

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*

**NGUYỄN ĐỨC HUỆ**

**THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
TẠI CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP  
TUYẾN QUẬN, HUYỆN CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2017**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*-----

**NGUYỄN ĐỨC HUỆ**

**THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
TẠI CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP  
TUYẾN QUẬN, HUYỆN CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP**

**Chuyên ngành: Vệ sinh Xã hội học - Tổ chức Y tế**

**Mã số: 62 72 01 64**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**1. PGS.TS. Phan Trọng Lân**

**2. TS. Trịnh Xuân Tùng**

**HÀ NỘI – 2017**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình của tác giả nào khác.

*Hà Nội, ngày tháng năm 2017*

Tác giả

Nguyễn Đức Huệ

## LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn chân thành và sâu sắc nhất tới PGS.TS Phan Trọng Lâm, TS Trịnh Xuân Tùng, những người Thầy đã nhiệt tình chỉ bảo, hướng dẫn, động viên tôi trong suốt thời gian nghiên cứu và viết luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Quý Thầy, Cô tại Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Phòng Quản lý sau Đại học của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương luôn giúp đỡ nhiệt tình và tạo mọi điều kiện để tôi học tập, nghiên cứu và hoàn thành tốt kết quả học tập.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám Đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương – TP.HCM, Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn đã luôn giúp đỡ và động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề tài nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Lãnh đạo Sở Y tế - TP.HCM, Ban Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt – TP.HCM, Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn, Phòng Chỉ đạo tuyến đã tạo điều kiện, giúp đỡ, động viên để tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Quận 7, Quận Bình Thạnh, Quận Tân Phú và lãnh đạo khoa RHM, khoa KSNK của 24 quận huyện tại TP.HCM đã chấp thuận, luôn giúp đỡ, động viên và tạo mọi điều kiện thuận lợi để tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

Cuối cùng tôi xin chân thành cảm ơn bạn bè, đồng nghiệp và người thân trong gia đình đã luôn động viên, giúp đỡ tôi về mọi mặt trong suốt quá trình học tập và công tác.

Nguyễn Đức Huệ

## MỤC LỤC

Danh mục từ viết tắt	
Danh mục thuật ngữ anh–việt	
Danh mục hình	
Danh mục sơ đồ	
Danh mục biểu đồ	
Danh mục bảng	
Danh mục hộp phỏng vấn	
Đặt vấn đề	1
<b>Chương 1. Tổng quan tài liệu</b>	<b>3</b>
1.1. Một số khái niệm về kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt ....3	
1.1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ.....3	3
1.1.2. Những nguy cơ lây nhiễm trong điều trị răng hàm mặt .....4	4
1.1.3. Một số phương thức lây truyền trong điều trị răng hàm mặt. ....7	7
1.1.4. Vai trò của kiểm soát nhiễm khuẩn và chất lượng bệnh viện. ....9	9
1.2. Các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt ..... 10	
1.2.1. Lịch sử hình thành phát triển công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. ....10	10
1.2.2. Những hướng dẫn về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn.....15	15
1.2.3. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị .....20	20
1.2.4. Đánh giá vi sinh không khí, dụng cụ, tay nhân viên y tế .....21	21
1.2.5. Đánh giá vi sinh nguồn nước sử dụng trong nha khoa .....22	22
1.3. Hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt..... 23	
1.3.1. Một số nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn trên thế giới .....23	23
1.3.2. Hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam .....26	26
1.3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn .....29	29
<b>Chương 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu</b>	<b>32</b>
2.1. Đối tượng nghiên cứu ..... 32	32
2.2. Địa điểm nghiên cứu ..... 32	32
2.3. Thời gian nghiên cứu ..... 32	32

2.4. Phương pháp nghiên cứu .....	32
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu .....	32
2.4.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.....	34
2.4.3. Nghiên cứu can thiệp.....	49
2.5. Khống chế sai số.....	54
2.5.1. Kiểm soát sai lệch thông tin .....	54
2.5.2. Sai lệch chọn lựa .....	54
2.6. Xử lý số liệu.....	54
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....	55
2.8. Hạn chế của đề tài .....	56
<b>Chương 3 Kết quả nghiên cứu</b> .....	<b>57</b>
3.1. Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyên quận, huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2015.....	57
3.1.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.....	57
3.1.2. Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt .....	60
3.1.3. Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế.....	62
3.1.4. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế .....	66
3.1.5. Thực trạng về chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ và xét nghiệm vi sinh .....	70
3.1.6. Đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt .....	71
3.1.7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn .....	74
3.2. Hiệu quả can thiệp kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số cơ sở răng hàm mặt công lập tuyên quận, huyện của thành phố hồ chí minh, năm 2016 – 2017.....	76
3.2.1. Đánh giá về công tác tổ chức, cơ sở vật chất và điều kiện thực hành.....	76
3.2.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp kiến thức của nhân viên y tế về KSNK .....	80
3.2.3. Đánh giá hiệu quả thay đổi về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn.....	83
3.2.4. Đánh giá của nhân viên y tế về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.....	88
3.2.5. Đánh giá của người bệnh về thực hành KSNK của NVYT .....	91
<b>Chương 4 Bàn luận</b> .....	<b>93</b>
4.1. Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyên quận, huyện, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2015.....	93

4.1.1. Thực trạng nguồn lực liên quan thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện, thành phố Hồ Chí Minh.....	93
4.1.2. Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện, thành phố Hồ Chí Minh.....	95
4.1.3. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt.....	98
4.1.4. Thực trạng về các kết quả xét nghiệm vi sinh.....	108
4.1.5. Đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt .....	109
4.1.6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn .....	110
4.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện thành phố Hồ Chí Minh.....	113
4.2.1. Đánh giá công tác tổ chức, quản lý về kiểm soát nhiễm khuẩn .....	113
4.2.2. Đánh giá hiệu quả thay đổi kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn.....	114
4.2.3. Đánh giá hiệu quả thay đổi về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn.....	117
4.2.4. Đánh giá của nhân viên y tế và người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn .....	123
4.3. Một số đóng góp và hạn chế của đề tài .....	124
4.3.1. Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài.....	124
4.3.2. Một số điểm hạn chế của đề tài nghiên cứu .....	125
4.3.3. Một số khó khăn khi thực hiện đề tài nghiên cứu .....	126
4.3.4. Một số đề xuất giúp duy trì các nội dung sau can thiệp .....	126
Kết luận	128
Kiến nghị	130
Danh mục công trình đã công bố	
Tài liệu tham khảo	
Phụ lục	

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ADA	The American Dental Association
AHA	The American Hospital Association
APSIC	Asia Pacific of Society for Infection Control
BS	Bác sĩ
BV	Bệnh viện
DC	Dụng cụ
CDC	The Center for Disease Control and Prevention
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
HQCT	Hiệu quả can thiệp
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HICPAC	Hospital Infection Control Practices Advisory Committee
HIV	Human Immunodeficiency Virus
H1N1	Hemagglutinin 1 - Neuraminidase 1
H5N1	Hemagglutinin 5 - Neuraminidase 1
KK	Khử khuẩn
KSNK	Kiểm soát nhiễm khuẩn
NKBV	Nhiễm khuẩn bệnh viện
NVYT	Nhân viên y tế
OSHA	The Occupational Safety and Health Administration
OSAP	The Organization for Safety and Asepsis Procedures
RHM	Răng hàm mặt
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrom
SL	Số lượng
TK	Tiệt khuẩn



## DANH MỤC THUẬT NGỮ ANH-VIỆT

Tên tiếng Anh	Tên tiếng Việt
Acquired Immuno Deficiency Syndrome	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
American Dental Association	Hiệp hội nha khoa của Hoa Kỳ
American Hospital Association	Hiệp hội bệnh viện của Hoa Kỳ
AsiaPacific of Society for Infection Control	Hội kiểm soát nhiễm khuẩn khu vực Châu Á - Thái Bình Dương
Autoclave	Lò hấp hơi nước bảo hòa
Center for Diseases Control and Prevention	Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh
Critical Items	Vật dụng thiết yếu
Decontamination	Khử nhiễm
Disinfection	Khử khuẩn
Hepatitis B virus	Virút viêm gan B
Hepatitis C virus	Virút viêm gan C
Hemagglutinin 1 - Neuraminidase 1	Cúm H1N1
Hemagglutinin 5 - Neuraminidase 1	Cúm H5N1
High level disinfection	Khử khuẩn mức độ cao
Human immunodeficiency virus	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
Infection control in dentistry	Kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt
Intermediate-level disinfection	Khử khuẩn mức độ trung bình
Low level disinfection	Khử khuẩn mức độ thấp
Semi critical items	Vật dụng bán thiết yếu
Sterile	Vô khuẩn
Sterilization	Tiệt khuẩn
Standard precautions	Phòng ngừa chuẩn
Universal precautions	Phòng ngừa phổ thông
Non critical items	Vật dụng không thiết yếu

**DANH MỤC HÌNH**

<b>Hình</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
1.1.	Môi trường dễ lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với máu và dụng cụ. ....	7
1.2.	Minh họa những nơi dễ vấy bẩn trên ghế nha khoa. ....	8
1.3.	Minh họa đường lây truyền qua không khí.....	9
1.4.	Minh họa một số thao tác vệ sinh tay.....	16
1.5.	Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân của nhân viên y tế. ....	17
1.6.	Minh họa tấm che mặt sử dụng trong nha khoa.....	17
1.7.	Minh họa khẩu trang bị dính máu khi điều trị nha khoa.....	18
1.8.	Minh họa găng tay bị dính máu khi điều trị nha khoa.....	18
1.9.	Minh họa sự vấy nhiễm máu, không khí khi điều trị nha khoa.....	21
1.10.	Minh họa cách lấy mẫu đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa.....	22
1.11.	Minh họa cách lấy mẫu đánh giá vi sinh nước của tay khoan nha khoa.....	23

**DANH MỤC SƠ ĐỒ**

<b>Sơ đồ</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
1.1.	Các yếu tố thuận lợi cho sự truyền nhiễm.....	5
1.2.	Mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng bệnh viện.....	10
1.3.	Quy trình xử lý dụng cụ tại các khoa lâm sàng.....	19
1.4.	Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. ....	31
2.1.	Thiết kế nghiên cứu cắt ngang và dịch tễ học can thiệp.....	33
2.2.	Tóm tắt nội dung nghiên cứu cắt ngang mô tả.....	34

**DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

<b>Biểu đồ</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
3.1.	Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế.....	58
3.2.	Thời gian công tác của đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế.....	58
3.3.	Tỷ lệ nhân viên y tế bị kim đâm, dao cắt và chủng ngừa viêm gan B.....	69

## DANH MỤC BẢNG

<b>Bảng</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
3.1.	Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu và nội dung khảo sát.....	57
3.2.	Đặc điểm dân số, xã hội của người bệnh .....	59
3.3.	Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn về điều kiện làm việc và vệ sinh tay tại cơ sở răng hàm mặt.....	60
3.4.	Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn về khử khuẩn, tiệt khuẩn và xử lý chất thải tại cơ sở răng hàm mặt .....	61
3.5.	Nhu cầu tập huấn và mức độ tiếp nhận thông tin kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế .....	62
3.6.	Nhu cầu, mức độ tiếp nhận thông tin kiểm soát nhiễm khuẩn của NVYT .....	63
3.7.	Đánh giá của nhân viên y tế về tầm quan trọng của công tác KSNK .....	63
3.8.	Kiến thức đúng của NVYT về kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành RHM ....	64
3.9.	Kiến thức đúng của NVYT về xử lý máy ghế nha khoa bằng dung dịch khử khuẩn .....	65
3.10.	Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trước và trong khi điều trị của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt.....	66
3.11.	Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn sau khi điều trị của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt .....	67
3.12.	Kết quả đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa học, chỉ thị sinh học .....	69
3.13.	Tỷ lệ nhiễm khuẩn dụng cụ, găng khám và bàn tay nhân viên y tế.....	70
3.14.	Kết quả định danh vi khuẩn trên các loại dụng cụ nha khoa.....	70
3.15.	Tỷ lệ nhiễm khuẩn của môi trường không khí, nguồn nước sử dụng và mẫu phết họng của người bệnh phát hiện có vi khuẩn .....	71
3.16.	Đánh giá người bệnh về phương tiện bảo vệ của nhân viên y tế.....	71
3.17.	Đánh giá của người bệnh về thực hành KSNK của nhân viên y tế .....	72
3.18.	Lý do chọn cơ sở răng hàm mặt để điều trị của người bệnh .....	73
3.19.	Một số đề xuất của người bệnh về các biện pháp dự phòng lây nhiễm khi điều trị nha khoa.....	73

3.20. Nhận xét của nhân viên y tế về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập.....	74
3.21. Số lượng nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt nhóm can thiệp và chứng.....	76
3.22. Đặc điểm của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt ở 2 nhóm.....	77
3.23. Hiệu quả can thiệp về cơ sở vật chất và điều kiện thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại nhóm can thiệp.....	78
3.24. Hiệu quả can thiệp về công tác quản lý, tập huấn và số lần giám sát.....	79
3.25. So sánh kiến thức của nhân viên y tế đối với các nguy cơ lây nhiễm trước và sau can thiệp.....	80
3.26. So sánh kiến thức của nhân viên y tế đối với quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trước và sau can thiệp.....	80
3.27. So sánh kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp dự phòng lây nhiễm trước và sau can thiệp.....	81
3.28. So sánh kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp xử lý môi trường và chất thải y tế trước sau can thiệp.....	82
3.29. So sánh kiến thức của nhân viên y tế về các vị trí cần xử lý và khử khuẩn sau điều trị trước sau can thiệp.....	82
3.30. Hiệu quả can thiệp về thực hành vệ sinh tay của nhân viên y tế.....	83
3.31. Hiệu quả can thiệp thực hành sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân.....	84
3.32. Hiệu quả can thiệp về thực hành sử dụng các vật liệu nha khoa.....	84
3.33. Hiệu quả can thiệp về thực hành khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ.....	85
3.34. Hiệu quả can thiệp thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn tay khoan nha khoa.....	86
3.35. Hiệu quả can thiệp về thực hành tiêm an toàn.....	86
3.36. Hiệu quả can thiệp về việc có nhân viên hỗ trợ khi điều trị nha khoa.....	87
3.37. Hiệu quả can thiệp về thực hành phân loại rác thải y tế.....	87
3.38. Hiệu quả can thiệp về đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ.....	88
3.39. Đánh giá của nhân viên y tế về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK.....	88
3.40. Nhận xét của người bệnh về phương tiện phòng hộ cá nhân của NVYT.....	91
3.41. Nhận xét của người bệnh về công tác vệ sinh tại các cơ sở răng hàm mặt.....	92

## DANH MỤC HỘP PHÒNG VẤN

<b>Hộp</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
3.1.	Phòng vấn thạc sĩ điều dưỡng phụ trách công tác KSNK của Sở Y tế TP HCM về nguy cơ lây nhiễm trong thực hành nha khoa: .....	66
3.2.	Phòng vấn cán bộ quản lý về công tác KSNK tại Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh ....	67
3.3.	Phòng vấn bác sĩ trưởng khoa KSNK của Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành Phố Hồ Chí Minh về biện pháp xử lý và tiệt khuẩn tay khoan nha khoa.....	68
3.4.	Thảo luận nhóm bác sĩ điều trị tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện về vấn đề thiếu điều dưỡng và trợ thủ nha khoa .....	68
3.5.	Phòng vấn Phó Giám đốc bệnh viện công lập tuyến quận tại TP Hồ Chí Minh về vấn đề thiếu điều dưỡng nha khoa.....	74
3.6.	Thảo luận nhóm bác sĩ chuyên khoa RHM tại các cơ sở RHM tại TP HCM về tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM, bác sĩ đề nghị: .....	75
3.7.	Phòng vấn Giám đốc bệnh viện về giá viện phí trong điều trị nha khoa: .....	75
4.1.	Thào luận về tính duy trì của đề tài, bác sĩ răng hàm mặt cho biết:	126

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, điều trị bệnh nhân và là một phần thiết yếu trong việc nâng cao chất lượng điều trị tại các cơ sở y tế [8],[11],[12],[22]. Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn không phải là vấn đề riêng của một bệnh viện hay của một quốc gia mà là vấn đề toàn cầu [74].

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn đã được thực hiện trong những năm vừa qua. Kết quả một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao nhân viên y tế có nhận thức tốt về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong nha khoa nhằm phòng chống sự lây nhiễm trong quá trình điều trị. Tuy nhiên nhiều bác sĩ nha khoa có thái độ kì thị hoặc lo lắng khi điều trị cho các bệnh nhân mắc các bệnh xã hội [111], [105]. Về thực hiện giám sát quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn, nhiều cơ sở điều trị chưa giám sát quy trình tiệt khuẩn dụng cụ hoặc sử dụng chỉ thị hóa học, sinh học để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ, tỷ lệ nhân viên y tế tuân thủ đúng quy trình chưa cao và tỷ lệ xảy ra các sai sót, sự cố tai nạn lao động như bị kim đâm phải, bị dao cắt ... là cao [88]. Như vậy, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong nha khoa hiện nay chưa tốt và còn nhiều khó khăn cần giải quyết.

Tại Việt Nam, năm 2005, khảo sát của Bộ Y tế cho thấy công tác kiểm soát nhiễm khuẩn còn nhiều tồn tại, tình trạng nhiễm khuẩn và nguy cơ lây nhiễm trong bệnh viện cao với 5,8%. Một số bệnh lây nhiễm, đặc biệt là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS), viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C và nhiều bệnh lây nhiễm khác chưa được giám sát chặt chẽ ở các cơ sở y tế. Chi phí cho điều trị nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện cao gấp hai đến ba lần so với điều trị không bị nhiễm khuẩn [15],[12]. Theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2016, nhân lực kiểm soát nhiễm khuẩn còn thiếu và yếu; 49,1% nhân viên mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn; 46,4% nhân viên bộ phận khử khuẩn, tiệt khuẩn chưa được đào tạo về chuyên môn. Cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được quan tâm đầu tư đúng mức như 46,5% bệnh viện không có đơn vị tiệt khuẩn tập trung đạt chuẩn và 57,6% bệnh viện không có dung dịch vệ sinh tay tại nơi điều trị. Chưa có hệ thống và chương trình đào tạo kiểm

soát nhiễm khuẩn trong các trường thuộc khối ngành khoa học sức khỏe, chưa có giáo trình quốc gia chuẩn để đào tạo...[22]

Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn đang nhận được sự quan tâm lớn từ cộng đồng và các cấp lãnh đạo. Thực hành tốt kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế có ý nghĩa quan trọng trong việc nâng cao chất lượng điều trị phục vụ người bệnh. Tuy nhiên, hiện nay việc thực hiện quy định của Bộ Y tế về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế còn nhiều bất cập. Năm 2012, Bộ Y tế đã có các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn và áp dụng các hướng dẫn của Trung tâm Dự phòng, kiểm soát bệnh Hoa Kỳ năm 2003, về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong chuyên ngành răng hàm mặt [13],[15] ,[74]. Tuy nhiên, tình hình thực hiện các quy định đó tại các cơ sở răng hàm mặt công lập và thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn như thế nào? Các giải pháp đã thực hiện có hiệu quả ra sao? Các vấn đề này vẫn chưa được đánh giá và chưa có câu trả lời thỏa đáng. Chính vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh, năm 2015.
2. Đánh giá hiệu quả can thiệp kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh, năm 2016 - 2017.

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT

##### 1.1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ

###### 1.1.1.1. Một số khái niệm và thuật ngữ trong ngành răng hàm mặt

Cơ sở răng hàm mặt bao gồm các phòng khám và điều trị răng hàm mặt (RHM) của nhà nước tại các phòng khám chuyên khoa RHM, bệnh viện chuyên khoa RHM, bệnh viện đa khoa công lập tuyến tỉnh, quận huyện hay tư nhân [18],[87].

Cơ sở RHM công lập (nhà nước) là các phòng khám và điều trị RHM tại các cơ sở công lập của các bệnh viện chuyên khoa, bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, quận huyện.

Theo WHO, nhân viên y tế (NVYT) bao gồm những người cung cấp dịch vụ y tế: bác sỹ, điều dưỡng, y tế công cộng, dược sỹ, kỹ thuật viên và những người quản lý và nhân viên khác: kế toán, cấp dưỡng, lái xe, hộ lý. Trong phạm vi nghiên cứu này, khái niệm NVYT là các nhân viên chăm sóc răng miệng bao gồm bác sỹ RHM, bác sỹ y khoa làm chuyên môn RHM, y sỹ RHM, y sỹ răng trẻ em, kỹ thuật viên phục hình răng, điều dưỡng nha khoa, trợ thủ nha khoa [32],[33],[108].

###### 1.1.1.2. Một số khái niệm và thuật ngữ về kiểm soát nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn (nhiễm trùng) là sự tăng sinh của các vi khuẩn, vi rút hoặc ký sinh trùng dẫn tới phản ứng tế bào, tổ chức hoặc toàn thân, thông thường biểu hiện trên lâm sàng là một hội chứng viêm.

Nhiễm khuẩn bệnh viện, là những trường hợp nhiễm khuẩn xảy ra ở các bệnh nhân trong thời gian điều trị tại bệnh viện, mà tại thời điểm nhập viện không thấy có yếu tố nhiễm khuẩn hay ủ bệnh nào. Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xuất hiện sau 48 giờ kể từ khi người bệnh nhập viện [63],[89],[91].

Kiểm soát nhiễm khuẩn là áp dụng những phương pháp, biện pháp hay cách thức bảo vệ cho nhân viên y tế và người bệnh nhằm hạn chế sự lây nhiễm khuẩn hay nhiễm khuẩn chéo trong quá trình chăm sóc và điều trị [23],[60],[74].



Khử nhiễm là quá trình sử dụng tính chất cơ học và hóa học, giúp loại bỏ các chất hữu cơ và giảm số lượng các vi khuẩn, vi rút và các vi sinh vật có hại có trên các dụng cụ, vật dụng để bảo đảm an toàn khi sử dụng, vận chuyển và thải bỏ.

Khử khuẩn là quá trình làm kìm khuẩn, giảm độc tính, tiêu diệt một số vi khuẩn, vi rút và các vi sinh vật có hại. Có 3 mức độ khử khuẩn là khử khuẩn mức độ cao, thấp và trung bình.

Tiệt khuẩn là quá trình vận dụng các phương pháp, phương tiện nhằm tiêu diệt tất cả vi khuẩn, vi rút, vi sinh vật có hại, kể cả các loại bào tử.

Vô khuẩn là tình trạng sạch của vật dụng, dụng cụ sau khi đã được khử và tiệt khuẩn đúng qui trình, nhiệt độ, thời gian, áp suất [98],[67],[74].

