bị NTĐTN phức tạp, đây cũng là một vấn đề đáng chú ý của các bác sĩ lâm sàng khi điều trị khởi đầu cho BN bằng KSKN.

**Một số đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 57,9 % BN được làm KSD còn lại các trường hợp khác BN với những triệu chứng điển hình của NTĐTN được các bác sĩ lâm sàng điều trị KSKN. Trong số BN được làm KSD có 48,5% cho kết quả dương tính kết quả này cao hơn kết quả của Lê Đình Khánh và cộng sự (2018) có số mẫu cho kết quả dương tính là 45,5 % [8]. Tỷ lệ mẫu định danh ra được VK thấp như vậy có thể là do kỹ thuật lấy mẫu sai, bảo quản mẫu không đúng hoặc BN đã được sử dụng KS trước khi lấy mẫu. Trong các mẫu cấy dương tính đa số cho kết quả định danh ra được 1 loại VK chiếm tỷ lệ 94,4% và 5,6% BN định danh ra 2 VK. Theo kết quả định

danh trong nghiên cứu này Gram (-) chiếm 73,7% kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Thúy Yên Hà và cộng sự (2021) có 81,1% là VK Gram (-). Trong đó Escherichia coli chiếm 39,5% kết quả này cũng thấp hơn kết quả của Phạm Thúy Yên Hà và cộng sự (2021) có tỷ lệ Escherichia coli là 43.4% [3]. Ngoài ra kết quả nghiên cứu còn ghi nhận các tác nhân điển hình gây NTĐTN như sau: Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa...

#### **Đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong NTĐTN.**

Theo kết quả nghiên cứu ghi nhận Escherichia coli còn nhạy với piperacillin/ tazobactam, imipenem, ertapenem, meropenem, amikacin, nitrofurantoin, tigecyclin và cloramphenicol trên 50% kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhung và cộng sự (2021) [4], tỷ lệ kháng 100% cefazolin, cefotetan còn các KS khác cũng có tỷ lệ kháng trên 50% ampicillin, amoxicillin/acid clavunanic, amoxicillin, cefoxitin, ceftriaxon, ceftazidim, cefepim... Pseudomonas aeruginosa cao với 1 số KS nitrofurantoin, trimethoprim, doxycyclin, tỷ lệ nhạy, kháng tương đồng với 1 số KS ceftazidim, cefepim, meropenem, amikacin, gentamycin, ciprofloxacin còn nhạy 100% với tobramycin, aztreonam, colistin... Theo khảo sát từ HSBA kết quả điều trị có 97,1% BN được chẩn đoán giảm-xuất viện và 2,9% BN có kết quả điều trị không thay đổi nhưng vẫn xuất viện là do BN xin về không đồng ý tiếp tục được điều trị tại bệnh viện mặc dù đã được nghe các bác sĩ điều trị giải thích rõ tình trạng của mình.

#### **V. KẾT LUẬN**

Trong NTĐTN chủ yếu là NTĐTN phức tạp chiếm 89,5% với các triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau hông lưng 48%, sốt 19,9%, trong tổng số mẫu nghiên cứu có 57,9% BN được làm xét nghiệm, trong số mẫu được làm xét nghiệm có 48% mẫu cho kết quả dương tính. Kết quả định danh ghi nhận chủ yếu là vi khuẩn Gram (-) chiếm 73,7%: Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginosa... Trong đó Escherichia coli chiếm tỷ lệ cao nhất 38,9%. Escherichia coli còn nhạy với piperacillin/ tazobactam, imipenem, ertapenem, meropenem, amikacin, nitrofurantoin, tigecyclin và cloramphenicol trên 50%, kháng 100% cefazolin, cefotetan... Việc thường xuyên cung cấp tình trạng đề kháng KS của VK cho các bác sĩ trong điều trị NTĐTN là hết sức quan trọng vì tình trạng đề kháng của các VK ở mỗi địa