## **1.1.2. Những nguy cơ lây nhiễm trong điều trị răng hàm mặt**

### ***1.1.2.1. Những nguy cơ lây nhiễm thường gặp***

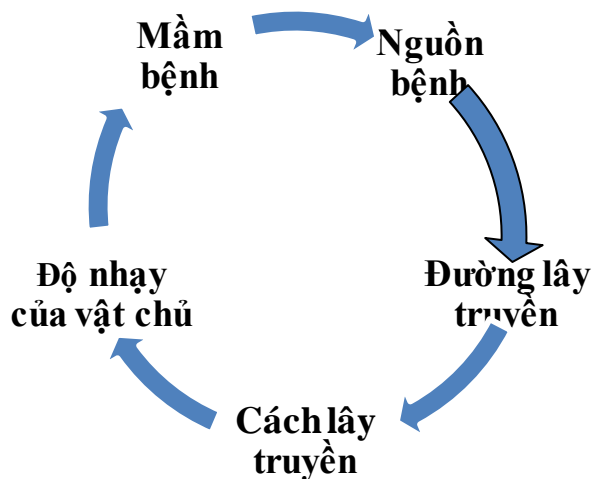
Trong quá trình điều trị răng miệng NVYT và bệnh nhân có thể bị lây nhiễm từ các mầm bệnh như bệnh lao, viêm gan B, viêm gan C, Hội chứng suy giảm miễn dịch (Acquired Immuno Deficiency Syndrome: AIDS), Herpes simplex vi rút, viêm đường hô hấp cấp tính do vi rút, cúm A/H1N1 và những vi rút, vi khuẩn định cư hay hiện diện từ nhiễm khuẩn của miệng và đường hô hấp... [19],[46]

Những đường lây nhiễm trong quá trình điều trị, chăm sóc răng miệng như tiếp xúc trực tiếp với máu, dịch tiết của miệng hay những vật phẩm của bệnh nhân; tiếp xúc gián tiếp qua những vật nhiễm khuẩn như thiết bị, dụng cụ hay bề mặt nơi làm việc; tiếp xúc với dịch tiết của mũi, miệng dưới dạng giọt sương bắn từ người bệnh với khoảng cách ngắn như: ho, hắt hơi, hỉ mũi, nói chuyện hay hít phải không khí nhiễm khuẩn...[58],[59],[68].

Sự lây nhiễm sẽ tăng khi kết hợp với những yếu tố [83],[70],[71]:

- Tác nhân lây nhiễm độc hại và đủ số lượng, môi trường cho phép mầm bệnh sống sót và tăng trưởng như máu, đường hô hấp.
- Đường lây truyền mầm bệnh đến vật chủ.
- Cách lây truyền vào vật chủ, thí dụ như chấn thương do kim tiêm...
- Độ nhạy của vật chủ

Kiểm soát nhiễm khuẩn hữu hiệu là ngăn chặn sự lây nhiễm của một hay nhiều yếu tố thuận lợi trong sơ đồ sau [51].



**Sơ đồ 1.1.** Các yếu tố thuận lợi cho sự truyền nhiễm

#### **1.1.2.2. Một số bệnh có nguy cơ lây nhiễm trong điều trị răng hàm mặt [74],[87].**

*Các bệnh lây nhiễm chủ yếu qua đường máu.*

Một số bệnh rất dễ lây nhiễm qua đường máu như: Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C... trong chăm sóc răng miệng. Sự nhiễm khuẩn qua đường máu là kết quả lây nhiễm từ bệnh nhân đến nhân viên chăm sóc răng miệng, từ nhân viên chăm sóc răng miệng đến bệnh nhân hoặc từ bệnh nhân này đến bệnh nhân khác. Nguy cơ lây truyền cao từ bệnh nhân cho nhân viên chăm sóc răng miệng, người thường xuyên tiếp xúc với máu và nước bọt trong quá trình điều trị [41],[46].

Viêm gan do siêu vi có nguy cơ lây nhiễm rất cao trong điều trị răng miệng. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, NVYT có tỷ lệ viêm gan cao gấp 6 lần so với nhân viên các ngành khác [31],[95],[93].

Viêm gan do siêu vi B, được thừa nhận là nguy cơ nhiễm bệnh cao cho nhân viên chăm sóc răng miệng bệnh được lây truyền qua việc tiếp xúc xuyên qua da và niêm mạc có dính máu, dịch tiết của người mang kháng nguyên siêu vi B (HBsAg). Từ những năm 1980, việc chủng ngừa viêm gan B được xem là một phương tiện bảo vệ cho nhân viên chăm sóc răng miệng và bệnh nhân [101],[111],[104].

Nguyên tắc phòng ngừa như khử và tiệt khuẩn dụng cụ theo quy định, tránh tiếp xúc với máu, dịch tiết, niêm mạc bị nhiễm (HBV), cẩn thận khi tiêm chích cho người nhiễm siêu vi B và gia tăng mức độ miễn nhiễm bằng cách chủng ngừa viêm gan B.

Viêm gan do siêu vi C, cách lây truyền của viêm gan siêu vi C rất giống đường lây truyền của viêm gan B. Bệnh thường lây truyền do liên quan đến việc truyền máu. Cách thức lây lan của viêm gan C cũng giống như viêm gan B, do đó cách phòng ngừa cũng giống như các phòng ngừa đối với viêm gan siêu vi B.

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) là một bệnh lây nhiễm do vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency virus: HIV). Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ngày nay lan rộng ở tất cả quốc gia trên thế giới và được xem là căn bệnh của thế kỷ. Bệnh thường lây truyền theo ba đường lây nhiễm chính: Đường tình dục, máu và mẹ truyền bệnh cho con [2],[3],[44],[45],[99]. Vào năm 2012, theo thống kê của Bộ Y tế, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 210.703 trường hợp, số bệnh nhân AIDS hiện còn sống là 61.669 và 63.372 trường hợp tử vong do AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc là 239 người trên 100.000 dân. Trong điều trị răng miệng, sự lây truyền từ bệnh nhân sang nhân viên chăm sóc răng miệng có thể xảy ra khi nhân viên chăm sóc răng miệng tiếp xúc với máu của bệnh nhân nhiễm HIV. Sự lây truyền HIV cũng có thể xảy ra qua sự tiếp xúc niêm mạc như máu văng vào mắt, vào miệng, vào vết thương để hở, da bị trầy xước.

#### *Các bệnh lây nhiễm chủ yếu qua đường hô hấp*

Viêm đường hô hấp trên cấp tính do vi rút là một bệnh rất phổ biến có thể xảy ra ở mọi người. Đặc biệt bệnh cúm có thể bộc phát thành dịch. Bệnh lây truyền qua đường hô hấp. Trong quá trình phát triển dịch trong cộng đồng, nguy cơ lây nhiễm có thể xảy ra cho nhân viên chăm sóc răng miệng, từ đó có thể lây lan sang bệnh nhân khác hay ngược lại [5],[84],[92],[100],[103].

Hội chứng hô hấp cấp tính thể nặng (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) là một căn bệnh rất giống với bệnh viêm phổi không điển hình, lây truyền khi gần gũi với những người chăm sóc, sống cùng, hoặc có tiếp xúc trực tiếp với những chất bài tiết hô hấp hoặc chất dịch cơ thể của người nhiễm bệnh [4],[101].



Tác nhân gây bệnh lan truyền qua tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp, qua phương tiện trung gian như bàn tay NVYT, dụng cụ y tế, thức ăn, nước uống, hoặc sản phẩm máu bị ô nhiễm. Lây truyền theo đường tiếp xúc là phương thức phổ biến và quan trọng nhất, chiếm khoảng 90% nhiễm khuẩn bệnh viện. Tác nhân gây bệnh thường gặp là tụ cầu vàng kháng methicillin, cầu khuẩn đường ruột kháng lancomycin, clostridium difficile, vi khuẩn tả hoặc vi rút hợp bào hô hấp.

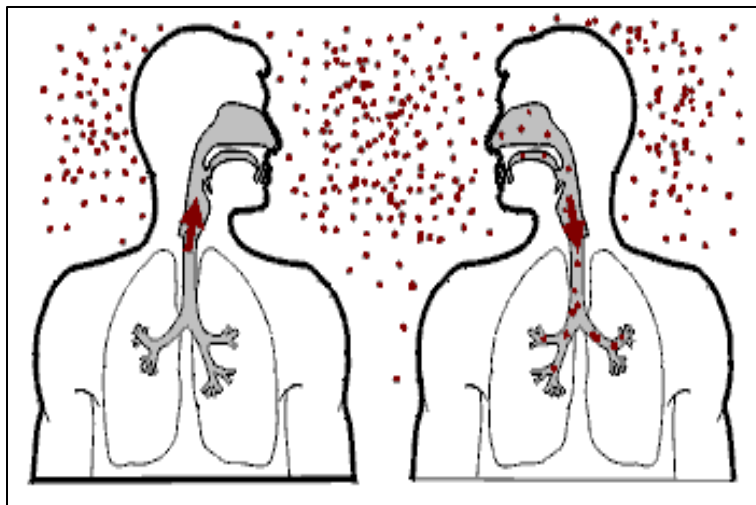
### ***1.1.3.2. Lây truyền qua giọt bắn***

Vi sinh vật gây bệnh từ bệnh nhân hoặc từ người mang mầm bệnh không triệu chứng xâm nhập cơ thể cảm thụ qua giọt bắn hô hấp có kích thước  $> 5 \mu\text{m}$  khi tiếp xúc gần, trong khoảng cách từ 1 đến 2 mét. Những giọt bắn hô hấp này hình thành khi nói, ho, hắt hơi hoặc khi thực hiện một số thủ thuật chăm sóc răng miệng như cạo vôi răng bằng máy siêu âm, phục hình răng, trám răng có dùng tay khoan siêu tốc...



**Hình 1.2.** Minh họa những nơi dễ vấy bẩn trên ghế nha khoa

### 1.1.3.3. Lây truyền qua không khí



**Hình 1.3.** Minh họa đường lây truyền qua không khí

Vi sinh vật gây bệnh từ bệnh nhân hoặc từ người mang mầm bệnh không triệu chứng xâm nhập cơ thể cảm thụ theo đường không khí, qua những hạt hô hấp có kích thước  $< 5 \mu\text{m}$  [19],[82],[85],[86].

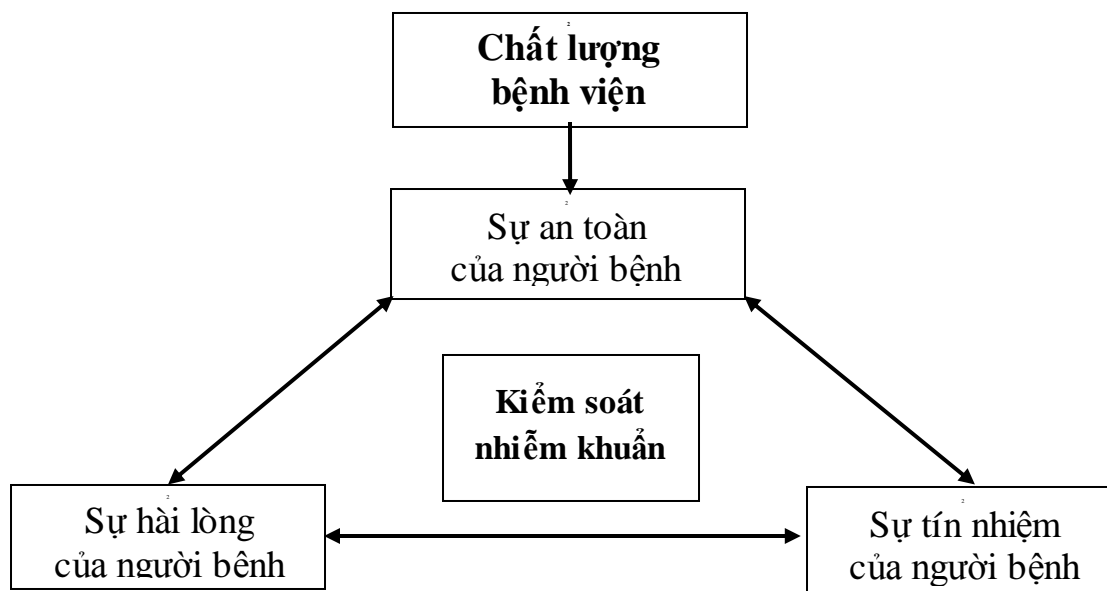
Những bệnh chính lây truyền theo phương thức này như bệnh lao, sởi, một số tình huống chăm sóc người bệnh SARS, cúm A (H5N1, H1N1). Những hạt hô hấp bị ô nhiễm bay lơ lửng trong không khí trong thời gian dài và có khả năng phát tán xa, gây dịch ở nhiều khoa phòng, thậm chí gây dịch trong toàn bệnh viện.

### 1.1.4. Vai trò của kiểm soát nhiễm khuẩn và chất lượng bệnh viện

Kiểm soát nhiễm khuẩn là yếu tố quan trọng giúp đánh giá chất lượng bệnh viện vì kiểm soát nhiễm khuẩn ảnh hưởng lớn đến chất lượng và an toàn người bệnh nhằm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe, giảm thời gian nằm viện, giảm tỉ lệ sử dụng kháng sinh và chi phí điều trị... Do đó, kiểm soát nhiễm khuẩn là một trong những tiêu chí quan trọng giúp đánh giá chất lượng bệnh viện. Năm 2013, Bộ Y tế ban hành tiêu chuẩn chất lượng bệnh viện gồm 83 tiêu chí, trong đó có 6 tiêu chí đánh giá về kiểm soát nhiễm khuẩn.

Việc tuân thủ các biện pháp của phòng ngừa chuẩn đóng góp quan trọng vào việc giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, hạn chế cả sự lây truyền cho nhân viên y tế và người bệnh cũng như từ người bệnh sang môi trường nhằm bảo đảm

an toàn và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh. Theo quan điểm hiện nay, khi đánh giá chất lượng của một bệnh viện bao gồm nhiều yếu tố:



**Sơ đồ 1.2.** Mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng bệnh viện

Tóm lại, các nội dung trong phần cơ sở khoa học và một số yếu tố liên quan đến thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt cho thấy kiểm soát nhiễm khuẩn là rất quan trọng do tiếp xúc với nhiều nguy cơ lây nhiễm. Do đó, việc triển khai công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thực hành răng hàm mặt là rất cần thiết với nhiều biện pháp nhằm bảo vệ cho nhân viên y tế và người bệnh giúp hạn chế sự lây nhiễm khuẩn hay nhiễm khuẩn chéo trong quá trình chăm sóc và điều trị.

Thực tế hiện nay, kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, điều trị và là một phần thiết yếu trong việc nâng cao chất lượng điều trị tại các cơ sở y tế và làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện [8],[12].

## **1.2. CÁC BIỆN PHÁP KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẶT**

### **1.2.1. Lịch sử hình thành phát triển công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.**

#### **1.2.1.1. Lịch sử hình thành và phát triển công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trên thế giới [56],[96],[94]**

Từ thời cổ xưa, con người đã ghi nhận những trường hợp có biểu hiện bệnh lý giống nhau trong bệnh viện, cơ sở chăm sóc người già, nhà tế bần, nhà tù. Bệnh



thường xuất hiện ở những cơ sở điều trị đông bệnh nhân, thiếu giường bệnh, cơ sở vật chất thiếu thốn, điều kiện vệ sinh thấp kém. Từ đó, xuất hiện thuật ngữ Hospitalism - Hội chứng mắc phải trong bệnh viện. Kiểm soát nhiễm khuẩn bắt đầu được hình thành từ giữa những năm 1800, khi Semmelweis và Neightingale đưa vấn đề vệ sinh môi trường và thực hành vệ sinh tại các bệnh viện.

Vào giữa thế kỷ XIX, Louis Pasteur và giáo sư phẫu thuật người Anh Joseph Lister đã chứng minh vi khuẩn là căn nguyên gây nhiễm khuẩn vết mổ ở các bệnh nhân phẫu thuật. Từ đó, Joseph Lister đã đề xuất phương pháp tiệt khuẩn dụng cụ phẫu thuật, khử khuẩn không khí trong phòng mổ và rửa tay phẫu thuật. Các biện pháp này đã góp phần làm giảm đáng kể tỉ lệ nhiễm khuẩn của các trường hợp phẫu thuật. Tuy nhiên, thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn được bắt đầu lưu ý và triển khai tại nhiều cơ sở y tế khi hàng loạt báo cáo từ các bệnh viện do có sự bùng phát của các trận dịch do nhiễm tụ cầu khuẩn vàng *Staphylococcus aureus* trong những năm 1950 xảy ra ở Bắc Mỹ và Vương Quốc Anh.

Những năm 1970, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (CDC) đưa ra hướng dẫn về cách ly phòng ngừa lần đầu tiên với 7 biện pháp cách ly khác nhau: phòng ngừa tuyệt đối, phòng ngừa bảo vệ, phòng ngừa lây truyền qua đường hô hấp, đường tiêu hóa, vết thương, chất bài tiết và máu.

Năm 1978, lần đầu tiên Tạp chí của Hiệp hội Nha khoa Hoa Kỳ đăng tải chuyên đề KSNK trong thực hành nha khoa gồm nhiều nội dung nhằm đề xuất về các biện pháp hạn chế sự lây nhiễm và nhiễm khuẩn chéo trong nha khoa; yêu cầu tiệt khuẩn tất cả các dụng cụ nha khoa như gương khám, mũi khoan nha khoa và các dụng cụ sử dụng trong quá trình điều trị phải được tiệt khuẩn theo đúng quy trình; lưu ý sự nhiễm khuẩn và các biện pháp xử lý đối với hệ thống nước cung cấp cho máy nha khoa.

Năm 1981, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ đã báo cáo đầy đủ thông tin về trường hợp nhiễm HIV đầu tiên trên thế giới. Vào năm 1985, do sự bùng phát của dịch HIV, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ bắt đầu triển khai chiến dịch phòng ngừa phổ thông, nhằm phòng ngừa lây truyền vi rút qua đường máu.



Theo hướng dẫn này máu được xem như là nguồn lây truyền vi rút gây bệnh quan trọng nhất và dự phòng những phơi nhiễm qua đường máu là cần thiết.

Đến năm 1995, Hội đồng tư vấn về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) đưa ra khái niệm phòng ngừa chuẩn (Standard Precautions). Phòng ngừa chuẩn mở rộng khuyến cáo phòng ngừa không chỉ qua đường máu mà qua tất cả các chất tiết từ cơ thể. Việc thực hiện phòng ngừa này là chiến lược đầu tiên giúp cho việc kiểm soát lây nhiễm chéo qua máu, dịch cơ thể, dịch tiết và chất tiết trừ mồ hôi cho dù chúng có chứa máu hay không và da không lành lặn và niêm mạc. Đây là phòng ngừa quan trọng nhất, nhằm hạn chế sự lây truyền từ người sang người cũng như từ người sang môi trường.

Vào năm 2003, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ đưa ra hướng dẫn và bổ sung thêm một số nội dung mới cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt, xem đây như là các biện pháp phòng ngừa chuẩn trong thực hành nha khoa hiện nay.

Đến năm 2007, sau khi có dịch SARS, cúm A (H5N1) bùng phát, Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh Hoa Kỳ - CDC và các tổ chức kiểm soát nhiễm khuẩn đã bổ sung khuyến cáo quan trọng đối với vệ sinh hô hấp vào phòng ngừa chuẩn để phòng ngừa cho tất cả những người bệnh có các triệu chứng về đường hô hấp.

Phòng ngừa chuẩn là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả mọi người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm chăm sóc của người bệnh, dựa trên nguyên tắc coi tất cả máu, chất tiết, chất bài tiết trừ mồ hôi, đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Thực hiện phòng ngừa chuẩn giúp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm với máu, chất tiết, chất bài tiết cho dù không nhìn thấy máu, chất tiết qua da không lành lặn và niêm mạc. Việc tuân thủ các biện pháp của phòng ngừa đóng góp quan trọng vào việc giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, hạn chế sự lây truyền cho nhân viên y tế và người bệnh cũng như từ người bệnh sang môi trường nhằm bảo đảm an toàn và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

*Kiểm soát nhiễm khuẩn tại Châu Á [60]*

Sự hình thành và phát triển của công tác KSNK có khác nhau giữa các quốc gia trong khu vực. Đây là một thực tế, tuy nhiên công tác này cũng được triển khai rất sôi động và được thực hiện ở nhiều quốc gia. Vào năm 1998, một nhóm các chuyên gia hàng đầu về kiểm soát nhiễm khuẩn từ 16 quốc gia đã tổ chức hội nghị tại Hồng Kông, để thành lập hội kiểm soát nhiễm khuẩn khu vực Châu Á Thái Bình Dương. Từ đó, nhiều nhân viên chuyên trách về KSNK và các cơ sở hạ tầng cho hoạt động này đã được xây dựng và thực hiện ở hầu hết các quốc gia trong khu vực.

Ngày nay công tác kiểm soát nhiễm khuẩn đã được thực hiện tại hầu hết các quốc gia, nhằm mục đích thúc đẩy việc thực hiện các mục tiêu trên. Một số tổ chức về KSNK, vệ sinh an toàn lao động tại một số quốc gia trên thế giới:

Hiệp hội các bệnh viện của Hoa Kỳ (The American Hospital Association: AHA)

Cơ quan quản lý an toàn lao động và sức khỏe (The Occupational Safety and Health Administration: OSHA).

Tổ chức an toàn và tiệt khuẩn dụng cụ (The Organization for Safety and Asepsis Procedures: OSAP)

Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (The Center for Disease Control and Prevention: CDC)

Hội KSNK khu vực Châu Á-Thái Bình Dương (AsiaPacific of Society for Infection Control: APSIC)

Ngày nay, chương trình KSNK đã được bổ sung đầy đủ vào trong thực hành thường quy của các bệnh viện và được công nhận như là yếu tố thiết yếu của những thực hành chất lượng bệnh viện. Tuy nhiên, tại những nước đang phát triển, cơ sở hạ tầng cho các chương trình này vẫn thường thiếu thốn. Vấn đề ở đây không chỉ đơn giản là việc thiếu nguồn lực, mà vấn đề chính là do nhận thức chưa đúng về tầm quan trọng của công tác phòng ngừa nhiễm khuẩn mắc phải trong các bệnh viện.

### ***1.2.1.2. Lịch sử hình thành và phát triển công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam [8],[12]***

Hiện nay, công tác KSNK tại các cơ sở y tế đã được pháp luật công nhận với các cơ sở pháp lý để triển khai và thực hiện. Những năm gần đây, Chính phủ đã có

những văn bản luật, văn bản dưới luật quy định về công tác phòng chống nhiễm khuẩn như Luật bảo vệ môi trường, Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, Nghị định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế.

Năm 2012, Bộ Y tế đặt mục tiêu đến năm 2015 có 90% cán bộ chuyên trách công tác tại khoa KSNK của các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh được đào tạo chương trình chuyên khoa KSNK do Bộ Y tế ban hành; ít nhất 80% cán bộ, viên chức và nhân viên công tác tại các cơ sở khám chữa bệnh được đào tạo theo chương trình phổ cập về KSNK; 100% chương trình đào tạo cho điều dưỡng, hộ sinh và bác sĩ đa khoa có môn học KSNK; các bệnh viện có đủ phương tiện vệ sinh tay, có khu vực cách ly và buồng cách ly....

Những năm gần đây, Bộ Y tế đã có những văn bản, quy định về việc phòng chống nhiễm khuẩn như: Các quy chế, quy định về công tác chống nhiễm khuẩn và công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

Năm 2005, Bộ Y tế ban hành chỉ thị số: 06/2005/ CT-BYT, ngày 29/12/2005 về việc tăng cường công tác phòng chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế.

Năm 2007, Bộ Y tế ban hành Quyết định về Tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện năm 2007, theo công văn số 3160/QĐ-BYT, ngày 24/8/2007.

Năm 2009, Bộ Y tế ban hành Thông tư số: 18 /2009/TT-BYT, Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh bao gồm 5 chương và 32 điều quy định về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn. Quyết định có giá trị từ ngày 01/12/2009.

Năm 2009, Bộ Y tế ban hành Thông tư số: 39/2010/ TT-BTNMT, ngày 16/12/2010, Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước thải y tế, QCVN28: 2010/ BTNMT.

Năm 2011, Bộ Y tế ban hành Thông tư số: 12/2011/ TT-BTNMT, ngày 14/04/2011, Quy định về chất thải nguy hại.

Năm 2012, Bộ Y tế đã phê duyệt “Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn từ

nay đến năm 2015” theo Quyết định số: 1014/QĐ-BYT với 6 mục tiêu và 5 giải pháp về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

Năm 2012, Bộ Y tế ký quyết định số: 3671/ QĐ-BYT, phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

## **1.2.2. Những hướng dẫn về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn**

### ***1.2.2.1. Những hướng dẫn về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trên thế giới***

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy nguy cơ lây nhiễm xảy ra trong quá trình khám và điều trị răng miệng, do đó công tác KSNK tại cơ sở RHM là công việc cần thiết. Từ năm 1996, Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ đã đề nghị “Phòng ngừa chuẩn” hướng dẫn các biện pháp phòng ngừa tiếp xúc trực tiếp với máu, dịch cơ thể, niêm mạc và thương tổn do vật sắc nhọn trong quá trình điều trị răng miệng.

Mục đích của phòng ngừa chuẩn là làm giảm nguy cơ lây truyền vi sinh vật từ nguồn nhiễm khuẩn đã biết hay chưa biết rõ tại cơ sở điều trị. Nguyên tắc của phòng ngừa chuẩn là coi tất cả mọi người, bệnh nhân hay nhân viên chăm sóc răng miệng, đều có nguy cơ truyền bệnh và có nguy cơ nhiễm bệnh. Do đó, thực hiện tốt phòng ngừa chuẩn chính là biện pháp thiết yếu để dự phòng nhiễm khuẩn trong điều trị răng miệng [74],[76], [106].

### ***1.2.2.2. Những hướng dẫn về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam***

Năm 2012, Quyết định 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/9/2012 của Bộ Y Tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa bệnh gồm các nội dung sau:

- Hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám, chữa bệnh;
- Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
- Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ;
- Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện tại các cơ sở khám, chữa bệnh;
- Hướng dẫn tiêm an toàn.

Trong hướng dẫn phòng ngừa chuẩn về kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh gồm các nội dung sau: Vệ sinh tay, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, xử lý dụng cụ, vệ sinh môi trường, xử lý chất thải...

### Vệ sinh tay [39],[57]

Bình thường trên da tay có hai loại vi khuẩn: vi khuẩn thường trú và vi khuẩn vắng lai. Các vi khuẩn thường trú có độc tính thấp, ít khi gây nhiễm khuẩn tại các vị trí khác qua các tiếp xúc thông thường, song chúng có thể vào cơ thể qua các thủ thuật xâm lấn. Các vi khuẩn vắng lai là những tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến và thường tồn tại trên da không quá 28 tiếng. Chúng không có khả năng nhô lên trên da, dễ bị loại bỏ bằng cách vệ sinh tay với nước và xà phòng [57],[58].



**Hình 1.4.** Minh họa một số thao tác vệ sinh tay [94]

(Nguồn: *Practical infection control in dentistry, Cottone's, third edition, 2010*)

Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ khuyến cáo vệ sinh tay là biện pháp đầu tiên trong phòng ngừa chuẩn, nhằm phòng ngừa nhiễm khuẩn chéo trong các cơ sở y tế. Năm 2005, Tổ chức Y tế Thế giới phát động chiến dịch “Bảo vệ sự sống hãy rửa tay” trong quy mô toàn cầu và Bộ Y tế - Việt Nam phát động tham gia hưởng ứng từ tháng 5/2009. Rửa tay với mục đích làm sạch và loại bỏ vi khuẩn trên da tay, đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế đồng thời rửa tay góp phần làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn trong điều trị. Tùy theo kỹ thuật chăm sóc và điều trị khác nhau mà nhân viên y tế cần thực hiện các hình thức rửa tay khác nhau [49],[50],[55].



**Hình 1.5.** Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân của nhân viên y tế [35].

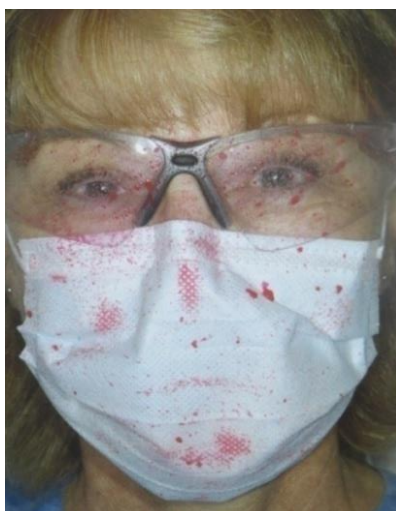
**Phương tiện phòng hộ cá nhân:**

Các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải đều do sự tiếp xúc của cơ thể với những mầm bệnh. Không phải tiếp xúc nào cũng gây ra bệnh mà khả năng gây bệnh còn phụ thuộc vào lượng vi khuẩn, vi rút, độc tính của vi khuẩn, vi rút và sức đề kháng của cơ thể. Những phương tiện phòng hộ cá nhân giúp cho nhân viên chăm sóc răng miệng trong quá trình khám và điều trị hạn chế sự tiếp xúc với mầm bệnh bao gồm: áo choàng, nón, găng tay, khẩu trang, kính bảo vệ mắt...



**Hình 1.6.** Minh họa tấm che mặt sử dụng trong nha khoa [94]

(Nguồn: *Practical infection control in dentistry, Cottone's, third edition, 2010*)



**Hình 1.7.** Minh họa khẩu trang bị dính máu khi điều trị nha khoa [94]

(Nguồn: *Practical infection control in dentistry, Cottone's, third edition, 2010*)

Quyết định 3671/QĐ-BYT, năm 2012 của Bộ Y tế, quy định áo choàng nên mặc và nón được đội mỗi khi điều trị và khẩu trang được mang khi khám, điều trị cho bệnh nhân. Trong quá trình điều trị cho bệnh nhân như dùng tay khoan tốc độ nhanh, cạo vôi thì máu, nước bọt, mảnh vụn vi khuẩn có thể được bắn tung trong không khí, do đó việc mang khẩu trang sẽ giúp hạn chế hít phải khi điều trị.

Găng tay, nhiều nghiên cứu đã cho thấy bàn tay của nhân viên điều trị chứa nhiều vi khuẩn và là nguồn lây các mầm bệnh cho bệnh nhân. Đây cũng là nguồn lây nhiễm cho nhân viên qua các thủ thuật điều trị. Do đó, mang găng để làm giảm khả năng lây nhiễm trong khi điều trị và chăm sóc răng miệng cho bệnh nhân.



**Hình 1.8.** Minh họa găng tay bị dính máu khi điều trị nha khoa [94]

(Nguồn: *Practical infection control in dentistry, Cottone's, third edition, 2010*)



Kính bảo vệ mắt có tác dụng bảo vệ mắt trong quá trình điều trị như chữa răng, mài răng làm phục hình, cạo vôi răng. Tránh nhiễm bẩn từ môi trường như máu, nước bọt, vi khuẩn và cũng có tác dụng tránh chấn thương cơ học cho mắt.

### **Xử lý dụng cụ [12]:**

Trong thực hành KSNK việc khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ khi điều trị cho bệnh nhân là nguyên tắc phải tuân thủ ở các cơ sở y tế. Những giai đoạn của quy trình xử lý dụng cụ



**Sơ đồ 1.3.** Quy trình xử lý dụng cụ tại các khoa lâm sàng.

Nguyên tắc lựa chọn một phương pháp khử khuẩn và tiệt khuẩn là tiêu diệt hiệu quả các mầm bệnh mong muốn, nhiệt độ hợp lý trong thời gian thích hợp. Các phương tiện tiệt khuẩn thông dụng hiện nay: Lò hấp hơi nước bão hòa, hấp khô... nhưng lò hấp hơi nước bão hòa là phương tiện hữu hiệu nhất, nó có thể tiệt khuẩn cho cả vật dụng bằng vải, cao su tự nhiên, silicon, thủy tinh, dụng cụ inox, thép không gỉ .



Các phương tiện tiệt khuẩn phải thường xuyên hay định kỳ xét nghiệm đánh giá hiệu quả tiệt khuẩn của phương tiện. Hiện nay, có nhiều phương tiện để đánh giá hiệu quả tiệt khuẩn của những phương tiện tiệt khuẩn như các dạng chỉ thị sinh học: dạng que, dạng đĩa, dạng dịch, dạng ống... Các chỉ thị sinh học dạng ống sau khi tiệt khuẩn, được ủ ở 55 - 60°C trong 3 giờ hoặc 24 giờ.

### **1.2.3. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị**

Trong hoạt động chăm sóc răng miệng, nguy cơ nhiễm khuẩn có thể xảy ra trong quá trình điều trị nhất là các thủ thuật thường xuyên tiếp xúc với máu, nước bọt. Nhân viên chăm sóc răng miệng và bệnh nhân có thể bị lây nhiễm vi rút, vi khuẩn bằng cách tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp qua mô bệnh, trang thiết bị, dụng cụ điều trị, nguồn nước sử dụng, bề mặt nơi làm việc, không khí.

Trong thực hành nha khoa, các giải pháp nhằm hạn chế và phòng tránh lây nhiễm trong điều trị cần phải tuân thủ các nguyên tắc về KSNK [6],[9],[74],[75]

#### **1.2.3.1. Công tác chuẩn bị trước điều trị**

Trước khi bắt đầu điều trị, trợ thủ cần chuẩn bị đầy đủ các phương tiện bảo vệ như áo choàng, nón, khẩu trang, kính đeo mắt. Nhân viên y tế phải rửa tay bằng xà phòng có chứa dung dịch sát khuẩn, rửa tay theo đúng quy trình thường quy và mang găng trước khi bắt tay vào điều trị.

Chuẩn bị khăn choàng cho bệnh nhân, làm sạch vùng làm việc xung quanh trước khi điều trị. Mỗi bệnh nhân phải sử dụng bộ dụng cụ mới, được khử khuẩn, tiệt khuẩn đúng quy định. Mỗi bệnh nhân khi điều trị phải được sử dụng kim, thuốc tê, ly súc miệng, ống hút nước bọt mới, nên chọn loại sử dụng một lần. Các tay khoan, mũi khoan, trám làm nội nha phải được tiệt khuẩn trước khi điều trị.

#### **1.2.3.2. Các thao tác khi đang điều trị**

Trong quá trình điều trị, các dụng cụ, vật dụng nên sắp xếp thứ tự, gọn gàng, không dùng tay đang điều trị để lấy thêm dụng cụ. Nếu không có trợ thủ, khi cần lấy thêm dụng cụ, nên cởi bỏ găng và thay găng mới khi tiếp tục điều trị. Không nên mang găng điều trị để cảm nghe điện thoại, ghi toa thuốc. Không dùng một đôi găng

điều trị cho nhiều bệnh nhân và nên thay găng mới khi cuộc điều trị kéo dài trên một giờ, hay bị ướt, nhiễm bẩn.

### **1.2.3.3. Công tác sau điều trị**

Sau khi điều trị, nên bỏ các dụng cụ, vật dụng dùng một lần, chất thải vào thùng rác y tế theo phân loại quy định, các vật bén nhọn như kim tiêm cho vào hộp, lọ lưu giữ và có nắp đậy, các dụng cụ được xử lý theo quy trình. Và xử lý ghé nha khoa, mặt bàn làm việc theo quy định.

### **1.2.4. Đánh giá vi sinh không khí, dụng cụ, tay nhân viên y tế**

Công tác giám sát nhiễm khuẩn của các cơ sở y tế được Bộ Y tế quan tâm và yêu cầu tổ chức giám sát nhiễm khuẩn trong các cơ sở điều trị là một trong những tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện hàng năm. Cơ sở y tế phải được giám sát nhiễm khuẩn thường xuyên để đánh giá được tình trạng nhiễm khuẩn [36],[65],[87].

#### **1.2.4.1. Đánh giá vi sinh không khí nơi điều trị**

Trong không khí, ngoài bụi còn có các vi sinh vật, nấm mốc. Không khí ở các cơ sở răng hàm mặt, dễ có những vi khuẩn gây bệnh như tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn lao và các vi khuẩn, vi rút. Sử dụng các loại môi trường thạch để xác định vi khuẩn, vi sinh vật theo yêu cầu mong muốn như: môi trường thạch thường để kiểm tra tổng số vi khuẩn hiếu khí, thạch máu để kiểm tra các vi khuẩn tan huyết và thạch Sabouraud để kiểm tra nấm mốc.

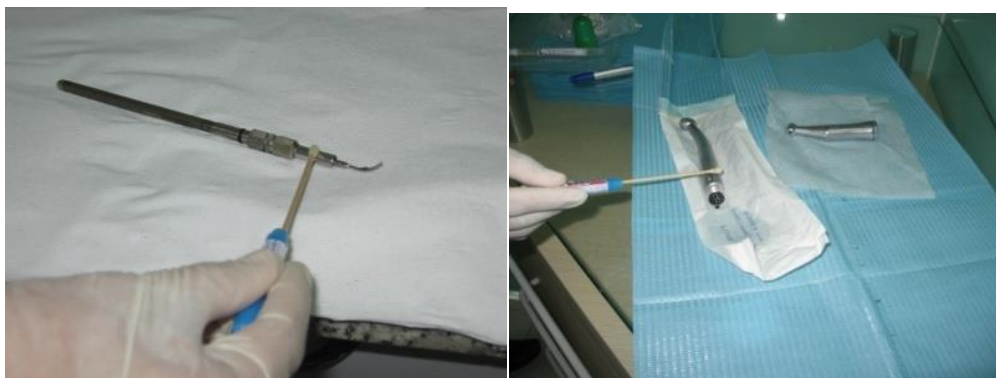


**Hình 1.9.** Minh họa sự vấy nhiễm máu, không khí khi điều trị nha khoa [94]  
(Nguồn: *Practical infection control in dentistry, Cottone's, third edition, 2010*)

#### **1.2.4.2. Đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa**

Dụng cụ khám và điều trị tại các cơ sở RHM như kềm, nạy nhổ răng, dụng cụ khám răng... phải được tiệt khuẩn trước khi sử dụng.

Việc đánh giá vi sinh dụng cụ là cần thiết và tiến hành thường xuyên giúp tiết kiệm dụng cụ đạt yêu cầu nhằm hạn chế lây nhiễm trong quá trình điều trị.



**Hình 1.10.** Minh họa cách lấy mẫu đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa [35].

#### **1.2.4.3. Đánh giá vi sinh tay nhân viên y tế**

Theo số liệu CDC - Hoa Kỳ 2003, số lượng vi khuẩn cộng sinh trên cánh tay nhân viên y tế khoảng 104 CFU/cm<sup>2</sup> và số vi khuẩn cộng sinh trên bàn tay nhân viên y tế từ 3,9 x10<sup>4</sup> đến 4,6 x 10<sup>6</sup> vi khuẩn.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, tay bẩn của NVYT có chứa nhiều loại vi khuẩn làm tăng tình trạng bệnh do nhiễm khuẩn ở bệnh nhân, hoặc lây nhiễm chéo từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác. Từ thực trạng này, Tổ chức Y tế Thế giới yêu cầu NVYT chú ý đến việc rửa tay thường xuyên hơn bằng dung dịch sát khuẩn nhằm giảm nguy cơ lây nhiễm trong quá trình chăm sóc, điều trị bệnh nhân.

Do đó, các cơ sở y tế cần lấy mẫu vi sinh bàn tay nhân viên y tế để kiểm tra vi sinh định kỳ và giám sát công tác vệ sinh tay theo quy định của Bộ Y tế.

#### **1.2.5. Đánh giá vi sinh nguồn nước sử dụng trong nha khoa**

Nhằm phản ánh đúng tình trạng vệ sinh nguồn nước sử dụng trong điều trị tại các cơ sở răng hàm mặt như nguồn nước sử dụng cho bệnh nhân súc miệng, nguồn nước cấp cho các tay khoan nha khoa, nước cao vô khuẩn siêu âm và nguồn nước sử dụng khi phẫu thuật nha khoa...



**Hình 1.11.** Minh họa cách lấy mẫu đánh giá vi sinh nước của tay khoan nha khoa.

Tiêu chuẩn đánh giá nguồn nước sử dụng, cần kiểm nghiệm mẫu nước thường phân tích các vi khuẩn chỉ điểm vệ sinh gồm các thông số nhằm xác định tổng số vi khuẩn hiếu khí, Coliformes tổng cộng, Coliformes chịu nhiệt, E coli và một số vi khuẩn gây bệnh theo yêu cầu [36],[64],[65]

### **1.3. HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

#### **1.3.1. Một số nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn trên thế giới**

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về KSNK trong điều trị nha khoa. Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị nha khoa và đưa ra các giải pháp nhằm hạn chế sự lây nhiễm xảy ra cho người bệnh và NVYT tại các cơ sở RHM.

##### ***1.3.1.1. Hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn trên thế giới***

Năm 2001, theo Yengopal V. nghiên cứu về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của 68 bác sĩ nha khoa tại các phòng nha tư nhân ở Durban, tỷ lệ bác sĩ mang găng khi điều trị chiếm 97,1%, mang khẩu trang khi điều trị 82,4%, mang kính bảo vệ mắt 52,9%. Số cơ sở sử dụng lò hấp ướt để tiệt khuẩn dụng cụ chiếm 89,7%. Nghiên cứu cũng ghi nhận trong quá trình điều trị có 6% cơ sở sử dụng lại ống thuốc tê và sử dụng lại kim tiêm là 1,5%. Tỷ lệ bác sĩ đã chủng ngừa viêm gan B chiếm 90% [110].

Năm 2002, Al Rabeah và cộng sự trong một khảo sát về KSNK ở các phòng nha tư nhân ở Riyadh, Saudi Arabia cho thấy: Việc hỏi bệnh nhân để tìm hiểu về tiền sử bệnh chiếm tỉ lệ khá cao 93,1%, sử dụng phương tiện bảo vệ khi điều trị như mang găng 100%, mang khẩu trang 90,1%, mặc áo choàng 94,1%. Nghiên cứu cho thấy các

phòng nha khoa đã sử dụng lò hấp ước để tiệt khuẩn tay khoan 37,9%; thay tay khoan đã tiệt khuẩn dùng cho bệnh nhân 88,2% và sử dụng mũi khoan mới hoặc đã tiệt khuẩn cho mỗi bệnh nhân 97,5%. Các vật bén nhọn như kim tiêm được lưu giữ trong hộp cứng sau khi sử dụng 56,2%. Nghiên cứu ghi nhận, tỉ lệ bác sĩ đã chủng ngừa viêm gan B chiếm 63,5% [67].

Năm 2004, Mohammad A.A. đã nghiên cứu về thực hành KSNK ở 110 phòng nha tư nhân ở Jordan, kết quả việc hỏi tiền sử của bệnh nhân trước khi điều trị 77%, mang găng 81,8%, mang khẩu trang 54,5%. Ngoài ra 63% các phòng nha đã dùng lò hấp ước để tiệt khuẩn dụng cụ. Các dụng cụ được bọc trong túi riêng biệt trước khi tiệt khuẩn và thực hiện lưu giữ các vật liệu bén nhọn sau khi sử dụng trong những hộp cứng 31,8%; nhưng tỷ lệ bác sĩ đã chủng ngừa viêm gan B chỉ là 36% [66].

Vào năm 2004, Elkarimia và cộng sự trong nghiên cứu về kiểm soát nhiễm khuẩn tại 150 phòng nha tư nhân ở Khartoum - Sudan. Kết quả ghi nhận việc sử dụng các phương tiện bảo vệ khi điều trị như mặc áo choàng 61%, mang găng 92%, mang khẩu trang 50%, dùng kính bảo vệ 14,7%. Tỷ lệ phòng nha dùng lò hấp khô để tiệt khuẩn dụng cụ 72% nhiều hơn so với lò hấp ước 22% và nghiên cứu cũng ghi nhận một số phòng nha khoa vẫn còn nấu sôi hoặc dùng hóa chất để khử khuẩn dụng cụ 2% lưu giữ những vật liệu bén nhọn trong hộp cứng 47% và số bác sĩ đã chủng ngừa viêm gan B chỉ có 52% [81].

Năm 2009, Emir Yüzbasıoglu; Duygu Saraç đánh giá kiến thức, thái độ và hành vi của 135 bác sĩ nha khoa ở thành phố Samsun, Thổ Nhĩ Kỳ về kiểm soát lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa. Kết quả ghi nhận có 74,1% bác sĩ bày tỏ lo ngại về nguy cơ lây nhiễm chéo từ bệnh nhân cho bản thân và trợ thủ nha khoa trong quá trình điều trị với 43,0% bác sĩ trả lời là có thể bị "lây nhiễm chéo" trong quá trình điều trị nha khoa và 95,6% cho rằng phải có biện pháp phòng chống lây nhiễm với tất cả bệnh nhân nhằm hạn chế sự lây nhiễm trong quá trình điều trị [111].

Năm 2010, Puttaiah R., Sadashiva Shetty đánh giá thái độ của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn tại Ấn Độ. Nghiên cứu đã khảo sát 456 bác sĩ nha khoa, kết quả ghi nhận có đến 95% bác sĩ cảm thấy rằng HIV và bệnh viêm gan là các bệnh có

nguy cơ lây nhiễm cao tại Ấn Độ. Một số bác sĩ đã có thái độ kỳ thị, lo lắng khi điều trị bệnh nhân nhiễm HIV [102].

Năm 2011, Matsuda tại Brazil đánh giá các biện pháp kiểm soát lây nhiễm trên các bác sĩ nha khoa thường tiếp xúc với nguy cơ khi điều trị. Kết quả 30,6% bác sĩ cho rằng các biện pháp bảo vệ bề mặt chưa được thực hiện; 34,1% cho rằng khâu xử lý dụng cụ chưa đúng quy trình và ghi nhận 69,3% sử dụng lò hấp hơi nước tiệt khuẩn dụng cụ. Đồng thời, ghi nhận 33,8% cơ sở chưa giám sát quy trình tiệt khuẩn dụng cụ và 83,2% không sử dụng chỉ thị hóa học, sinh học để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ. Kết quả cho thấy 44,7% chưa tin tưởng vào quy trình xử lý dụng cụ và 47,8% NVYT đã từng bị tai nạn lao động do bị kim đâm, dao cắt trong quá trình điều trị nha khoa. Nghiên cứu kết luận rằng các biện pháp KSNK tại các phòng khám nha khoa chưa tốt và cần được tập huấn nhằm nâng cao kiến thức giúp làm tốt công tác KSNK giúp nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị răng miệng [88].

### ***1.3.1.2. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh về công tác điều trị và kiểm soát nhiễm khuẩn***

Năm 1997, theo nghiên cứu của Adel A. Mousa, Nadia M. Mahmoud, khảo sát ý kiến của bệnh nhân về kiến thức và thực hành KSNK của NVYT. Kết quả khảo sát 460 bệnh nhân điều trị ngoại trú tại các phòng khám nha khoa ở Alexandria, Tanta và trường đại học El – Mansoura. Kết quả 90% bệnh nhân yêu cầu NVYT phải đeo găng tay khi điều trị, 73 % yêu cầu đeo tấm che mặt và 37 % đeo kính. Hầu hết các bệnh nhân tin rằng găng tay là để bảo vệ các bệnh nhân và bệnh nhân cũng cho rằng tấm che mặt và kính chỉ bảo vệ cho NVYT. Có 50% bệnh nhân cho rằng họ có thể bị lây các bệnh truyền nhiễm khi điều trị nha khoa, và ghi nhận bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì càng quan tâm đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn nhiều hơn [98].