phương khác nhau đáng kể. Kết quả điều trị có 97,1% BN được chẩn đoán giảm-xuất viện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết Niệu – Thận Học Việt Nam** (VUNA 2020), "Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam 2020", NXB Y học, Hà Nội.
2. **Ramakrishnan K., Scheid D. C.** (2005), "Diagnosis and management of acute pyelonephritis in adults", *Am Fam Physician*. 71 (5), 933-942.
3. **Phạm Thuý Yên Hà, Chung Khả Hân, Đặng Nguyễn Đoàn Trang.** (2022), "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại khoa Tiết Niệu Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 517 (1), 132-138.
4. **Nguyễn Thị Nhung, Lưu Thị Bình** (2021), "Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp điều trị tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 508 (2), 1-6.
5. **Vũ Thị Thuý An, Nguyễn Thanh Hải, Bùi Thị Hương Quỳnh và cs.** (2022), "Đánh giá hiệu quả của công tác dược lâm sàng và chương trình quản lý sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm trùng đường tiết niệu tại Bệnh viện Thống Nhất", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 511 (1), 92-96.
6. **Kaye K. S., Bhowmick T., Metallidis S. et al.** (2018), "Effect of Meropenem-Vaborbactam vs Piperacillin-Tazobactam on Clinical Cure or Improvement and Microbial Eradication in Complicated Urinary Tract Infection: The TANGO I Randomized Clinical Trial", *Jama*. 319 (8), 788-799.
7. **Phạm Thế Anh, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Ngô Xuân Thái,** (2019), "Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ban đầu tại phòng khám tiết niệu Bệnh viện Bình Dân", *Y học TP. Hồ Chí Minh. Phụ Bản Tập 23 (Số 3)*, 96-101.
8. **Lê Đình Khánh, Lê Đình Đạm, Hồ Thị Ngọc Sương và cs.** (2018), "Tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu tại khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế". *Tập 8 (03)*, 100-108.

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG BỘ KÍT TEST ORAQUICK HIV QUA ỨNG DỤNG WEBSITE VÀ KẾT NỐI ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG HIV

Văn Đình Hòa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thuý Vân<sup>2</sup>, Phạm Quang Lộc<sup>1</sup>,  
Bùi Hồng Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hương Giang<sup>1</sup>, Lê Vĩnh Giang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả thực trạng sử dụng bộ kit test OraQuick HIV qua ứng dụng website và kết nối dịch vụ điều trị, dự phòng HIV. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 838 đối tượng sử dụng dịch vụ, đang sinh sống tại Hà Nội khi đăng ký nhận bộ kit test HIV qua website. Kết quả cho thấy, phần lớn đối tượng sử dụng ở độ tuổi 21–30 (70,4%), đa số đối tượng là nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (89,4%). Hơn 1/3 đối tượng chưa từng xét nghiệm HIV, chỉ có 8,6% đối tượng sử dụng dịch vụ dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng PrEP. Trong 838 đối tượng đăng ký đặt bộ kit test OraQuick, có 84,1% đối tượng đã xác nhận sử dụng, 66% đối tượng phản hồi kết quả xét nghiệm. Dịch vụ đã phát hiện 5,4% đối tượng tham gia có nhiễm HIV, 84% số này được làm kháng định và 76% đối tượng nhiễm HIV đã tham gia điều trị ARV. Trong số không bị nhiễm HIV, 14,3% đối tượng đã đăng ký sử dụng dịch vụ dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng PrEP.

**Từ khóa:** Kit test tự xét nghiệm HIV, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm bằng PrEP

### SUMMARY

#### THE STATUS OF USING THE ORAQUICK HIV TEST KITS THROUGH THE WEBSITE AND SERVICE-LINK FOR HIV TREATMENT AND PREVENTION

The objective of the study is to describe the situation of using the OraQuick HIV test kit through the website and connecting HIV treatment and preventive services. The cross-sectional descriptive study on 838 service users, who are living in Hanoi at the time of registering to receive HIV test kits through the website. The results showed that the majority of users were between the ages of 21 - 30 (70.4%), and most of them were men who had sex with men (89.4%). More than one-third of the subjects had never been tested for HIV, and only 8.6% of the subjects used PrEP for pre-exposure prophylaxis. 84.1% of subjects who received test kits, and 66% of subjects responded to test results. The service found 5.4% of participants to have HIV infection, 84% of which were confirmed and 76% of them were treated HIV. 14.3% of subjects who have negative results of HIV were enrolled in PrEP for HIV pre-exposure prophylaxis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỳ thị, phân biệt đối xử, thiếu sự riêng tư và thời gian chờ đợi lâu là những nguyên nhân giải thích lý do tại sao gần 1/2 những người nhiễm HIV không tiếp cận xét nghiệm tại cơ sở Y tế<sup>1</sup>. Tự xét nghiệm HIV đã được Tổ chức Y tế Thế

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Tổ chức Y tế Thế giới

Chịu trách nhiệm chính: Văn Đình Hòa

Email: vandinhhoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.01.2023

Ngày duyệt bài: 3.2.2023