Năm 2013, Mohammad Abdul Baseer, G. Rahman, đánh giá kiến thức và thái độ của 350 bệnh nhân đến khám tại phòng khám của Trường Cao đẳng Nha khoa Saudi Arabia về các biện pháp KSNK. Kết quả trả lời của 301 bệnh nhân với 147 nam và 154 nữ cho thấy có đến 99%, 93,7% và 82,7% bệnh nhân yêu cầu bác sĩ nha khoa phải đeo găng tay, khẩu trang và kính khi điều trị. Nghiên cứu ghi nhận 60,1% và



30% bệnh nhân cho rằng HIV và viêm gan B có thể bị lây nhiễm tại các phòng khám nha khoa và 77,7% cho rằng họ sẽ từ chối đến điều trị tại phòng khám nếu họ biết rằng các bệnh nhân AIDS và viêm gan B điều trị ở đó. Chỉ có 25,2% bệnh nhân cho rằng lò hấp hơi nước là phương pháp tốt nhất để tiệt khuẩn dụng cụ [73].

Qua các số liệu của các nghiên cứu về công tác KSNK tại một số quốc gia cho thấy đa số các nghiên cứu chỉ khảo sát về thực trạng công tác KSNK như tỷ lệ NVYT sử dụng găng tay, đeo khẩu trang, khảo sát các phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ hay tỷ lệ tiêm chủng viêm gan B của NVYT. Các nghiên cứu chưa đi sâu vào đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ và chưa đánh giá vi sinh dụng cụ hay vi sinh tay nhân viên y tế tại các cơ sở nha khoa.

### **1.3.2. Hiệu quả kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam**

Năm 2000, theo kết quả khảo sát về tỷ lệ phơi nhiễm nghề nghiệp của NVYT tại Bệnh viện Chợ Rẫy, có 35% điều dưỡng viên, 53% phẫu thuật viên có tối thiểu một lần bị tổn thương qua da trong vòng một năm qua. Trong số những vật sắc nhọn gây ra tổn thương thì 53% do kim tiêm. Đối với trường hợp phơi nhiễm qua niêm mạc, 18% điều dưỡng từng bị máu bắn vào niêm mạc và 40% bị vào mắt [58].

#### ***1.3.2.1. Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam***

Năm 2000, Lê Thị Lợi và cộng sự khảo sát về kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS trên đối tượng là sinh viên RHM, nha sĩ, y sĩ, bác sĩ RHM và nha công tại Cần Thơ với bảng câu hỏi soạn sẵn bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp 79 y sĩ và bác sĩ đang làm việc trong hệ thống nhà nước và tư nhân và bảng quan sát nhằm ghi nhận các phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn và thực hành kiểm soát lây nhiễm HIV/AIDS tại cơ sở RHM. Kết quả cho thấy 79% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức. Tỷ lệ kiến thức tốt của bác sĩ cao hơn y sĩ. Quan sát thực hành KSNK cho thấy 59,1% nhân viên mang găng tay khi điều trị, mang khẩu trang chỉ có 56,1%. Số cơ sở dùng lò hấp ướt để tiệt khuẩn dụng cụ chiếm tỷ lệ rất thấp, chỉ có 38,4%. Công tác phòng ngừa và hạn chế lây nhiễm trong điều trị chưa tốt như còn sử dụng thuốc tê bơm lại 27,8%, dùng một kim nha khoa chích cho nhiều bệnh nhân 31,7% và không thay ly súc miệng sau mỗi bệnh nhân 55,2% [52].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Nga (2001), khảo sát về kiểm soát lây nhiễm HIV/AIDS của 70 Y- bác sĩ RHM đang làm việc tại quận 11, TP.HCM bằng cách dùng bảng câu hỏi, kèm theo bảng quan sát phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn và thực hành KSNK tại cơ sở RHM. Đối tượng nghiên cứu với 38,8% là bác sĩ RHM; 50% y sĩ, bác sĩ công tác tại các cơ sở RHM nhà nước. Kết quả ghi nhận: Kiến thức tốt: 44,3%; quan sát thực hành KSNK cho thấy: Sử dụng phương tiện bảo vệ khi điều trị như mang găng tay 75,7%; mang khẩu trang 50% và số cơ sở tiệt khuẩn dụng cụ bằng lò hấp ướt 34,2%; dùng dung dịch khử khuẩn dụng cụ 90%. Số cơ sở có sử dụng xà bông sát khuẩn rửa tay 52,9%, dùng máy hủy kim 31,4% [53].

Năm 2009, Ngô Đồng Khanh, đánh giá về kiến thức và thực hành KSNK ở cơ sở RHM các tỉnh thành phía Nam trên 250 Bác sĩ RHM, Y sĩ RHM, Y sĩ răng trẻ em tại các cơ sở RHM phía nam. Kết quả ghi nhận số NVYT trả lời đúng các kiến thức về nguy cơ lây bệnh và cách phòng ngừa lây nhiễm là 88,6% và 92%. Trả lời đúng về quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn có 52,4% Bác sĩ; 47,6% Y sĩ; 39,7% cơ sở nhà nước và 60,3% cơ sở tư nhân. Có 33,9% Y -bác sĩ trả lời đúng quy trình rửa tay thường quy; 68,2% trả lời đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ [43].

### ***1.3.2.2. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại Việt Nam***

Năm 2008, theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Huệ về thực trạng KSNK tại các cơ sở RHM nhà nước và tư nhân tỉnh Bình Dương ghi nhận 62,5% cơ sở RHM nhà nước không có quy trình xử lý dụng cụ. Tại các cơ sở RHM tư nhân, với 46,7% cơ sở có quy trình xử lý dụng cụ. Về phương tiện tiệt khuẩn, có 50% cơ sở sử dụng Autoclave. Về nơi rửa tay, 50% cơ sở nhà nước đã bố trí bồn rửa tay và bồn rửa dụng cụ riêng biệt. 100% cơ sở nhà nước không sử dụng dung dịch sát khuẩn để rửa tay. Tại các cơ sở RHM tư nhân, 76,7% cơ sở bố trí một lavabo vừa rửa tay và rửa dụng cụ chung. Tỷ lệ 52,6% cơ sở xử lý tay khoan bằng cách dùng Hexanios lau sau khi điều trị; 21,1% dùng cồn hay khăn giấy tẩm dung dịch khử khuẩn lau sau khi sử dụng và nghiên cứu ghi nhận 26,3% không xử lý tay khoan, mà chỉ thay mũi khoan khi điều trị cho bệnh nhân mới [34].



Năm 2009, Ngô Đồng Khanh, đánh giá thực trạng KSNK ở cơ sở RHM các tỉnh thành phía Nam, khảo sát 95 cơ sở RHM nhà nước và tư nhân. Kết quả cho thấy 52,6% cơ sở sử dụng lò hấp ướ; 26,3% không xử lý tay khoan và 31,3% rửa tay với nước hay xà phòng thường. Nghiên cứu này chưa nêu mối quan hệ giữa kiến thức và thực hành KSNK, chưa đánh giá vi sinh dụng cụ và chưa đánh giá chất lượng các lò hấp dụng cụ tại các cơ sở RHM [42].

Năm 2010, Trần Hải Sơn, khảo sát về thực trạng KSNK tại các cơ sở RHM tỉnh Tiền Giang cho thấy: 64,4% nhân viên đang làm việc tại các cơ sở RHM đã chủng ngừa viêm gan siêu vi B. Số cơ sở có hệ thống xử lý nước thải chiếm tỉ lệ rất thấp, chỉ có 6,5% thường ở các bệnh viện lớn có đầu tư xây dựng hệ thống xử lý chung cho toàn bệnh viện. Số còn lại với hơn 93% các cơ sở còn lại đều thải vào hệ thống thoát nước công cộng hoặc ra sông, ao, kênh rạch là không đạt yêu cầu. Tỷ lệ 68,4% nhân viên chăm sóc răng miệng rửa tay trước khi điều trị và 61,8% rửa tay sau khi điều trị. Tỷ lệ 18,4% cơ sở có áp dụng và thực hiện đúng quy trình rửa tay thường quy, 31,5% cơ sở có thực hiện rửa tay với xà phòng có chất sát khuẩn [54].

### ***1.3.2.3. Thực trạng các kết quả đánh giá vi sinh dụng cụ và môi trường điều trị tại Việt Nam***

Năm 2010, Trần Hải Sơn khảo sát về vi sinh nguồn nước sử dụng cho tay khoan nha khoa cho thấy 45,4% mẫu nước xét nghiệm có sự hiện diện của tổng số Coliforms trên mức cho phép và 45,4% mẫu nước có sự hiện diện của E. coli trong 44 mẫu nước tay khoan thu thập được và cho 54,5% mẫu nước đạt tiêu chuẩn nước ăn uống [54].

Năm 2012, Nguyễn Đức Huệ, đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa, vi sinh bàn tay phẫu thuật viên và trợ thủ sau khi rửa tay tại phòng mổ tại Bệnh viện RHM Trung ương TP.HCM. Với mẫu thuận tiện, kỹ thuật lấy mẫu và phân tích được thực hiện bởi các Kỹ thuật viên vi sinh của Viện Y tế Công cộng TP.HCM. Kết quả cho thấy 100% mẫu kiểm tra dụng cụ không phát hiện vi khuẩn, 100% mẫu bàn tay nhân viên không phát hiện *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Klebsiella* sau khi rửa tay. Các phân tích vi sinh nước tại các đầu cạo vôi siêu âm, nước tại các tay khoan và nguồn nước rửa tay 100% đều không phát hiện *Coliforms* và *E.coli* [36].

Năm 2009, Đặng Thị Minh Trang, đánh giá tình hình nhiễm khuẩn trong không khí tại các khu điều trị của khoa RHM, Đại học Y Dược TP HCM. Nghiên cứu sử dụng thạch máu, tiến hành lấy mẫu tại khu vực không diễn ra điều trị, phòng chờ nhận bệnh, khu hành lang. Kết quả cho thấy, tại thời điểm đang điều trị, số lượng vi khuẩn trong không khí tăng có ý nghĩa tại mọi khu vực, cao hơn tại vị trí gần miệng bệnh nhân so với vị trí sau lưng bệnh nhân. Điều này cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn trong không khí tăng liên quan đến điều trị răng miệng do sử dụng tay khoan cao tốc [64].

Năm 2012, nghiên cứu của Lê Hoàng Lan Anh và Ngô Thị Quỳnh Lan nhằm đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn không khí tại khu điều trị khoa RHM khi cho bệnh nhân súc miệng trước thủ thuật gồm các loại hình điều trị như: Cạo vôi siêu âm, sử dụng tay khoan nha khoa để trám răng, làm phục hình răng, nhổ răng thường và nhổ răng khôn. Bằng phương pháp đặt hộp thạch và được đem nuôi cấy và đếm số khuẩn vi khuẩn trên mỗi hộp. Kết quả cho thấy, có sự tăng số lượng vi khuẩn trong không khí trong thời gian điều trị ở mọi khu vực điều trị và cả khu vực phòng chờ. Nghiên cứu cũng cho thấy số lượng vi khuẩn trong không khí tăng khi điều trị răng miệng, càng gần miệng bệnh nhân thì số lượng vi khuẩn càng cao. Sử dụng nước súc miệng trước thủ thuật giúp làm giảm số lượng vi khuẩn trong không khí [17].

Năm 2012, Nguyễn Đức Huệ, đánh giá vi sinh không khí tại phòng mổ và các khoa lâm sàng tại Bệnh viện RHM Trung ương TP. HCM, kỹ thuật lấy mẫu và phân tích được thực hiện bởi các Kỹ thuật viên vi sinh của Viện Y tế Công cộng TP HCM. Kết quả phân tích vi sinh không khí tại 3 khu vực: Phòng mổ số 2, Khoa Chữa răng và Khoa Nha chu phát hiện *Staphylococcus aureus* [36].

### **1.3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn**

#### ***1.3.3.1. Điều kiện làm việc ảnh hưởng đến kiểm soát nhiễm khuẩn***

Năm 2010, Trần Hải Sơn, khảo sát về điều kiện làm việc của các cơ sở RHM tại tỉnh Tiền Giang về KSNK cho thấy chỉ có 34,2% cơ sở sử dụng lò hấp ướt autoclave để tiệt khuẩn dụng cụ, với 93,4% chưa có hệ thống xử lý nước thải mà thải vào hệ thống thoát nước công cộng và có đến 61,8% chưa thực hiện xử lý rác thải y tế đúng qui định của Bộ Y tế [54].

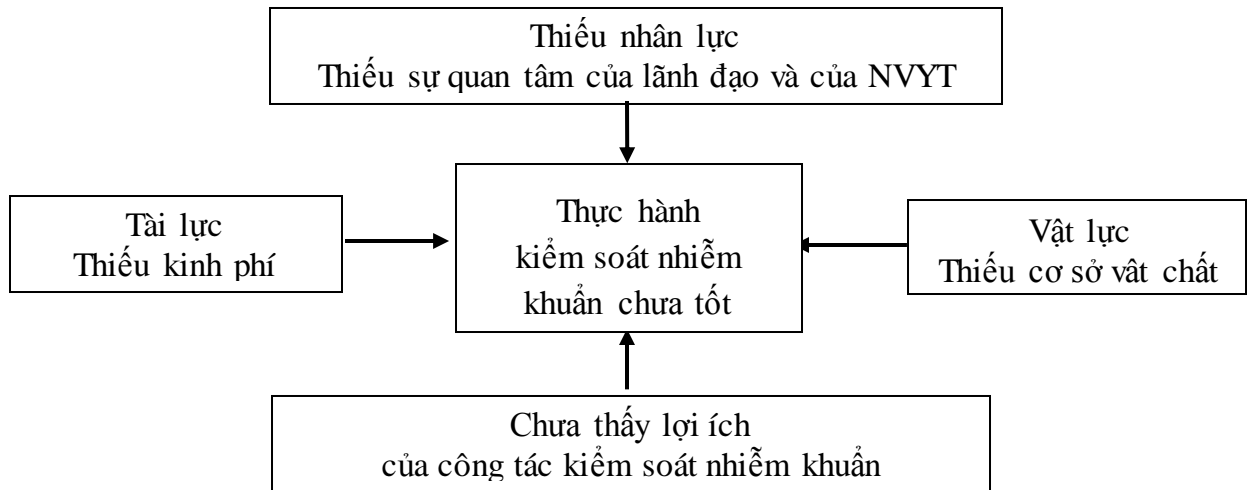
Năm 2008, Nguyễn Đức Huệ, khảo sát 78 Y - bác sĩ răng hàm mặt về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK của nhân viên y tế trong quá trình chăm sóc điều trị bệnh răng miệng tại cơ sở RHM nhà nước tỉnh Bình Dương cho thấy có 87,5% Y - bác sĩ răng hàm mặt cho là thiếu trang thiết bị và điều kiện làm việc, 75% cho là thiếu nhân lực, thiếu dụng cụ, vật liệu khi điều trị và 50% cho là thiếu kinh phí, 37,5% cho rằng nhân viên bận quá nhiều công tác. Tại thời điểm khảo sát, giá viện phí còn thấp, mức chi của bảo hiểm y tế cho các điều trị RHM quá thấp, kinh phí hoạt động còn thiếu nếu làm tốt các yêu cầu của công tác KSNK, sẽ có nguy cơ thu không đủ chi. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận 25% và 26,7% nhân viên y tế công tác tại các cơ sở nhà nước cho rằng chưa được đào tạo về KSNK cho nên chưa hiểu tầm quan trọng và chưa quan tâm đến công tác KSNK [34].

Năm 2008, Nguyễn Đức Huệ, khảo sát lấy ý kiến của cán bộ quản lý của Ban Giám đốc các bệnh viện đa khoa huyện về công tác KSNK tại các cơ sở RHM nhà nước và tư nhân tại tỉnh Bình Dương. Kết quả khảo sát cho thấy, 50% các nhà quản lý nhận xét điều kiện thực hành KSNK tại các cơ sở nhà nước là khá đầy đủ nhưng vẫn còn 25% cho là thiếu điều kiện để làm việc. Tỷ lệ 58,3% nhà quản lý cho rằng thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở RHM nhà nước là khá tốt [34].

### ***1.3.3.2. Đánh giá của cán bộ quản lý về các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát nhiễm khuẩn***

Năm 2008, Nguyễn Đức Huệ khảo sát về các đánh giá của cán bộ quản lý tại các bệnh viện đa khoa huyện về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK tại các cơ sở RHM nhà nước và tư nhân trên địa bàn tỉnh Bình Dương. Đánh giá của các nhà quản lý về các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành KSNK tại các cơ sở RHM nhà nước, với 100% cho là thiếu nhân lực, 66,7% cho là thiếu trang thiết bị, 50% cho rằng do thiếu kinh phí và 16,7% cho rằng nhân viên quá bận nhiều công tác. Tại các cơ sở tư nhân, có đến 83,3% cho là chưa có qui trình thống nhất về KSNK giữa cơ sở nhà nước và tư nhân và 33,3% chưa được đào tạo, cập nhật kiến thức KSNK [34].

Từ các nghiên cứu cho thấy, công tác KSNK tại các bệnh viện vẫn còn nhiều tồn tại do một số nguyên nhân: Do thiếu nhân lực, thiếu kinh phí, thiếu trang thiết bị, thiếu điều kiện làm việc và chưa được đào tạo về KSNK.



**Sơ đồ 1.4.** Các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn [37].

Tóm lại, qua các số liệu nghiên cứu về công tác KSNK tại một số quốc gia cho thấy đa số các nghiên cứu chỉ khảo sát tỷ lệ NVYT sử dụng găng tay, khẩu trang và khảo sát các phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ hay tỉ lệ tiêm chủng viêm gan B của NVYT... Các nghiên cứu chưa đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ và chưa đánh giá vi sinh dụng cụ hay vi sinh tay nhân viên tại các cơ sở RHM.

Thực tế hiện nay tại Việt Nam, một số khảo sát về kiến thức, thực hành của NVYT về công tác KSNK tại các cơ sở RHM được công bố nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa, đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của các lò hấp dụng cụ và đánh giá các biện pháp can thiệp theo các hướng dẫn về công tác KSNK trong chuyên ngành RHM của CDC - Hoa Kỳ năm 2003. Bên cạnh đó, chưa có nghiên cứu đánh giá việc thực hiện các hướng dẫn về KSNK do Bộ Y tế quy định, trong khi vấn đề KSNK đang nhận được sự quan tâm rất lớn từ cộng đồng. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mong muốn cung cấp những kết quả phản ánh đúng và trung thực về thực trạng KSNK tại các cơ sở RHM tại thành phố Hồ Chí Minh. Qua đó, xây dựng, triển khai và đánh giá các biện pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thực hành về KSNK của nhân viên y tế để bảo vệ sức khỏe và đáp ứng nhu cầu của người dân khi tìm đến cơ sở RHM [11],[43],[74].

## **CHƯƠNG 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

Nhân viên y tế tham gia điều trị, điều dưỡng, phụ trách công tác hành chính tại các cơ sở RHM.

Người bệnh đến khám và điều trị răng miệng tại các cơ sở RHM.

Các dụng cụ và lò hấp dụng cụ hiện có tại các khoa RHM.

Nguồn nước sử dụng cho công tác điều trị tại khoa RHM.

#### **2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU**

Tại 24 cơ sở RHM của 24 bệnh viện công lập tuyến quận, huyện tại TP. HCM.

#### **2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU**

Thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2015 đến 6/2017, trong đó:

Điều tra mô tả cắt ngang: Từ tháng 7/2015 - 12/2015.

Thời gian can thiệp: Kéo dài 12 tháng, từ tháng 1/2016- 12/2016.

Đánh giá sau can thiệp: Từ tháng 1 - 6/2017.

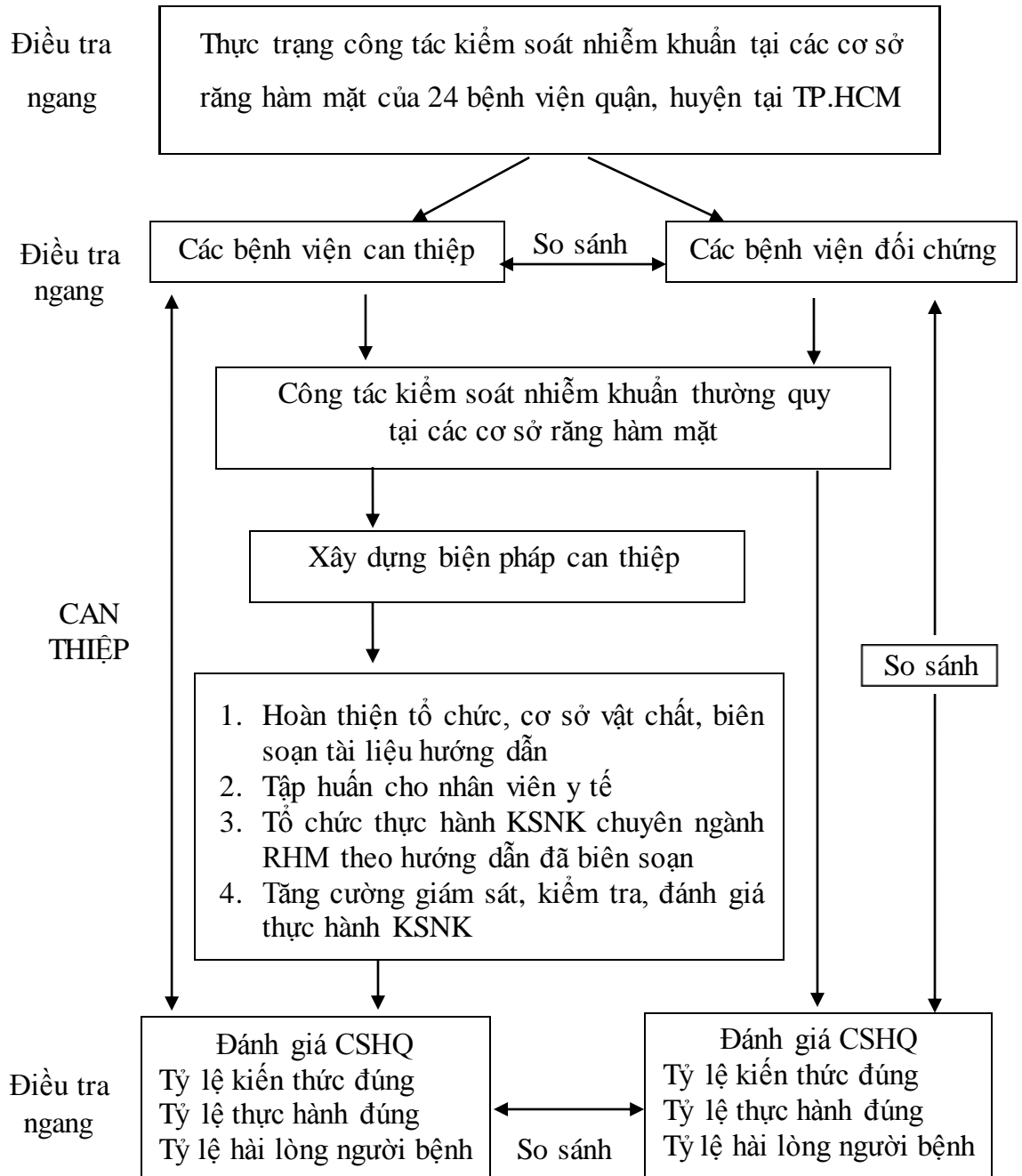
#### **2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **2.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành theo 2 giai đoạn, tương ứng với 2 thiết kế:

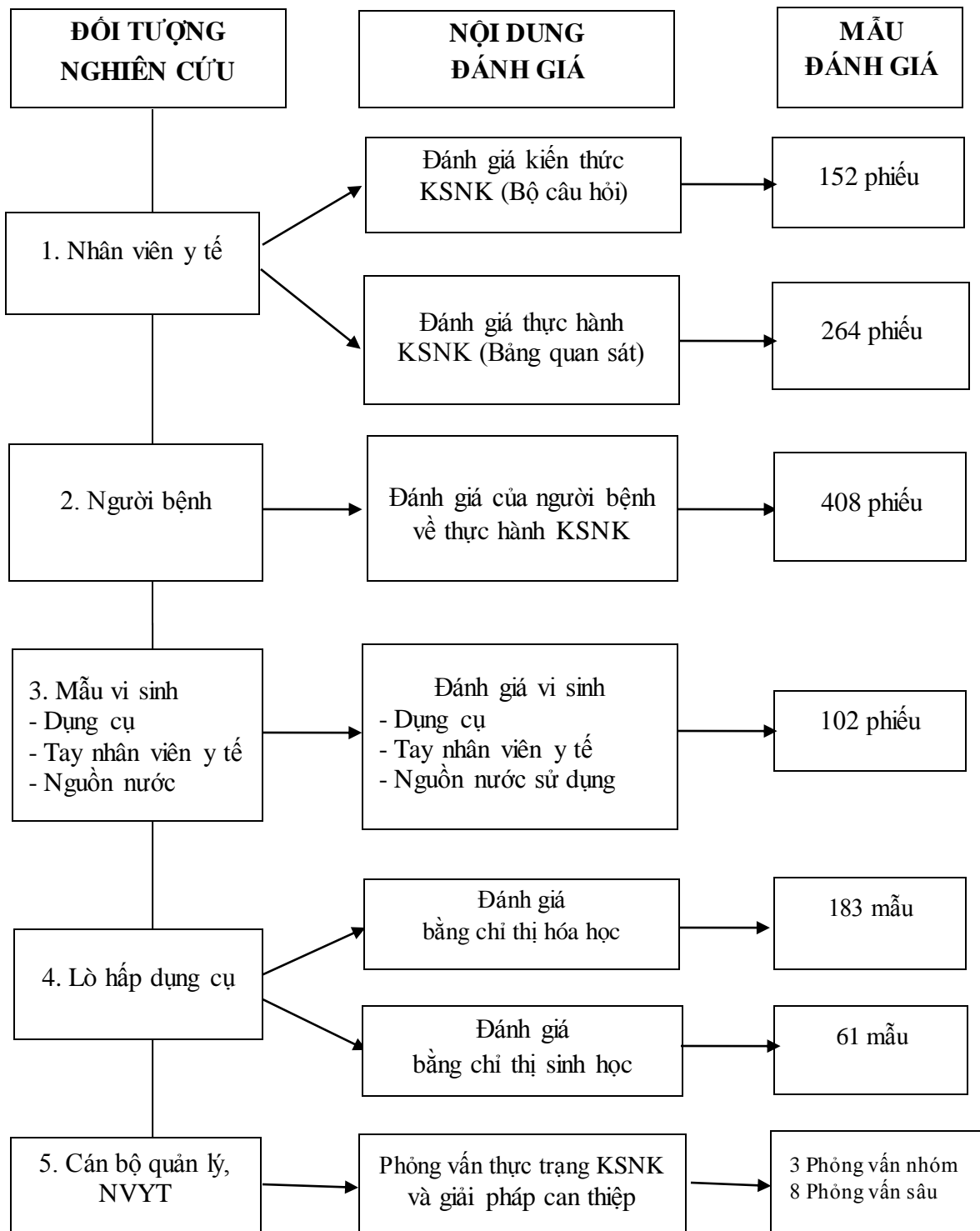
Giai đoạn 1: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả, với kỹ thuật điều tra cắt ngang.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu dịch tễ học can thiệp có đối chứng.



**Sơ đồ 2.1.** Thiết kế nghiên cứu mô tả và dịch tễ học can thiệp

### 2.4.2. Nghiên cứu mô tả cắt ngang



Sơ đồ 2.2. Tóm tắt nội dung nghiên cứu cắt ngang mô tả

### **2.4.2.1. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu cắt ngang**

Nghiên cứu tiến hành theo 2 phương pháp chọn mẫu, theo đối tượng nghiên cứu.

#### **Phương pháp chọn mẫu toàn bộ**

Đối với các bệnh viện tuyến quận huyện: Chọn tất cả 24 bệnh viện công lập tuyến quận, huyện của TP. HCM, với 19 bệnh viện công lập tuyến quận và 5 bệnh viện tuyến huyện.

Đối với các cơ sở RHM, chọn tất cả 24 cơ sở RHM của 24 bệnh viện công lập tuyến quận, huyện của TP. HCM.

Đối với nhân viên y tế, chọn tất cả nhân viên y tế đang làm việc tại các cơ sở RHM của 24 bệnh viện công lập tuyến quận, huyện trên địa bàn TP.HCM.

Đối với các lò hấp tiệt khuẩn dụng cụ, chọn tất cả 61 lò hấp hơi nước đang sử dụng để hấp tiệt khuẩn dụng cụ cho khoa RHM và toàn bệnh viện.

#### **Cách chọn mẫu phỏng vấn đối với chuyên gia và thảo luận nhóm trọng tâm**

Chọn mẫu phỏng vấn đối với các chuyên gia: Các đối tượng chọn phỏng vấn sâu là các lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa RHM, khoa KSNK và các chuyên gia về KSNK của các trường Đại học Y dược tại TP HCM, của Sở Y tế TP.HCM.

Chọn mẫu thảo luận nhóm trọng tâm: Chọn 3 nhóm để thảo luận nhóm trọng tâm gồm

- Nhóm gồm 10 Bác sĩ RHM đang điều trị tại các cơ sở RHM tuyến quận, huyện của TP HCM.
- Nhóm gồm 10 Y sĩ, Điều dưỡng đang làm việc tại các cơ sở RHM tuyến quận, huyện của TP HCM.
- Nhóm gồm 8 cán bộ quản lý về KSNK tại cơ sở RHM tuyến quận của TP HCM.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu đối với nhân viên y tế:**

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:



$n =$  Cỡ mẫu;  $Z (1 - \alpha/2) = 1,96$  là hệ số độ tin cậy với mức xác suất 95%;  $d = 0,05$  là mức độ chính xác kỳ vọng;  $p = 0,92$  theo nghiên cứu của Ngô Đồng Khanh năm 2009, tỷ lệ nhân viên y tế có kiến thức đúng về cách phòng ngừa lây nhiễm trong nha khoa là 92,0%. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 114 nhân viên y tế. Thực tế khảo sát toàn bộ 152 nhân viên y tế tại tất cả 24 cơ sở răng hàm mặt của các bệnh viện tuyến quận, huyện tại thành phố Hồ Chí Minh.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu đối với người bệnh:**

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

$n =$  Cỡ mẫu;  $Z (1 - \alpha/2) = 1,96$  là hệ số độ tin cậy với mức xác suất 95%;  $d = 0,05$  là mức độ chính xác kỳ vọng.  $p = 0,5$  là tỷ lệ hài lòng của người bệnh về KSNK là 50% để đạt cỡ mẫu tối thiểu lớn nhất theo công thức trên, vì chưa có nghiên cứu nào khảo sát mức độ hài lòng của người bệnh về KSNK.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 384 người bệnh. Thực tế khảo sát 408 người bệnh.

#### *Cách chọn mẫu đối với người bệnh*

Theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện đối với những người bệnh đến khám và điều trị răng miệng tại 24 khoa RHM của bệnh viện công lập tuyến quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh.

Mỗi cơ sở RHM sẽ lấy mẫu vào buổi sáng, từ 8: 00 - 11: 30 và buổi chiều từ 13:30 - 16:00. Thực tế, mỗi khoa RHM đã chọn 17 người bệnh.

Tổng số: 17 người bệnh x 24 khoa = 408 người bệnh.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu đối với phiếu quan sát**

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu dịch tễ học mô tả.

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:  $n =$  Cỡ mẫu;  $Z (1 - \alpha/2) = 1,96$  là hệ số độ tin cậy với mức xác suất 95%;  $d = 0,05$  là mức độ chính xác kỳ vọng.  $p = 0,8$  là tỷ lệ nhân viên y tế có thực hành KSNK chưa tốt dựa theo nghiên cứu Trần Hải Sơn năm 2012 [54].

Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 246. Thực tế khảo sát 264 phiếu quan sát.

#### *Chọn mẫu đối với phiếu quan sát*

Mỗi cơ sở RHM sẽ đánh giá thực hành KSNK của nhân viên y tế bằng phiếu khảo sát khi làm các thủ thuật nha khoa: khám răng, trám răng, cạo vôi, chữa tủy, làm răng giả, răng sứ, nhổ răng và các tiểu phẫu thuật trong nha khoa. Đánh giá bằng cách quan sát trực tiếp và đánh vào phiếu quan sát.

Mỗi khoa chỉ khảo sát trong 1 ngày. Đánh giá thực hành KSNK được thực hiện vào buổi sáng, từ 8:00 - 11:30 và buổi chiều từ 13:30 - 16:00. Mỗi khoa khảo sát 11 phiếu quan sát về thực hành KSNK. Tổng mẫu: 11 phiếu x 24 khoa = 264 phiếu.

Tiêu chí đánh giá thực hành KSNK của NVYT

Đạt: Có thực hiện.

Không đạt: Chưa thực hiện, chưa triển khai hoặc triển khai chưa tốt.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu đối với chỉ thị hóa học và chỉ thị sinh học**

Chọn mẫu có chủ đích để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của các gói dụng cụ và chất lượng tiệt khuẩn của các lò hấp hơi nước tại 24 bệnh viện tuyến quận huyện. Kết quả đã khảo sát tất cả 61 lò hấp hơi nước.

Đối với chỉ thị sinh học: Mỗi lò hấp sẽ đánh giá bằng 1 mẫu chỉ thị sinh học, được đặt ở phần trung tâm của lò hấp hơi nước. Tổng mẫu sẽ là 1 mẫu x 61 lò hấp = 61 mẫu chỉ thị sinh học.

Đối với chỉ thị hóa học: Mỗi lò hấp sẽ đánh giá bằng 3 mẫu chỉ thị hóa học, mẫu được cho vào túi dụng cụ và đặt ở 3 vị trí phía trước, giữa và phía sau của mỗi lần hấp. Tổng mẫu: 3 mẫu x 61 lò = 183 mẫu chỉ thị hóa học.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu xét nghiệm vi sinh**

Chọn mẫu có chủ đích tại 6 khoa RHM, với tất cả 102 mẫu đánh giá vi sinh, gồm 30 mẫu dụng cụ, 24 mẫu phết họng bệnh nhân, 12 mẫu bàn tay nhân viên, 12 mẫu găng khám, 12 mẫu nước và 12 mẫu không khí tại các cơ sở RHM.

Mỗi khoa RHM sẽ chọn 17 mẫu vi sinh gồm: dụng cụ nhỏ răng, tay khoan nha khoa, tay chỉnh đèn, nước sử dụng điều trị nha khoa, môi trường không khí khu điều trị, tay nhân viên y tế sau khi rửa tay thường quy với dung dịch sát khuẩn, găng tay trước khi điều trị và khảo sát vi sinh ở vùng họng của người bệnh trước khi điều trị.

Thời gian lấy mẫu: buổi sáng, trong giờ hành chính từ 8:00 - 11:30.

#### **2.4.2.2. Định nghĩa biến số**

##### **Biến số về đặc điểm dân số - xã hội của mẫu nghiên cứu**

Nhóm tuổi: Biến số thứ tự, với 5 giá trị: 18 - 29, 30 - 39, 40 - 49, 50-59 và  $\geq 60$ .

Giới tính: Biến số nhị giá, với 2 giá trị: nam - nữ.

Học vấn: Biến số thứ tự, với 4 giá trị là từ cấp 2 trở xuống, tốt nghiệp trung học phổ thông (cấp 3); trung cấp, cao đẳng, đại học; sau đại học.

Nơi cư trú: Biến số định danh: nội thành, ngoại thành, các tỉnh khác.

Nghề nghiệp: Biến số định danh: công chức, viên chức; học sinh, sinh viên; lao động tự do, kinh doanh; nội trợ; mất sức lao động, hưu trí; chưa có việc làm.

##### **Biến số về nhu cầu điều trị RHM của người bệnh**

Nơi điều trị RHM: Biến số định danh, có 3 giá trị: cơ sở công lập, cơ sở tư nhân, công lập và tư nhân.

Số lần điều trị RHM: Biến số thứ tự gồm lần đầu tiên, lần thứ hai, nhiều lần.

Lý do chọn cơ sở điều trị RHM: Biến số định danh, có 7 giá trị: gần nhà; bị đau răng; người quen giới thiệu; an tâm với chất lượng; không sợ lây nhiễm; là cơ sở nhà nước; là BV mới, sạch, đẹp.

##### **Biến số đánh giá thực hành KSNK trước khi điều trị**

Mang găng tay: Biến số nhị giá, gồm có và đúng quy định, không mang găng.

Đeo khẩu trang: Biến số nhị giá gồm có và đúng quy định, không mang.

Đội nón y tế: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Kính bảo vệ mắt: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Rửa tay: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Làm vệ sinh ghế nha khoa: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Ly sạch và nước súc miệng cho BN: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

**Biến số đánh giá thực hành KSNK trong quá trình điều trị.**

Cho BN súc miệng với dung dịch sát khuẩn: Biến số nhị giá: có, không.

Dùng găng tay để cầm và nghe điện thoại: Biến số nhị giá: có, không.

Vệ sinh ghế nha khoa: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Rửa tay sau khi điều trị: Biến số nhị giá, có 2 giá trị: có, không.

Ghế nha khoa: Biến số thứ tự, có 3 giá trị: sạch, dơ có máu, không quan tâm.

Nơi nhỏ nước bọt ghế nha khoa: Biến số thứ tự, có 3 giá trị: sạch, không sạch, không quan tâm.

Công tác vệ sinh tại cơ sở nha khoa: Biến số thứ tự, có 3 giá trị: sạch, không sạch, không quan tâm.

**Nhận xét, đề xuất của người bệnh về công tác vệ sinh, KSNK của các cơ sở RHM công lập tuyến quận, huyện**

Các giải pháp dự phòng lây nhiễm: Biến số định danh, có 5 giá trị: làm tốt công tác vệ sinh; làm tốt công tác phòng chống lây nhiễm; xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định; sử dụng vật liệu mới khi điều trị; chỉ cần làm tốt công tác vệ sinh là đủ.

Đề xuất có khu điều trị riêng cho BN HIV/AIDS và BN bị viêm gan B, C: Biến số định danh, có 2 giá trị: có, không.

Lo lắng khi điều trị nha khoa: Biến số định danh, có 5 giá trị: Sợ bị nhiễm HIV/AIDS; sợ bị nhiễm viêm gan B; sợ bị nhiễm viêm gan C; sợ bị nhiễm lao; sợ bị nhiễm các bệnh khác.

Chi phí điều trị để làm tốt KSNK: Biến số định danh, có 3 giá trị: chấp nhận; tạm chấp nhận khi có yêu cầu; không chấp nhận vì chi phí điều trị sẽ cao hơn.

**2.4.2.3. Nội dung nghiên cứu cắt ngang**

*Đánh giá về nguồn lực, cơ sở vật chất liên quan đến thực hành KSNK*

Đối với NVYT: khảo sát về số lượng nhân viên, giới tính, trình độ chuyên môn, năm công tác, kiến thức về KSNK

Đối với trang thiết bị, cơ sở vật chất: Số lượng máy ghế nha khoa, máy hấp dụng cụ, số lượng nơi vệ sinh tay, hóa chất sử dụng tại cơ sở RHM.

*Đánh giá về kiến thức và thực hành KSNK của NVYT*

Nội dung đánh giá là các kiến thức cơ bản và quy trình thực hành KSNK.

Đánh giá thực hành KSNK bằng phiếu quan sát.

*Đánh giá của người bệnh về thực hành KSNK của NVYT*

Nhận xét về công tác vệ sinh tại nơi điều trị.

Nhận xét về công tác KSNK của NVYT tại nơi điều trị.

*Đánh giá về chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ của lò hấp:* bằng chỉ thị hóa học đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của gói dụng cụ sau tiệt khuẩn và chỉ thị sinh học đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của lò hấp hơi nước sau tiệt khuẩn.

**2.4.2.4. Công cụ thu thập số liệu**

Các công cụ thu thập số liệu đều được xây dựng và lựa chọn dựa theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT, ngày 27/9/2012 và tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC – Hoa Kỳ, gồm:

- Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức KSNK của NVYT dành cho NVYT.
- Các phiếu quan sát thực hành các quy trình KSNK.
- Phiếu đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ của các lò hấp dụng cụ.
- Các bản hướng dẫn thảo luận nhóm trọng tâm về KSNK.
- Bộ câu hỏi đánh giá về thực hành KSNK của người bệnh.
- Phiếu đánh giá kết quả vi sinh.

**2.4.2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin**

**Phỏng vấn trực tiếp NVYT bằng bộ câu hỏi**

Điều tra viên đến cơ sở phỏng vấn trực tiếp NVYT theo các nội dung trong phiếu phỏng vấn (Mẫu phiếu 1) để đánh giá thực trạng về kiến thức và thực hành KSNK của NVYT trong quá trình điều trị tại khoa RHM. Nội dung phỏng vấn gồm:

Phần 1: Gồm các thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu: năm sinh, giới, trình độ chuyên môn, nơi làm việc, thâm niên hành nghề, nhiệm vụ chuyên môn (7 câu).

Phần 2: Gồm các câu hỏi cách tiếp cận thông tin về kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế (4 câu).

Phần 3: Gồm các câu về kiến thức, thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn cơ bản như nguy cơ nhiễm khuẩn, cách phòng ngừa lây nhiễm trong điều trị, xử lý dụng cụ, xử lý rác thải, nhận xét về điều kiện làm việc và các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK tại cơ sở RHM tuyến quận huyện (30 câu).

### **Phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi**

Bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh, gồm có 2 phần, với 19 câu hỏi.

- Phần 1: Gồm các thông tin cơ bản về đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú.
- Phần 2: Nhận xét và đánh giá chung của người bệnh về công tác vệ sinh khoa phòng nơi điều trị, điều kiện làm việc, trang thiết bị sử dụng từ quan sát thực tế tại cơ sở RHM (câu 19).

### **Khảo sát về thực hành KSNK của NVYT bằng phiếu quan sát**

Sử dụng phiếu quan sát đánh giá về điều kiện làm việc và thực hành KSNK của NVYT lúc đang điều trị cho bệnh nhân.

Nội dung bảng quan sát, gồm 8 phần, với 55 yếu tố liên quan đến điều kiện làm việc và thực hành KSNK

- Cơ sở vật chất và điều kiện thực hành KSNK
- Vệ sinh tay.
- Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân.
- Khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ.
- Tiêm an toàn.
- Xử lý chất thải.
- Phòng tránh lây nhiễm trong quá trình điều trị.

### **Cách đánh giá**

Nhóm nghiên cứu có thông báo trước lịch khảo sát và phối hợp với nhân viên tổ giám sát của khoa KSNK đến giám sát trực tiếp về điều kiện làm việc và thực hành KSNK tại cơ sở RHM như thực hành vệ sinh tay, phương tiện phòng hộ cá nhân, công tác xử lý dụng cụ, thực hành KSNK của NVYT trong một ngày.

Thời gian khảo sát, buổi sáng từ 7:30 – 11:30, buổi chiều từ 13:30 – 16:30.

### **Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ và chất lượng lò hấp hơi nước**

Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của gói dụng cụ bằng chỉ thị hóa học 1243 A và đánh giá chất lượng lò hấp bằng chỉ thị sinh học 1292. Theo tiêu chí đánh giá theo hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Quyết định số: 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/09/2012 và hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM của Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh CDC - Hoa Kỳ.

#### **Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của gói dụng cụ**

Phương tiện đánh giá: Bảng chỉ thị hóa học 1243A

Tiêu chuẩn đánh giá: ISO - 11140, đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng lò hấp hơi nước - 3M - Sterigage.

Cách đánh giá: Mỗi lò hấp được đánh giá bằng 3 mẫu chỉ thị hóa học được đóng gói chung với bộ dụng cụ, chuẩn bị cho vào lò hấp tiệt khuẩn, 3 gói dụng cụ được đặt ở 3 vị trí: phía trước, giữa và phía sau lò hấp. Sau tiệt khuẩn sẽ đọc kết quả.

Tiêu chí đánh giá: Đạt yêu cầu, không đạt yêu cầu.

#### **Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của cửa lò hấp dụng cụ**

Phương tiện đánh giá: Bảng chỉ thị sinh học 1292.

Tiêu chuẩn đánh giá: ISO – 11138, đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của lò hấp hơi nước.

Cách đánh giá: Mỗi lò hấp được đánh giá bằng 1 chỉ thị sinh học, được đóng gói và đặt ở giữa lò hấp. Sau khi tiệt khuẩn, đem mẫu đi ủ ở máy đọc huỳnh quang 3M - 390, sau 3 giờ sẽ đọc kết quả.

Tiêu chí đánh giá: Đạt yêu cầu, không đạt yêu cầu.

#### **Đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa**

Loại dụng cụ: Chọn ngẫu nhiên những loại dụng cụ sử dụng trong điều trị nha khoa thường bị dính máu, nước bọt và dịch tiệt.

Cách chọn dụng cụ: Mỗi cơ sở RHM sẽ chọn ngẫu nhiên 2 loại dụng cụ đã tiệt khuẩn để kiểm tra vi sinh: Kèm nhổ răng, nạy nhổ răng đã tiệt khuẩn và đang lưu trữ trong tủ bảo quản, chuẩn bị sử dụng điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo tiêu chuẩn của phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur - TP HCM.

Tiêu chí đánh giá : Đạt yêu cầu : Không phát hiện vi khuẩn, không đạt : Phát hiện có vi khuẩn và loại vi khuẩn.

Quy trình đánh giá

Người đánh giá: Kỹ thuật viên phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP HCM.

Thời gian lấy mẫu: Lấy mẫu vào buổi sáng từ 8:00 - 11:30.

Cách chọn dụng cụ: Lấy dụng cụ từ trong hộp hay túi dụng cụ tại nơi lưu trữ.

Cách lấy mẫu vi sinh: Dùng tăm bông vô trùng nhúng vào dung dịch Natri clorua 0,9% phết lên toàn bộ diện tích bề mặt của dụng cụ theo đúng quy trình. Sau đó cấy trực tiếp vào môi trường nuôi cấy để kiểm tra vi sinh.

Nuôi cấy vi sinh: Tại Phòng Xét nghiệm Vi sinh- Viện Pasteur TP HCM.

#### **Đánh giá vi sinh môi trường không khí tại cơ sở RHM**

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện đánh giá vi sinh môi trường không khí tại cơ sở RHM của bệnh viện công lập tuyến quận, huyện.

Tại mỗi cơ sở sẽ chọn ngẫu nhiên một phòng điều trị để đánh giá vi sinh môi trường không khí, trong khi nhân viên y tế vẫn điều trị và làm việc bình thường.

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo tiêu chuẩn đánh giá Merck 2009. Chất lượng không khí tính theo tổng vi sinh vật trong phòng máy lạnh 10 - 200 CFU/m<sup>3</sup>, gồm các nội dung:

- Tổng vi khuẩn hiếu khí: CFU/m<sup>3</sup>
- Tổng nấm mốc: CFU/m<sup>3</sup>
- *Streptococci* nhóm A tan máu,
- *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* .

*Quy trình đánh giá*

Đánh giá: Kỹ thuật viên phòng Xét nghiệm Vi sinh-Viện Pasteur TP.HCM.

Phương tiện đánh giá: Máy hút không khí MAS 100, Merck - Đức

Cách lấy mẫu: Mỗi phòng sẽ lấy mẫu tại 3 vị trí, thời gian lấy mẫu là 30 phút.



Nuôi cấy vi sinh: Phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP HCM.

### **Đánh giá vi sinh tay nhân viên y tế**

Cách chọn mẫu: Chọn đại diện tay bác sĩ hay tay Y sĩ, Điều dưỡng nha khoa tại các cơ sở RHM để đánh giá vi sinh. Các NVYT vẫn điều trị và làm việc bình thường.

Các bước tiến hành: Chọn ngẫu nhiên bác sĩ, y sĩ hoặc điều dưỡng, yêu cầu vệ sinh tay theo quy trình, sau đó phết mẫu để đánh giá vi sinh tay.

Tiêu chí đánh giá: Theo tiêu chuẩn của phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP HCM.

Cách đánh giá: Nuôi cấy, tìm 3 loại vi khuẩn thường gây nhiễm khuẩn bệnh viện: *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*.

Đánh giá: Kỹ thuật viên Phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP.HCM.

Thời gian lấy mẫu: Vào buổi sáng từ 8:00 - 11:30.

Kỹ thuật lấy mẫu: Theo kỹ thuật Swab.

Nuôi cấy vi sinh: Phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP.HCM.

### **Đánh giá vi sinh nguồn nước sử dụng điều trị nha khoa**

Cách chọn mẫu: Mỗi cơ sở chọn nguồn nước sử dụng điều trị nha khoa để kiểm tra vi sinh tại đầu cạo vôi siêu âm và tại đầu tay khoan siêu tốc.

Cách lấy mẫu: Lấy mẫu nước giữa dòng nước đang chạy trên đầu cạo vôi siêu âm và tay khoan siêu tốc.

Thời gian lấy mẫu: Vào buổi sáng, từ 8:00 – 11: 30.

Mẫu nước được chứa trong chai 500ml vô khuẩn và chuyển về Phòng Xét nghiệm Vi sinh - Viện Pasteur TP HCM.

Bảo quản mẫu nước trong vòng 24 giờ.

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chất lượng nước ăn uống của Bộ Y tế. Đánh giá vi sinh nước sử dụng trong nha khoa gồm 2 mức là

Đạt yêu cầu: Không phát hiện vi khuẩn.

Không đạt: Phát hiện có vi khuẩn và loại vi khuẩn.

Quy trình đánh giá: Mẫu về đến phòng thí nghiệm được tiến hành kiểm nghiệm ngay trong ngày. Kiểm nghiệm, phân tích mẫu nước và xác định tổng số vi khuẩn hiếu khí, Coliformes tổng cộng, Coliformes chịu nhiệt, E coli.

### **Thảo luận nhóm trọng tâm**

Sau khi kết quả điều tra cắt ngang về kiến thức và thực hành KSNK của NVYT tại các cơ sở RHM, nhóm nghiên cứu đã tổ chức 3 buổi thảo luận nhóm trọng tâm:

Nhóm 1: Gồm 10 bác sĩ là lãnh đạo khoa hay trực tiếp điều trị cho bệnh nhân tại khoa RHM.

Nhóm 2: Gồm 10 Y sĩ, Điều dưỡng nha khoa làm việc tại các khoa RHM.

Nhóm 3: Có 8 nhân viên y tế, gồm 4 Bác sĩ, 2 Y sĩ, 2 Điều dưỡng trực tiếp làm việc tại khoa RHM và khoa KSNK.

Trong các buổi thảo luận, có chủ tọa điều khiển buổi thảo luận, có thư ký ghi chép và ghi âm nội dung buổi phỏng vấn.

Thông tin được thu thập qua hình thức thảo luận giữa nhóm nghiên cứu với NVYT trực tiếp điều trị tại khoa RHM và Trưởng khoa KSNK của của một số bệnh viện tuyến quận, huyện.

Mục đích, nhằm tìm hiểu về những đặc thù của ngành RHM, nguy cơ lây nhiễm trong quá trình điều trị, tìm hiểu những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hành KSNK và các giải pháp giúp nâng cao chất lượng của công tác KSNK (Mẫu 6).

Tiến hành giải băng, tổng hợp ý kiến và chọn những nội dung trọng tâm của buổi thảo luận để trình bày kết quả.

### **Phỏng vấn các chuyên gia về KSNK và phỏng vấn các nhà quản lý**

Nhóm nghiên cứu đã tổ chức 8 cuộc phỏng vấn sâu với các chuyên gia có nhiều kinh nghiệm về công tác quản lý bệnh viện tuyến quận huyện, lãnh đạo khoa RHM, lãnh đạo khoa KSNK, cán bộ giảng về KSNK tại các trường Đại học.

Mục đích, nhằm tìm hiểu những đặc thù của ngành RHM, nguy cơ lây nhiễm trong quá trình điều trị, tìm hiểu những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hành KSNK và các giải pháp giúp nâng cao chất lượng KSNK tại cơ sở RHM (Mẫu 6).

Trong các buổi phỏng vấn, có thư ký ghi chép và ghi âm nội dung buổi phỏng vấn, giải băng và chọn một số nội dung trọng tâm của buổi phỏng vấn để trình bày kết quả.

#### **2.4.2.6. Tổ chức điều tra cắt ngang**

Mỗi cơ sở RHM được sử dụng 6 mẫu đánh giá:

Mẫu 1: Bảng câu hỏi đánh giá kiến thức về KSNK của nhân viên y tế.

Mẫu 2: Phiếu quan sát khảo sát điều kiện làm việc và thực hành KSNK.

Mẫu 3: Phiếu đánh giá sự tuân thủ quy trình KSNK.

Mẫu 4: Bảng câu hỏi phỏng vấn người bệnh nhận xét về điều kiện và thực hành KSNK của NVYT.

Mẫu 5: Phiếu đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa học và chỉ thị sinh học

Mẫu 6: Phiếu hướng dẫn phỏng vấn cán bộ quản lý và các chuyên gia về những thuận lợi, khó khăn, đặc thù của KSNK chuyên ngành RHM.

Mẫu 7: Phiếu hướng dẫn thảo luận nhóm trọng tâm các bác sĩ, điều dưỡng, y sĩ về những thuận lợi, khó khăn, đặc thù của KSNK chuyên ngành RHM.

*Công tác thu thập số liệu được thực hiện qua các bước sau:*

**Bước 1:** Xây dựng, thử nghiệm và hoàn thiện công cụ nghiên cứu

Xây dựng bộ câu hỏi, bảng kiểm về thực hành KSNK.

Bộ câu hỏi và bảng kiểm quan sát tại các khoa RHM được xây dựng theo Quyết định: 3671/QĐ-BYT của Bộ Y tế, ngày 27/09/2012, Phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC - Hoa Kỳ và của bệnh viện RHM Trung ương TP.HCM.

Thử nghiệm và hoàn thiện bộ công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi trong quá trình thiết kế, phỏng vấn thử 5% mẫu để hiệu chỉnh bộ câu hỏi cho phù hợp mục tiêu, dễ hiểu để bổ sung, hoàn thiện nội dung bộ câu hỏi cho phù hợp, sau đó in ấn để tập huấn, điều tra trước ngày 30/6/2015.

**Bước 2:** Tập huấn nhóm nghiên cứu

Thành phần tham gia tập huấn:

- Trưởng khoa KSNK Bệnh viện RHM Trung ương - TP HCM
- Trưởng khoa KSNK Bệnh viện RHM - TP HCM
- Bác sĩ Phòng Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện RHM - TP HCM
- Kỹ thuật viên xét nghiệm của Viện Pasteur - TP HCM.
- Điều tra viên.
- Thư ký ghi chép.

Nội dung tập huấn:

- Phổ biến mục đích của cuộc điều tra.
- Tập huấn về kỹ thuật, kỹ năng phỏng vấn, cách điều tra, khai thác thông tin và cách sử dụng bảng kiểm.
- Tiến hành phỏng vấn thử nghiệm giữa các điều tra viên.

Thời gian và địa điểm tập huấn:

- Địa điểm tập huấn: Tại Bệnh viện RHM Trung ương TP.HCM.
- Thời gian tập huấn: 01 ngày trước, khi tiến hành điều tra tại các quận huyện.

### **Bước 3:** Tiến hành khảo sát

Thời gian điều tra: Mỗi cơ sở RHM sẽ khảo sát trong thời gian một ngày và tiến hành tại 24 cơ sở RHM ở TP.HCM từ ngày 15/7/2015 đến 30/12/2015.

Nhóm điều tra, gồm 5 thành viên:

- 01 người phỏng vấn nhân viên y tế.
- 01 người phỏng vấn người bệnh.
- 01 người quan sát và đánh giá bảng kiểm.
- 01 người đánh giá chất lượng tiết khuẩn các lò hấp dụng cụ.
- 01 người thư ký.

Nhóm đánh giá vi sinh, gồm 4 thành viên:

- 01 người lấy mẫu vi sinh không khí và lấy mẫu nước
- 01 người lấy mẫu đánh giá vi sinh dụng cụ.
- 01 người lấy mẫu đánh giá vi sinh tay nhân viên y tế.
- 01 người lấy mẫu đánh giá vi sinh vùng họng của người bệnh.

Cách tiến hành:

- Thời gian khảo sát: sáng từ 7:30 đến 11:00, chiều từ 13:30 đến 16:00.
- Nhóm nghiên cứu không phỏng vấn NVYT lúc đông bệnh nhân để không ảnh hưởng đến kết quả phỏng vấn.
- Mỗi cơ sở RHM phỏng vấn trong một ngày.
- Mỗi tuần chỉ khảo sát 2 cơ sở RHM của bệnh viện tuyến quận, huyện.

Tổng số 24 cơ sở đã khảo sát trong thời gian 20 tuần, trừ các khoảng thời gian liên hệ chọn ngày khảo sát và lịch làm việc của bệnh viện, với cỡ mẫu như trên nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát, từ tháng 7/2015 đến tháng 12/2015.

Tiến hành khảo sát trực tiếp đối với NVYT và người bệnh:

Đối với bộ câu hỏi soạn sẵn: Điều tra viên sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp NVYT, người bệnh tại các cơ sở RHM.

Đối với bảng quan sát: Điều tra viên quan sát trực tiếp và đánh vào bảng kiểm về điều kiện làm việc và thực hành KSNK của NVYT tại các cơ sở RHM.

Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ của các lò hấp bằng chỉ thị hóa học và chỉ thị sinh học.

Kỹ thuật viên lấy các mẫu vi sinh dụng cụ, tay nhân viên y tế, mẫu nước, không khí nơi làm việc, phết họng của người bệnh.

#### **Bước 4:** Tổng hợp phiếu điều tra, làm sạch số liệu

Hàng ngày, sau khi hoàn thành việc điều tra, phỏng vấn viên kiểm tra, hoàn thiện phiếu và nộp lại toàn bộ phiếu khảo sát cho nhóm trưởng.

Nhóm trưởng sẽ có trách nhiệm kiểm tra chất lượng phiếu quan sát, bộ câu hỏi. Nếu những phiếu nào chưa điền đầy đủ và chưa đúng yêu cầu thì loại phiếu và tiến hành phỏng vấn thêm cho đủ số lượng.

Nhằm đảm bảo chất lượng thông tin thu thập đáp ứng yêu cầu, nhóm nghiên cứu đã phân công rõ trách nhiệm và phối hợp chặt chẽ trong quá trình tập huấn, điều tra, hoàn thành phiếu khảo sát.

### 2.4.3. Nghiên cứu can thiệp

#### 2.2.3.1. Đối tượng, thời gian can thiệp

Đối tượng: Tất cả nhân viên y tế của cơ sở răng hàm mặt tại bệnh viện Quận 7, quận Bình Thạnh và quận Tân Phú.

Thời gian can thiệp: Tiến hành can thiệp từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016

#### 2.2.3.2. Chọn nhóm bệnh viện can thiệp và bệnh viện đối chứng

Chọn nhóm các bệnh viện can thiệp, bệnh viện đối chứng theo phương pháp ngẫu nhiên: Chọn ngẫu nhiên bằng cách bắt thăm 3 trong số 24 cơ sở RHM công lập tuyến quận huyện làm nhóm can thiệp, 3 cơ sở làm nhóm đối chứng. Các cơ sở tham gia nhóm can thiệp và nhóm đối chứng có sự tương đồng về nhân lực, số lượng ghế máy nha khoa, loại hình điều trị và được sự chấp thuận của Lãnh đạo bệnh viện và sự đồng ý tham gia của NVYT tại nơi nghiên cứu.

Nhóm can thiệp: 3 Cơ sở RHM của bệnh viện quận 7, quận Bình Thạnh và quận Tân Phú. Nhóm đối chứng: 3 Cơ sở RHM của bệnh viện quận 8, quận 10 và quận Tân Bình.

#### 2.4.3.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu nghiên cứu can thiệp

Cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa hai tỷ lệ, theo công thức [29]:

$$n = Z_{(\alpha,\beta)}^2 \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1-p_2)^2} (*)$$

n : Cỡ mẫu tối thiểu ở mỗi nhóm.

Z: Hệ số tin cậy.

$\alpha$  và  $\beta$ : Là xác suất mắc sai lầm loại 1 và loại 2,

Chọn  $\alpha = 0,05$  tương ứng với độ tin cậy 95%.

Chọn  $\beta = 0,20$  tương ứng với hiệu lực mẫu 80%.

Tra bảng giá trị  $Z_{(\alpha,\beta)}$  khi biết giá trị của  $\alpha, \beta$  ta có  $Z_{(\alpha,\beta)} = 7,9$

Từ kết quả nghiên cứu ngang, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT từ nghiên cứu cắt ngang, 2016 là 40,9%; ta chọn:

$p_1 = 40,9\%$  từ nghiên cứu ngang, không tăng sau can thiệp của nhóm đối chứng.

$p_2 = 60,0\%$ , tăng lên sau can thiệp (ước đoán)

Thay vào công thức (\*), ta có  $n = 106$  quan sát cho nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Thực tế đã khảo sát 120 quan sát ở giai đoạn trước can thiệp và 120 quan sát sau can thiệp.

*Cỡ mẫu đối với người bệnh*

Từ kết quả nghiên cứu ngang, tỷ lệ đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh tại các cơ sở RHM rất sạch chiếm là 35,5%; ta chọn:

$p_1 = 35,5\%$  của nghiên cứu ngang không tăng sau can thiệp của nhóm đối chứng và  $p_2$ , tăng lên 50% sau can thiệp (ước đoán).

Thay vào công thức (\*), ta có  $n = 180$  người bệnh cho mỗi nhóm can thiệp và nhóm đối chứng. Thực tế, để tăng sức mạnh của các giá trị thống kê và dự phòng các trường hợp mất mẫu, nghiên cứu đã chọn 300 người bệnh cho nhóm can thiệp và 300 người bệnh cho nhóm đối chứng.

#### **2.4.3.4. Cơ sở xây dựng các biện pháp can thiệp**

Căn cứ Luật số 40/2009/QH12 về Luật khám bệnh, chữa bệnh của Quốc Hội Việt Nam.

Căn cứ quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 09 năm 2012 của Bộ Y tế, phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng khám, chữa bệnh tại bệnh viện.

Căn cứ công văn số 903/VSDTTU-ĐT ngày 23 tháng 06 năm 2015 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương về việc hỗ trợ thực hiện đề tài nghiên cứu của nghiên cứu sinh Nguyễn Đức Huệ.

Căn cứ công văn số 4360/SYT-VP ngày 30 tháng 06 năm 2015 của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh về việc tạo điều kiện cho nghiên cứu sinh Nguyễn Đức Huệ thực hiện nghiên cứu

Căn cứ công văn số 1570/PAS-HĐĐĐ ngày 13 tháng 10 năm 2015 của Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, chấp thuận nghiên cứu của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

Căn cứ vào thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế trên cả nước nói chung và các cơ sở răng hàm mặt nói riêng còn gặp nhiều khó khăn, có nhiều vấn đề cần giải quyết, chưa có nhiều giải pháp có hiệu quả cao.

Căn cứ vào các hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong chuyên ngành răng hàm mặt của CDC năm 2003, của Bộ Y tế năm 2012, các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn của bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương,

Căn cứ vào kết quả điều tra ngang tại cơ sở răng hàm mặt của 24 bệnh viện tuyến quận huyện của thành phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy rằng còn nhiều mặt tồn tại, chỉ có 69,1% NVYT có kiến thức tốt về KSNK, 40,9% tuân thủ vệ sinh tay theo đúng quy định của Bộ Y tế, 65,8% đã từng bị kim đâm dao cắt trong quá trình thực hành nha khoa, 86,2% đã tiêm chủng ngừa viêm gan B đủ liều. Về đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ, chỉ có 83,1% chỉ thị hóa học đạt yêu cầu và 80,3% chỉ thị sinh học đạt yêu cầu. Đánh giá vi sinh: có 16,7% nạy nhỏ răng nhiễm *Staphylococcus aureus*; 16,7% tay chính đèn ghê nha bị nhiễm *Klebsiella spp...*

Như vậy cần đề xuất và duy trì giải pháp can thiệp hiệu quả nhằm nâng cao kiến thức, tuân thủ thực hành đúng các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt của nhân viên y tế, nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở răng hàm mặt.

#### **2.4.3.5. Nội dung nghiên cứu can thiệp**

Để nâng cao kiến thức, thực hành đúng các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế, nghiên cứu này đã đề xuất và thực hiện 04 hoạt động chính gồm:

- (1) Hoàn thiện tổ chức, cơ sở vật chất, các văn bản, tài liệu tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt theo các quy định của Bộ Y tế và tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC – Hoa Kỳ.
- (2) Tổ chức tập huấn, cung cấp kiến thức và hướng dẫn thực hành trực tiếp các quy trình KSNK cho NVYT tại các cơ sở RHM.
- (3) Tổ chức triển khai thực hành các quy trình KSNK chuyên ngành RHM đã được xây dựng tại các cơ sở RHM tham gia can thiệp.



(4) Tăng cường kiểm tra, giám sát đánh giá và hỗ trợ thực hiện các quy trình KSNK chuyên ngành RHM tại các cơ sở RHM.

**Hoàn thiện tổ chức, cơ sở vật chất, tài liệu tập huấn theo quy định về KSNK của Bộ Y tế và của CDC – Hoa Kỳ:**

Xây dựng và hoàn thiện công tác quản lý, công tác KSNK trong thực hành nha khoa theo các quy định về KSNK của Bộ Y tế nhằm hoàn thiện công tác KSNK chuyên ngành RHM của NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị nha khoa tại các cơ sở RHM và khoa KSNK của các bệnh viện công lập tuyến quận, huyện. Các giải pháp cụ thể:

Thu thập và biên soạn tài liệu tập huấn, tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK theo quy định của Bộ Y tế, ngành RHM và hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC – Hoa Kỳ.

Biên soạn và in tranh hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM. Biên soạn và in các quy trình thực hành KSNK chuyên ngành RHM.

Tập huấn các quy trình KSNK chuyên ngành RHM cho nhân viên tại các cơ sở RHM với hình thức tập huấn tại chỗ và thực hành tại ghế nha khoa.

**Tập huấn kiến thức và thực hành KSNK chuyên ngành RHM cho NVYT:**

Tổ chức tập huấn về kiến thức và thực hành KSNK cho nhân viên y tế công tác tại các cơ sở RHM, gồm các nội dung và hình thức sau:

Hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM cho nhân viên công tác tại các cơ sở RHM với hình thức vừa học và thực hành tại ghế nha khoa.

Hướng dẫn cách sử dụng các loại hóa chất khử khuẩn nhanh bề mặt, khăn giấy khử khuẩn nhanh để xử lý tay khoan, cách sử dụng giấy che phủ bề mặt.

Hướng dẫn tất cả nhân viên thực hành tại ghế nha khoa như vệ sinh tay thường quy với dung dịch sát khuẩn, vệ sinh tay nhanh với dung dịch chứa cồn, thực hành che phủ tay chỉnh đèn, bàn phím của ghế nha khoa, xử lý tay khoan nha khoa, ngâm và xử lý dụng cụ...

Kiểm tra, giám sát, theo dõi, nhắc nhở NVYT thực hiện đúng các quy trình về thực hành KSNK.

Xây dựng hệ thống thu nhập thông tin, tổng hợp, phân tích và báo cáo kết quả.  
**Tổ chức triển khai thực hành các quy trình KSNK chuyên ngành RHM đã xây dựng tại các cơ sở RHM tham gia can thiệp:**

Các nội dung can thiệp được sự chấp thuận của Giám đốc bệnh viện và cho phép triển khai tại các cơ sở RHM và khoa KSNK.

Trưởng khoa RHM và khoa KSNK đồng ý và phối hợp triển khai các nội dung của chương trình can thiệp.

Điều dưỡng trưởng khoa có nhiệm vụ phối hợp, kiểm tra, giám sát và động viên NVYT của khoa RHM và khoa KSNK thực hiện các nội dung can thiệp.

Nhóm nghiên cứu có nhiệm vụ cung cấp tài liệu tập huấn, quy trình, hỗ trợ về chuyên môn và vật liệu trong quá trình triển khai các nội dung can thiệp.

**Công tác kiểm tra, giám sát, đánh giá và hỗ trợ thực hiện các quy trình KSNK:**

Nhóm nghiên cứu triển khai các nội dung giám sát, kiểm tra nhằm theo dõi và đánh giá tiến độ thực hiện các nội dung can thiệp.

Nhóm nghiên cứu phối hợp với các thành viên tổ giám sát của khoa KSNK thống nhất các nội dung giám sát và tổ chức giám sát định kỳ hàng tháng theo biểu mẫu thống nhất, phân tích và lưu trữ kết quả.

Kết quả giám sát có sự xác nhận của lãnh đạo khoa RHM và khoa KSNK.

#### **2.4.3.6. Đánh giá hiệu quả sau can thiệp**

*Đánh giá chỉ số hiệu quả (CSHQ)*

Sử dụng CSHQ để đánh giá một số chỉ số (tỷ lệ %) thay đổi sau can thiệp so với trước can thiệp [30].

$$CSHQ = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

Với: p1 : Tỷ lệ trước can thiệp, p2 : Tỷ lệ sau can thiệp.

*Đánh giá hiệu quả can thiệp (HQCT)*

Sử dụng CSHQ (tỷ lệ %) để đánh giá hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng, gồm các chỉ số: Trước can thiệp, sau can thiệp,

$$HQCT (\%) = CSHQ (\text{nhóm can thiệp}) - CSHQ (\text{nhóm chứng})$$

*Nội dung đánh giá*

- Hiệu quả làm thay đổi kiến thức KSNK chuyên ngành RHM của NVYT
- Hiệu quả về thực hành KSNK chuyên ngành RHM của NVYT
- Nhận xét của người bệnh về thực hành KSNK tại cơ sở RHM
- Tỷ lệ % đạt yêu cầu của các chỉ thị đánh giá chất lượng tiết khuẩn.

## **2.5. KHÔNG CHẾ SAI SỐ**

### **2.5.1. Kiểm soát sai lệch thông tin**

Bộ câu hỏi trong quá trình thiết kế, phỏng vấn thử 5% mẫu để hiệu chỉnh bộ câu hỏi cho phù hợp mục tiêu và dễ hiểu.

Điều tra viên được lựa chọn cẩn thận là chuyên gia có kinh nghiệm chuyên môn và hiểu biết về chuyên ngành RHM, có kinh nghiệm phỏng vấn, nhiệt tình, trung thực được tập huấn về kỹ năng giao tiếp, kỹ năng khảo sát, tạo sự tin tưởng và hợp tác của BN và biết cách khai thác thông tin.

Kỹ thuật viên lấy mẫu xét nghiệm là những chuyên gia có nhiều kinh nghiệm, nhiệt tình, trung thực được tập huấn và tuân thủ đúng các quy trình của Khoa Vi sinh - Viện Pasteur - TP HCM.

Tổ chức tập huấn, hướng dẫn cho các phỏng vấn viên về cách phỏng vấn để có sự thống nhất trong các số liệu thu thập và cách ghi nhận câu trả lời.

### **2.5.2. Sai lệch chọn lựa**

Mẫu nghiên cứu được chọn đồng nhất về địa lý tại 24 cơ sở RHM công lập tuyến quận huyện của TP HCM.

Đối tượng phải thỏa tiêu chí chọn mẫu mới đưa vào nghiên cứu.

Quá trình khảo sát được giám sát và thực hiện theo quy trình thống nhất.

Bộ câu hỏi và phiếu quan sát được xây dựng theo Quyết định: 3671/ QĐ-BYT của Bộ Y tế, ngày 27/09/2012, phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và theo hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM của CDC - Hoa Kỳ.

## **2.6. XỬ LÝ SỐ LIỆU**

Nhập số liệu: Tất cả số liệu thu thập đều được mã hóa, nhập liệu vào máy bằng phần mềm Epi data 3.1. Mỗi bộ câu hỏi phỏng vấn đều được đánh một mã số phiếu

riêng để dễ dàng trong việc quản lý thông tin. 10% số liệu sẽ được nhập lại với người nhập khác nhau để tránh gặp phải sai số trong quá trình nhập liệu.

Làm sạch số liệu: bằng cách rà soát lại toàn bộ và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập liệu. Xử lý thô số liệu trên máy tính trước khi phân tích. Xác định các đối tượng được nhập nhiều lần, kiểm tra những mã không phù hợp cho các biến phân loại, kiểm tra các giá trị bất thường của biến số liên tục, tính không nhất quán hay số giá trị bị mất cho từng biến.

Xử lý và phân tích phần mềm Stata 12.0. Sử dụng các câu lệnh thống kê mô tả và kiểm định Chi bình phương để phân tích. Số liệu được phân tích và xác định các tần suất, tỷ lệ phần trăm, tỷ suất chênh, giá trị p, chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp được sử dụng để biểu thị sự khác biệt của các biến số.

Các cuộc thảo luận nhóm được ghi chép, ghi âm đầy đủ. Sau đó tiến hành tháo gỡ băng ghi âm và lập bảng tổng hợp các ý kiến thảo luận, 10% dữ liệu sẽ được nhập lại với người nhập khác nhau để tránh sai lệch trong quá trình nhập dữ liệu kết quả định tính.

## **2.7. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU**

Đề tài đã được Hội đồng đạo đức của Viện Pasteur TP.HCM thông qua và cho phép thực hiện theo công văn số 1570/VSDTTU-HCQT ngày 13 tháng 10 năm 2015. Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo đảm theo đúng quy định.

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Sở Y tế TP.HCM và các lãnh đạo của 24 bệnh viện tuyến quận/huyện.

Nghiên cứu chấp hành các qui định về y đức trong nghiên cứu, không có những tác động can thiệp nào ảnh hưởng quyền và lợi ích cũng như sức khỏe của nhân viên y tế, của người bệnh. Tất cả các đối tượng trong diện nghiên cứu đều được thông báo, giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu, cách thực hiện và nội dung của bộ câu hỏi trước khi tiến hành nghiên cứu, động viên họ tự nguyện tham gia.

## **2.8. HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI**

Giai đoạn nghiên cứu cắt ngang mô tả, do thời gian và nguồn lực có hạn nên nghiên cứu chỉ tiến hành khảo sát tại 24 cơ sở RHM công lập tuyến quận huyện của TP. HCM chưa khảo sát các cơ sở RHM tư nhân.

Giai đoạn nghiên cứu can thiệp, chỉ tiến hành can thiệp tại 3 cơ sở RHM và 3 cơ sở RHM làm nhóm đối chứng về kiến thức, một số nội dung về thực hành KSNK của NVYT. Không tiến hành can thiệp trên đối tượng là người bệnh vì không đủ nhân lực, kinh phí và thời gian cho nên đây là hạn chế của đề tài.

### CHƯƠNG 3

#### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

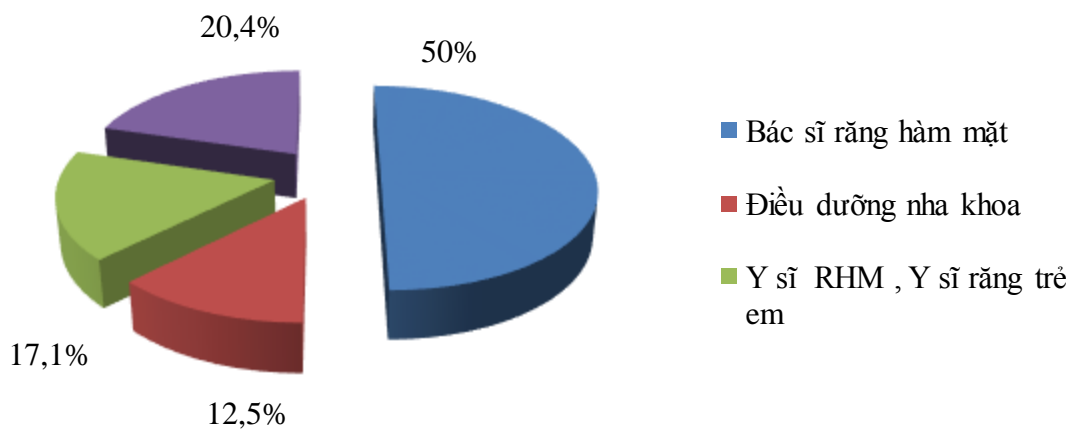
#### 3.1. THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI CÁC CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP TUYẾN QUẬN/HUYỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2015.

Qua khảo sát tình hình kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt thuộc 24 bệnh viện công lập tuyến quận huyện của thành phố Hồ Chí Minh.

##### 3.1.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

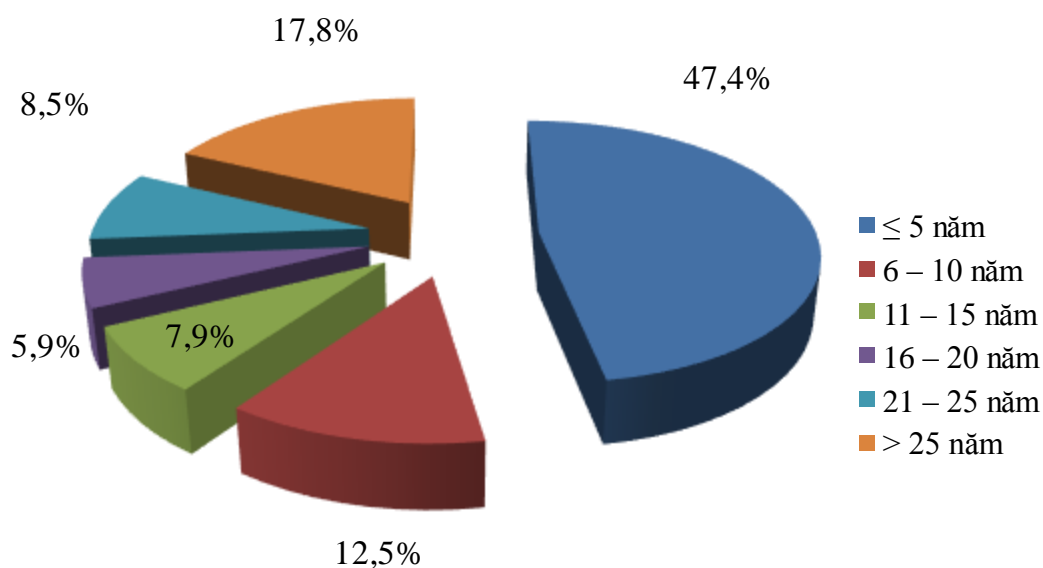
**Bảng 3.1.** Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu và nội dung khảo sát

Đối tượng nghiên cứu	Nội dung khảo sát	Tổng
Khoa RHM	Khảo sát về cơ sở vật chất, điều kiện làm việc liên quan công tác KSNK	24
Khoa KSNK	Khảo sát về cơ sở vật chất, điều kiện làm việc liên quan công tác KSNK	24
Nhân viên y tế	Khảo sát về kiến thức KSNK của NVYT	152
	Quan sát thực hành KSNK của NVYT	264
Máy ghế nha khoa	Số lượng máy ghế nha khoa	104
Lò hấp dụng cụ	Số lượng lò hấp dụng cụ	61
	Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị sinh học	61
	Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa học	183
DC nha khoa, tay NVYT, nước, môi trường không khí	Đánh giá vi sinh	102
Cán bộ quản lý, lãnh đạo BV, lãnh đạo khoa KSNK	Phỏng vấn sâu	08
Y – Bác sĩ trực tiếp điều trị	Thảo luận nhóm	03
Người bệnh	Khảo sát sự hài lòng về công tác vệ sinh và thực hành KSNK	408



**Biểu đồ 3.1.** Trình độ chuyên môn của đối tượng nghiên cứu là NVYT (n=152)

Khảo sát tất cả 152 NVYT, với 50% là Bác sĩ RHM, 12,5% là Điều dưỡng nha khoa, 17,1% là Y sĩ RHM hay Y sĩ răng trẻ em và 20,4% là trợ thủ nha khoa.



**Biểu đồ 3.2.** Thời gian công tác của đối tượng nghiên cứu là nhân viên y tế (n=152)

Thời gian công tác, đa số NVYT làm việc dưới 5 năm chiếm 47,4% và NVYT làm việc trên 25 năm, chỉ có 17,8%.

**Bảng 3.2.** Đặc điểm dân số, xã hội của người bệnh (n=408)

Đặc điểm của người bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	183	44,9
	Nữ	225	55,1
Tuổi	18 – 29	139	34,1
	30 – 39	87	21,3
	40 – 49	85	20,8
	50 – 59	59	14,5
	>=60	38	9,3
Học vấn	Dưới trung học phổ thông	92	22,5
	Tốt nghiệp trung học phổ thông	105	25,7
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	202	49,6
	Sau đại học	9	2,2
Nơi cư trú	Nội thành (19 quận)	279	68,4
	Ngoại thành (5 huyện)	80	19,6
	Các tỉnh	49	12,0
Nghề nghiệp	Kinh doanh, lao động tự do	108	26,5
	Nội trợ	102	25,0
	Công nhân viên chức	97	23,7
	Học sinh, sinh viên	59	14,5
	Hưu trí, mất sức lao động	37	9,1
	Chưa có việc làm	5	1,2

Về giới tính, bệnh nhân nữ 55,1%, bệnh nhân có nhóm tuổi từ 18 – 30 là 34,1% và cho thấy nhu cầu điều trị tỷ lệ nghịch với nhóm tuổi, tuổi càng cao nhu cầu điều trị sẽ ít hơn. Về học vấn, trình độ Trung cấp, cao đẳng, đại học 49,6%; trình độ trung học phổ thông 25,7% và sau đại học 2,2%. Nơi cư trú, bệnh nhân ở khu vực nội thành 68,4% và 12% người bệnh ở các tỉnh lân cận. Về nghề nghiệp, kinh doanh và lao động tự do 26,5%; kể đến là nội trợ và công nhân viên chức 25% và 23,7%, nhóm người bệnh chưa có việc làm 1,2%.



### 3.1.2. Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt

**Bảng 3.3.** Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn về điều kiện làm việc và vệ sinh tay tại cơ sở răng hàm mặt (n=24)

Điều kiện làm việc tại khoa RHM	Số lượng	Tỷ lệ %
Điều kiện làm việc tại khoa RHM		
Khu điều trị có diện tích đủ rộng	20	83,3
Phòng điều trị được ốp gạch men sạch, dễ vệ sinh	17	70,8
Phòng chờ và khu điều trị riêng biệt	11	45,8
Điều kiện vệ sinh tay		
Nơi rửa tay cho nhân viên y tế tại khu điều trị	24	100
Nước sạch và dung dịch vệ sinh tay tại nơi rửa tay	23	95,8
Khăn sạch lau tay sử dụng 1 lần tại nơi rửa tay	14	58,3

Kết quả cho thấy 83,3% khu điều trị có diện tích đủ rộng; 70,8% phòng điều trị được ốp gạch men sạch, dễ vệ sinh, 100% khoa RHM có nơi rửa tay cho nhân viên y tế tại khu điều trị; 95,8% có nước sạch và dung dịch vệ sinh tay tại nơi rửa tay nhưng chỉ có 58,3% có khăn sạch lau tay tại nơi rửa tay.

**Bảng 3.4.** Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn về khử khuẩn, tiệt khuẩn và xử lý chất thải tại cơ sở răng hàm mặt (n=24)

Điều kiện làm việc tại khoa KSNK	Số lượng	Tỷ lệ %
Phương tiện thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn		
Khu tiệt khuẩn trung tâm toàn bệnh viện	24	100
Sử dụng lò hấp hơi nước để tiệt khuẩn dụng cụ	24	100
Đủ dung dịch khử khuẩn dụng cụ tại khoa RHM	24	100
Nơi ngâm và xử lý cụ ban đầu tại khoa	22	91,7
Sử dụng túi chuyên dụng đóng gói dụng cụ	8	33,3
Lưu trữ dụng cụ có ghi hạn sử dụng	8	33,3
Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị hóa học	8	33,3
Còn hấp dụng cụ tại khoa	6	25,0
Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị sinh học	2	8,3
Điều kiện xử lý chất thải, nước thải		
Xử lý nước thải	24	100,0
Thùng chứa rác thải đúng quy định	23	95,8
Hộp đựng vật sắc, nhọn đúng quy định	22	91,7

Kết quả cho thấy 100% bệnh viện đều có khu tiệt khuẩn trung tâm, 100% sử dụng lò hấp hơi nước tiệt khuẩn dụng cụ, 100% hệ thống xử lý nước thải bệnh viện; nhưng chỉ có 33,3% sử dụng túi chuyên dụng đóng gói dụng cụ trước khi tiệt khuẩn và 33,3% có đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị hóa học.

### 3.1.3. Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

**Bảng 3.5.** Nhu cầu tập huấn và mức độ tiếp nhận thông tin kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế (n=152)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhu cầu tập huấn và tiếp nhận thông tin về KSNK	Có	148	97,3
	Không	4	2,7
Tập huấn về KSNK chuyên ngành RHM	Có	116	76,4
	Không	36	23,6
Nguồn tiếp nhận thông tin về KSNK	Từ bệnh viện	138	90,8
	Từ cơ sở đào tạo Đại học, Cao đẳng, Trung học	92	60,5
	Từ truyền thông, báo chí	81	53,3
	Từ chuyên viên KSNK	74	48,7
	Từ đồng nghiệp	62	40,8
	Tự tìm hiểu	39	25,7
Mức độ tiếp nhận thông tin về KSNK	Hiểu rất rõ	34	22,3
	Hiểu khá rõ	96	63,2
	Hiểu trung bình	20	13,2
	Không trả lời	2	1,3

Kết quả có đến 97,3% NVYT có nhu cầu được tiếp nhận thông tin về KSNK hàng năm. 76,4% NVYT được tập huấn KSNK chuyên ngành RHM. NVYT có nhu cầu tiếp nhận thông tin cao nhất từ bệnh viện 90,8% và 60,5% từ các cơ sở đào tạo, các nguồn thông tin khác tỷ lệ thấp.

**Bảng 3.6.** Nhu cầu và mức độ tiếp nhận thông tin kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế (n=152)

Nhu cầu và mức độ tiếp nhận thông tin KSNK của NVYT		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhu cầu tiếp nhận thông tin	Có	148	97,4
	Không	4	2,6
Nguồn tiếp nhận thông tin về KSNK	Truyền thông, báo chí	150	98,7
	Bệnh viện	151	99,3
	Đại học, cao đẳng, trung học	151	99,3
	Chuyên viên KSNK	151	99,3
	Bạn bè, đồng nghiệp	151	99,3
	Tự tìm hiểu	151	99,3
Mức độ tiếp nhận thông tin	Rất rõ	34	22,4
	Khá rõ	96	63,2
	Trung bình	22	14,5

Hầu hết NVYT đều có nhu cầu tiếp nhận thông tin chiếm 97,4%; 99,3% NVYT tiếp nhận thông tin từ các buổi tập huấn của bệnh viện và 63,2% có mức độ tiếp nhận thông tin khá rõ về các thông tin cập nhật về KSNK.

**Bảng 3.7.** Đánh giá của nhân viên y tế về tầm quan trọng của công tác kiểm soát nhiễm khuẩn (n=152)

Nhận thức chung về KSNK của NVYT		Số lượng	Tỷ lệ %
Tầm quan trọng của công tác KSNK	Rất quan trọng	131	86,2
	Khá quan trọng	21	13,8
KSNK tại cơ sở RHM là vấn đề ưu tiên	Đồng ý	133	87,5
	Không đồng ý	19	12,5
NVYT được tập huấn về KSNK	Có	126	82,9
	Không	26	17,1

Kết quả cho thấy có đến 86,2% NVYT cho rằng KSNK có vai trò rất quan trọng và 13,8% cho rằng khá quan trọng của công tác KSNK tại cơ sở RHM và 87,5% cho rằng công tác KSNK tại cơ sở RHM là vấn đề ưu tiên hiện nay.

**Bảng 3.8.** Kiến thức đúng của NVYT về KSNK chuyên ngành RHM (n=152)

Kiến thức KSNK của nhân viên y tế	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm</b>	<b>124</b>	<b>81,6</b>
Các bệnh có thể lây truyền qua điều trị răng miệng	130	85,5
Sự lây nhiễm có thể xảy ra khi điều trị răng miệng	140	92,1
Cách lây nhiễm khi điều trị răng miệng	131	86,2
Tác dụng của chích ngừa viêm gan B có thể dự phòng	108	71,1
Khi điều trị răng miệng cần thiết phải hỏi bệnh sử bệnh nhân	136	89,5
<b>Kiến thức về khử khuẩn – tiệt khuẩn dụng cụ</b>	<b>111</b>	<b>73,0</b>
Các bước của quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ	108	71,1
Mục đích ngâm dụng cụ đơ vào dd khử nhiễm, khử khuẩn	116	76,3
Phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ bằng inox hay thép không rỉ, vật liệu bằng vải, cao su, silicon	139	91,4
Cách tiệt khuẩn tay khoan sau điều trị nha khoa	98	64,5
Biện pháp tiệt khuẩn dụng cụ nội nha sau điều trị	146	96,1
<b>Kiến thức về thực hành KSNK</b>	<b>121</b>	<b>79,6</b>
Các thời điểm rửa tay thường quy	137	90,1
Nước sử dụng cho tay khoan, đầu cạo vôi nha khoa có cần thiết phải xử lý và kiểm tra vi sinh định kỳ	130	85,5
Mục đích cho BN súc miệng với dd sát khuẩn trước điều trị	135	88,8
Sử dụng găng tay khi phẫu thuật miệng	92	60,5
Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân khi sử dụng tay khoan có phun sương hay cạo vôi siêu âm có vẩy máu	128	84,2
Cách xử lý kim sau khi điều trị	128	84,2
Cách đánh giá chất lượng lò hấp dụng cụ	122	80,3
Cách xử lý phòng điều trị bị vẩy máu, dịch tiết, nước bọt	129	84,9
Cách xử lý thủy ngân dư sau khi trộn Amalgam	133	87,5
Chất thải y tế lây nhiễm tại các cơ sở RHM	139	91,4
<b>Kiến thức chung</b>	<b>105</b>	<b>69,1</b>

Tỷ lệ kiến thức chung, đúng của NVYT về KSNK chuyên ngành RHM tại các cơ sở RHM là 69,1%; so với kiến thức về nguy cơ nhiễm khuẩn là 81,6%, kiến thức về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ chỉ có 73% và kiến thức về thực hành KSNK 79,6%.

**Bảng 3.9.** Kiến thức đúng của nhân viên y tế về xử lý máy ghế nha khoa bằng dung dịch khử khuẩn (n=152)

Các nơi cần xử lý của máy ghế nha khoa		Số lượng	Tỷ lệ %
Ghế nha khoa	Có	143	94,1
	Không	9	5,9
Tựa đầu BN	Có	137	90,1
	Không	15	9,9
Tay chỉnh đèn	Có	140	92,1
	Không	12	7,9
Nơi nhỏ nước bọt	Có	144	94,7
	Không	8	5,3
Bàn dụng cụ	Có	129	84,9
	Không	23	15,1

Kết quả 94,1% cho rằng cần xử lý ghế nha khoa bằng dung dịch khử khuẩn, 94,7% nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa; 92,1% tay chỉnh đèn cần xử lý bằng dung dịch khử khuẩn sau khi điều trị và 94,7% cho rằng cần vệ sinh nơi nhỏ nước bọt sau khi điều trị.

### 3.1.4. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

**Bảng 3.10.** Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trước và trong khi điều trị của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt (n=264)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
1. Thực hành vệ sinh tay		
Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay thường quy của NVYT	108	40,9
2. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân		
Mang găng tay khi điều trị	257	97,3
Mang khẩu trang khi điều trị	255	96,6
Tháo bỏ găng tay sau điều trị để làm hồ sơ	235	89,0
Mang kính bảo vệ mắt khi điều trị	182	68,9
Đội nón khi điều trị	125	47,3
3. Thực hành tiêm an toàn		
Kim dùng 1 lần	264	100
Thuốc tê còn hạn sử dụng	264	100
Thuốc tê dùng 1 lần	262	99,2
Đóng nắp kim bằng 2 tay	138	52,3

Về thực hành vệ sinh tay ghi nhận, 40,9% NVYT tuân thủ vệ sinh tay thường quy trước khi điều trị. Về phương tiện phòng hộ cá nhân 97,3% và 96,6% mang găng tay, đeo khẩu trang khi điều trị. Về tiêm an toàn ghi nhận 100% sử dụng kim, thuốc tê mới còn hạn sử dụng và 99,2% sử dụng thuốc tê một lần; vẫn còn 52,3% NVYT thực hiện đóng nắp kim bằng kỹ thuật 2 tay.

**Hộp 3.1.** Phòng vấn thạc sĩ điều dưỡng phụ trách công tác KSNK của Sở Y tế TP HCM về nguy cơ lây nhiễm trong thực hành nha khoa:

“... Khi quản lý về KSNK trên địa bàn TP.HCM tôi thấy rằng nguy cơ lây nhiễm viêm gan B, C, HIV/AIDS ... đối với NVYT của mình rất là cao, do tiếp xúc với nhiều nguy cơ đặc biệt nhất là ngành RHM, cho nên dụng cụ nha khoa cần phải cần phải tiệt khuẩn theo quy trình trước khi sử dụng cho bệnh nhân và phải thường xuyên kiểm tra về chất lượng tiệt khuẩn sau mỗi lần hấp dụng cụ”.

Trong thực hành nha khoa, NVYT thường xuyên tiếp xúc với nhiều nguy cơ lây nhiễm như máu, dịch tiết, nước bọt,... Nguy cơ lây nhiễm càng cao khi trong thực hành nha khoa với loại điều trị có phun sương, tạo khí dung đi sâu vào đường hô hấp hoặc những giọt bắn, bắn ra môi trường xung quanh.

**Hộp 3.2.** Phỏng vấn cán bộ quản lý về công tác KSNK tại Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh, cho biết:

*“Hiện nay các bệnh viện đã có đủ bồn rửa tay, nước sạch, dung dịch rửa tay, dung dịch vệ sinh tay nhanh, khăn lau tay,... Tuy nhiên, vẫn còn tình trạng ý thức của NVYT trong việc tuân thủ rửa tay trước khi điều trị chưa cao, vì họ nghĩ trước khi điều trị chưa có tiếp xúc yếu tố nguy cơ nào, hơn nữa sẽ còn mang găng tay vào nên nhiều người chưa quan tâm đúng mức. Tuy nhiên, sau khi can thiệp cho bệnh nhân, thì nhận thấy hầu như NVYT tuân thủ rất tốt việc vệ sinh tay”*

Trong thực hành nha, vệ sinh tay đóng vai trò quan trọng, vì tay của NVYT là nơi có khả năng gây lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa, vì bề mặt của phòng nha khoa rất dễ lây nhiễm và do tay của NVYT thao tác rất nhiều trong quá trình điều trị.

**Bảng 3.11.** Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn sau khi điều trị của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt (n=264)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Sử dụng găng tay 1 lần khi điều trị	264	100
Sử dụng ống hút nước bọt một lần khi điều trị	264	100
Sử dụng dụng cụ riêng cho bệnh nhân	252	95,5
Xử lý tay khoan sau điều trị với dung dịch khử khuẩn nhanh	145	54,9
Nơi nhả nước bọt sạch khi kiểm tra	142	53,8
Xử lý ghế nha khoa sau điều trị	126	47,7
Dùng găng đang điều trị lấy thêm dụng cụ	104	39,4
Có điều dưỡng nha khoa hỗ trợ khi điều trị	67	25,4
Phân loại rác đúng quy định	232	87,9
Cho BN súc miệng với dung dịch sát khuẩn	0	0



Kết quả cho thấy 100% NVYT sử dụng găng tay và ống hút nước bọt một lần; 95,5% sử dụng bộ dụng cụ riêng cho từng bệnh nhân. Nghiên cứu ghi nhận chỉ có 54,9% cơ sở xử lý tay khoan sau điều trị với dung dịch khử khuẩn nhanh sau điều trị, số tay khoan được tiệt khuẩn còn chiếm tỷ lệ rất thấp; Chỉ có 25,4% bác sĩ điều trị có trợ thủ hỗ trợ và ghi nhận chưa có cơ sở nha khoa nào cho bệnh nhân súc miệng với dung dịch sát khuẩn trước điều trị.

**Hộp 3.3.** Phỏng vấn bác sĩ trưởng khoa KSNK của Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh về biện pháp xử lý và tiệt khuẩn tay khoan nha khoa, cho biết:

*“... Cơ sở dụng cụ trong thực hành nha khoa tương đối ổn, mỗi bệnh nhân một bộ dụng cụ. Nhưng tay khoan rất đắt tiền nên chưa đảm bảo, trong khi mỗi phòng khám RHM một ngày có nhiều bệnh nhân nên chưa trang bị đủ cơ sở tay khoan phục vụ cho bệnh nhân. Nên vấn đề hấp tiệt khuẩn tay khoan là vấn đề cần được quan tâm. Hiện tại, sau mỗi lần điều trị, tay khoan được xử lý khử khuẩn nhanh tại chỗ để tiếp tục điều trị cho BN kế tiếp, chứ chưa có trang bị đủ tay khoan, cũng như chưa hấp tiệt khuẩn”.*

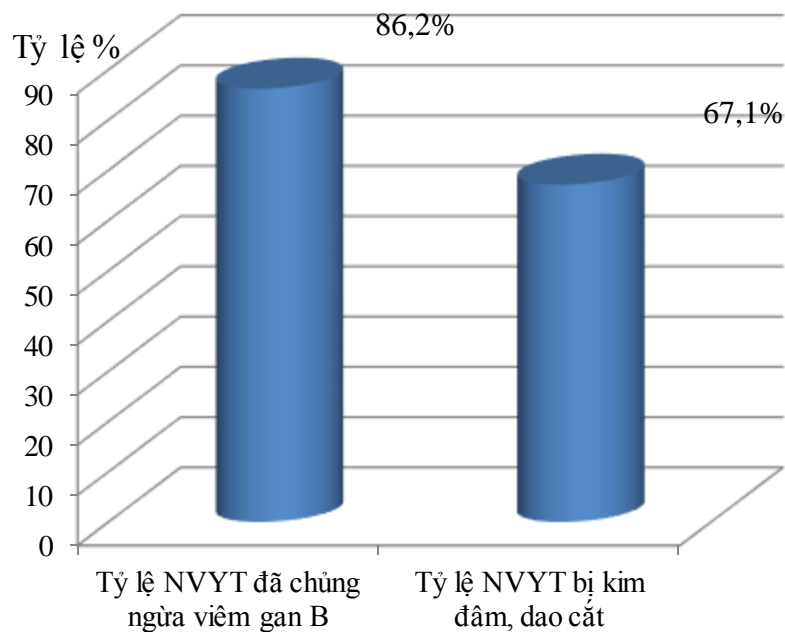
Thảo luận nhóm bác sĩ RHM và Điều dưỡng nha khoa, đa số đều cho rằng trong điều kiện hiện nay, chúng ta chưa có thể hấp tiệt khuẩn tay khoan, vì nhiều yếu tố khách quan như kể trên. Đa số cho rằng chúng ta cũng nên có một qui trình đúng chuẩn về khử khuẩn nhanh tay khoan để các phòng RHM áp dụng đồng bộ cho các cơ sở y tế. Quy trình này cũng được CDC- Hoa Kỳ phổ từ năm 2003”

**Hộp 3.4.** Thảo luận nhóm bác sĩ điều trị tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện về vấn đề thiếu điều dưỡng và trợ thủ nha khoa, một bác sĩ răng hàm mặt cho biết:

*“...nhiều năm qua, khoa RHM có 2 bác sĩ, nhưng chỉ có 1 điều dưỡng, vừa làm hồ sơ, báo cáo, nhập liệu, ghi sổ, xử lý dụng cụ... bác sĩ phải làm hết, khi cần thì kêu phụ, đề xuất nhân sự thêm thì biên chế không có”.*

Đa số bác sĩ điều trị tại các cơ sở răng hàm mặt tuyến quận huyện tại TP.HCM đều cho rằng trong thực hành nha khoa theo nguyên tắc 4 tay khi điều trị cần có 1 bác sĩ và trợ thủ sẽ giúp làm tốt công tác điều trị và KSNK, nhưng thực tế tại các khoa RHM tuyến quận huyện, không thể thực hiện do thiếu bác sĩ và điều dưỡng và bệnh nhân đông, không thể thực hiện nguyên tắc 4 tay: nghĩa là có 1 bác sĩ và 1 điều dưỡng khi điều trị nha khoa là rất khó...

Hầu hết, bác sĩ tham gia thảo luận cho rằng cần sớm có quy định về nhân sự trong thực hành nha khoa theo nguyên tắc 4 tay, nghĩa là khi điều trị nha khoa cần có một bác sĩ và một trợ thủ, giúp công tác điều trị sẽ nhanh, hiệu quả hơn và sẽ làm tốt hơn về công tác KSNK, vì có đủ nhân sự và thời gian làm việc.



**Biểu đồ 3.3.** Tỷ lệ NVYT bị kim đâm, dao cắt và chủng ngừa viêm gan B (n=152)

Kết quả khảo sát cho thấy có đến 86,2% NVYT đã chủng ngừa viêm gan B đủ liều và ghi nhận có đến 67,1% NVYT bị kim đâm, dao cắt trong quá trình thực hành nha khoa.

### 3.1.5. Thực trạng về chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ và xét nghiệm vi sinh

**Bảng 3.12.** Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa sinh học

Đánh giá chất lượngtiệt khuẩn	Tổng	Số lượng đạt yêu cầu	Tỷ lệ %
Chỉ thị hoá học 1243 A	183	152	83,1
Chỉ thị sinh học 1292	61	49	80,3

Kết quả khảo sát có 83,1% chỉ thị hoá học 1243 A đạt yêu cầu sau hấp tiệt khuẩn và 80,3% chỉ thị sinh học 1292 đạt yêu cầu sau hấp tiệt khuẩn. Các chỉ thị không đạt thường được hấp tại các lò nhỏ, cũ đã sử dụng trong nhiều năm.

**Bảng 3.13.** Tỷ lệ nhiễm khuẩn dụng cụ, găng khám và bàn tay nhân viên y tế

Nội dung	Loại mẫu	Tổng	Nhiễm khuẩn	
			SL	%
Dụng cụ nha khoa	Nạy nhổ răng	6	1	16,7
	Tay chỉnh đèn	6	1	16,7
	Tay khoan nha khoa	6	0	0
	Đầu cạo vô siêu âm	6	0	0
	Tay xịt hơi nước	6	0	0
Găng khám trước điều trị		12	1	8,3
Bàn tay NVYT sau rửa tay		12	0	0

Đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa, phát hiện 2 loại dụng cụ bị nhiễm khuẩn là nạy nhổ răng và tay chỉnh đèn của ghế nha khoa, chiếm tỷ lệ 16,7% không phát hiện vi khuẩn trên tay khoan, đầu cạo vô siêu âm và tay xịt nước nha khoa. Kết quả vi sinh găng khám nhân viên y tế sử dụng tại khoa RHM phát hiện 8,3% bị nhiễm khuẩn.

**Bảng 3.14.** Kết quả định danh vi khuẩn trên các loại dụng cụ nha khoa

Loại dụng cụ	Tổng	Phát hiện loại vi khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ %
Nạy nhổ răng	6	<i>Staphylococcus aureus</i>	1	16,7
Tay chỉnh đèn	6	<i>Klebsiella spp</i>	1	16,7
Tay khoan nha khoa	6	Không phát hiện	0	0
Đầu cạo vô siêu âm	6	Không phát hiện	0	0
Tay xịt hơi nước	6	Không phát hiện	0	0

Kết quả phân tích vi sinh có 16,7% nạy nhỏ răng bị nhiễm *Staphylococcus aureus* và 16,7% tay chỉnh đên nha khoa bị nhiễm *Klebsiella spp.*

**Bảng 3.15.** Tỷ lệ nhiễm khuẩn của môi trường không khí, nguồn nước sử dụng và mẫu phết họng của người bệnh phát hiện có vi khuẩn

Loại mẫu	Tổng	Loại vi khuẩn	Số lượng	Tỷ lệ %
Mẫu môi trường không khí khu điều trị	12	- <i>Staphylococcus aureus</i>	3	25,0
		- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	8,3
		- <i>Streptococcus nhóm A</i>	0	0
Mẫu nước sử dụng điều trị nha khoa	12	- Tổng vi khuẩn hiếu khí (CFU/m <sup>3</sup> )	4	33,3
		- Tổng Coliforms(CFU/100ml)	2	16,7
		- Tổng E.coli(CFU/100ml)	0	0
Mẫu phết họng bệnh nhân	24	- <i>Staphylococcus aureus</i>	6	25,0
		- <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	8,3
		- <i>Klebsiella spp</i>	1	4,2

Kết quả đánh giá vi sinh tại các cơ sở RHM, ghi nhận 33,3% mẫu môi trường không khí bị nhiễm khuẩn, với 25% mẫu bị nhiễm khuẩn *Staphylococcus aureus* và 8,3% bị nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*. Có 33,3% mẫu nước sử dụng điều trị nha khoa phát hiện có tổng vi khuẩn hiếu khí vượt mức quy định và 16,7% phát hiện tổng Coliform trong mẫu nước. Kết quả khảo sát vi sinh từ họng bệnh nhân cho thấy 25% mẫu phết họng của người bệnh phát hiện vi khuẩn *Staphylococcus aureus*.

### 3.1.6. Đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt

**Bảng 3.16.** Đánh giá người bệnh về phương tiện bảo vệ của nhân viên y tế (n=408)

Nội dung đánh giá		Số lượng	Tỷ lệ %
Phương tiện bảo vệ	Mang găng tay	387	94,8
	Mang khẩu trang	377	92,4
	Đội nón y tế	199	48,8
	Mang kính mắt	173	42,4
Phòng tránh lây nhiễm	Sử dụng ly nhựa sạch 1 lần/ BN	373	91,4
	Vệ sinh ghế nha khoa	231	56,6
	Dùng găng tay cầm và nghe điện thoại	47	11,5

Theo quan sát của người bệnh về phương tiện bảo vệ cá nhân khi điều trị với tỷ lệ mang găng tay và khẩu trang 94,8% và 92,4% và sử dụng ly sạch dùng 1 lần 91,4%; đây là biện pháp phòng tránh lây nhiễm chéo khi điều trị nha khoa.

**Bảng 3.17.** Đánh giá của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế (n=408)

Nội dung	Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng ghế máy nha khoa	Rất sạch	138	33,8
	Khá sạch	170	41,7
	Trung bình	87	21,3
	Nệm ghế rách, cũ	4	1,0
	Không quan tâm	9	2,2
Nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa	Rất sạch	123	30,1
	Khá sạch	226	55,4
	Không sạch	22	5,4
	Rất không sạch	9	2,2
	Không quan tâm	28	6,9
Công tác vệ sinh tại cơ sở nha khoa	Rất sạch	145	35,5
	Khá sạch	200	49,0
	Trung bình	51	12,5
	Không sạch	2	0,5
	Không quan tâm	10	2,5

Theo đánh giá của người bệnh về tình trạng ghế nha khoa là rất sạch và khá sạch 33,8% và 41,7%. Nơi nhỏ nước bọt rất sạch và khá sạch 30,1% và 55,4%. Công tác vệ sinh tại cơ sở nha khoa rất sạch và khá sạch là 35,5% và 49%.

**Bảng 3.18.** Lý do chọn cơ sở răng hàm mặt để điều trị của người bệnh (n=408)

Lý do chọn nơi điều trị của người bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Lựa chọn cơ sở RHM nhà nước hay tư nhân	Công lập	265	65,0
	Công lập và tư nhân	103	25,2
	Tư nhân	40	9,8
Lý do chọn cơ sở RHM để điều trị	Bị đau răng	169	41,4
	Gần nhà	164	40,2
	An tâm, không sợ lây nhiễm	126	30,9
	Người quen giới thiệu	109	26,7
	An tâm với chất lượng	99	24,3
	Cơ sở của nhà nước	61	14,9
	Bệnh viện mới, sạch, đẹp	32	7,8

Khảo sát về lý do chọn nơi điều trị nha khoa, đa số BN chọn cơ sở RHM công lập với 65%; vừa công lập, vừa tư nhân 25,2%, chọn cơ sở tư nhân thấp chỉ có 9,8%. Ngoài ra còn có lý do khác như gần nhà 40,2% và an tâm không sợ lây nhiễm 30,9%.

**Bảng 3.19.** Một số đề xuất của người bệnh về các biện pháp dự phòng lây nhiễm khi điều trị nha khoa (n=408)

Các đề xuất	Số lượng	Tỷ lệ %
Làm tốt công tác vệ sinh	225	55,1
Làm tốt công tác phòng tránh lây nhiễm	228	55,9
Xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định	265	65,1
Sử dụng vật liệu mới khi điều trị	132	32,4
Có khu điều trị riêng cho BN HIV/AIDS, Viêm gan B, C	362	88,7

Hầu hết người bệnh đề xuất nên có khu điều trị riêng cho bệnh nhân bị HIV/AIDS hoặc viêm gan siêu vi B, C, tỷ lệ là 88,7%. Tỷ lệ người bệnh đề xuất cần xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn đúng quy định là 65,1%; đề xuất việc xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định là 55,1%; sử dụng vật liệu mới khi điều trị là 55,9%; trong khi đó, tỷ lệ đề xuất cần sử dụng vật liệu mới khi điều trị là 32,4%.

### 3.1.7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

#### 3.1.7.1. Kết quả khảo sát về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt

**Bảng 3.20.** Nhận xét của nhân viên y tế về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập (n=152)

Các yếu tố ảnh hưởng	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh nhân đông	115	75,7
Thiếu nhân viên phụ trách KSNK	75	49,3
Thiếu trợ thủ nha khoa	1	0,7
Thiếu ý thức về tầm quan trọng của KSNK	1	0,7
Thu nhập NVYT còn thấp	4	2,6
Thiếu trang thiết bị nha khoa	34	22,4
Thiếu dụng cụ, phương tiện	62	40,8
Thiếu kinh phí	52	34,2
Viện phí thấp	65	42,8

Kết quả khảo sát 152 NVYT về các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành KSNK tại các khoa RHM công lập tuyến quận huyện TP.HCM cho thấy 75,7% NVYT cho rằng do bệnh nhân quá đông; 49,3% cho rằng thiếu nhân viên phụ trách công tác KSNK; 40,8% cho rằng thiếu dụng cụ, phương tiện; 34,2% cho rằng thiếu kinh phí và 42,8% cho rằng viện phí còn thấp nên ảnh hưởng đến công tác KSNK.

#### 3.1.7.2. Kết quả phỏng vấn với cán bộ quản lý về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

##### ❖ Về vấn đề thiếu điều dưỡng và trợ thủ nha khoa

**Hộp 3.5.** Phỏng vấn Phó Giám đốc bệnh viện công lập tuyến quận tại TP. Hồ Chí Minh về vấn đề thiếu điều dưỡng nha khoa:

“Trước đây Khoa RHM của bệnh viện có 2 bác sĩ và 2 điều dưỡng. Tuy nhiên, do phải đảm trách nhiều công việc cho nên 2 điều dưỡng vừa làm trợ thủ nha khoa, 2 nhân viên này cũng không phải đứng suốt tại ghế làm kỹ thuật với bác sĩ mà còn phải chia nhau làm thêm công tác hành chính, hồ sơ bệnh án và làm luôn công tác KSNK”.

Thực tế hiện nay đa số lãnh đạo bệnh viện cho rằng các khoa RHM đều thiếu bác sĩ và điều dưỡng nha khoa vì bệnh viện tuyến quận huyện xếp hạng 2, hạng 3 nên ít có biên chế và thu nhập của điều dưỡng còn thấp hơn so với các phòng nha khoa tư nhân và các bệnh viện cũng hạn chế tuyển thêm nhân viên vì loại hình điều trị của các khoa RHM tuyến quận huyện cũng chưa đa dạng vì viện phí còn thấp...

### **3.1.7.3. Những đề xuất giúp làm tốt công tác KSNK khi thực hành nha khoa**

#### **❖ Về tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM**

**Hộp 3.6.** Thảo luận nhóm bác sĩ chuyên khoa RHM tại các cơ sở RHM tại TP HCM về tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM, bác sĩ đề nghị:

*“...Đề nghị nên có tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM và quy trình chuẩn do cấp trên biên soạn gửi xuống cho các đơn vị thực hiện.*

*Trước đây, cứ theo hiểu biết của lãnh đạo khoa mà đưa ra, đôi khi không đúng chuẩn. Nếu có tài liệu chuẩn cho RHM thì rất tốt, ví dụ trước đây, việc huỷ kim cũng làm khác nhau, Amalgam thừa, thuỷ ngân trám răng thừa phải xử lý như thế nào? theo quy định nào? ... vì chưa có quy định thống nhất”.*

Hầu hết NVYT tại khoa RHM đề nghị nên có tài liệu hướng dẫn thực hành KSNK chuyên ngành RHM và quy trình chuẩn do cấp trên biên soạn giúp các khoa RHM thực hiện theo quy trình thống nhất.

#### **❖ Về giá viện phí trong điều trị nha khoa**

**Hộp 3.7.** Phỏng vấn Giám đốc bệnh viện về giá viện phí trong điều trị nha khoa:

*“...như đã trình bày, hiện nay một số loại giá viện phí điều trị nha khoa còn thấp, nếu có những đề xuất thì tôi có một góp ý nhỏ là chúng ta nên có cho các bệnh viện thu thêm phần phí về KSNK đưa vào viện phí để giúp cho công tác KSNK tốt hơn, đồng thời tái trang bị lại những trang thiết bị phục vụ cho công tác KSNK” .*

Đa số NVYT công tác tại các cơ sở RHM đều cho rằng giá viện phí của chuyên ngành RHM ở tuyến quận huyện, bệnh viện hạng 2 tại thời điểm khảo sát là thấp,



chưa đủ kinh phí để làm tốt công tác KSNK và mua sắm vật liệu, dụng cụ hay máy ghế nha khoa.

### **3.2. HIỆU QUẢ CAN THIỆP KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP TUYẾN QUẬN, HUYỆN CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2016 – 2017.**

#### **3.2.1. Đánh giá về công tác tổ chức, cơ sở vật chất và điều kiện thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn**

##### **3.2.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Giai đoạn can thiệp từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2016, nghiên cứu đã tiến hành can thiệp tại 3 cơ sở RHM và 3 cơ sở RHM tham gia nhóm đối chứng.

**Bảng 3.21.** Số lượng nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Đặc điểm		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		SL	%	SL	%
Nhóm can thiệp	Quận 7	6	28,6	6	30,0
	Quận Tân Phú	9	42,8	9	45,0
	Quận Bình Thạnh	6	28,6	5	25,0
	Tổng	21	100	20	100
Nhóm đối chứng	Quận 8	6	35,3	4	26,7
	Quận 10	4	23,5	4	26,7
	Quận Tân Bình	7	41,2	7	46,6
	Tổng	17	100	15	100

Ở nhóm can thiệp, trước can thiệp điều tra 21 NVYT và sau can thiệp 20 NVYT, do có 1 nhân viên nghỉ việc, Quận Tân Phú có số NVYT chiếm số lượng đông nhất là 9 nhân viên.

Ở nhóm chứng, trước can thiệp điều tra 17 NVYT và sau can thiệp 15 NVYT, do bệnh viện quận 8 có 1 nhân viên chuyển công tác và 1 nghỉ hưu theo chế độ. Quận 10 có số lượng NVYT ít nhất, với 4 nhân viên trước và sau can thiệp.

**Bảng 3.22.** Đặc điểm của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng

Đặc điểm		Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng			
		Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Giới tính	Nam	4	19,1	3	15,0	2	11,8	2	13,3
	Nữ	17	80,9	17	85,0	15	88,2	13	86,7
Năm công tác	≤10 năm	15	71,4	14	70,0	10	58,8	8	53,3
	>10 năm	6	28,6	6	30,0	7	41,2	7	46,7
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	9	42,9	9	45,0	9	52,9	8	53,3
	Y sĩ RHM	2	9,5	2	10,0	0	0	0	0
	Y sĩ răng trẻ em	1	4,8	1	5,0	1	5,9	2	13,3
	Điều dưỡng	4	19,0	5	25,0	4	23,5	3	20,0
	KTV Phục hình răng	1	4,8	0	0	1	5,9	1	6,7
	Trở thủ nha	2	9,5	1	5,0	1	5,9	1	6,7
	khác	2	9,5	2	10,0	1	5,9	0	0

So sánh trước và sau can thiệp ở cả 2 nhóm không có sự thay đổi lớn ở đặc điểm mẫu nghiên cứu với đa số hơn 80% là nhân viên nữ, tỷ lệ nam rất thấp chỉ có 13% và 17%. Tỷ lệ bác sĩ RHM chiếm từ 42,9% đến 53,3%; kể đến là điều dưỡng chiếm tỷ lệ từ 19% đến 25%.

### 3.2.1.1. Đánh giá công tác tổ chức quản lý

**Bảng 3.23.** Hiệu quả can thiệp về cơ sở vật chất và điều kiện thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại nhóm can thiệp

Nội dung	Trướccan thiệp	Saucan thiệp
<b>Cơ sở vật chất tại khoa RHM</b>		
Khoa phòng sạch sẽ, gọn gàng	Có	Có
Có diện tích đủ rộng 10 m <sup>2</sup> / ghế nha khoa	Có	Có
Tường được ốp gạch men hay sơn dầu, giúp dễ vệ sinh khi kiểm tra	Có	Có
Có nơi ngâm, xử lý, khử khuẩn DC ban đầu tại khoa theo quy định	Có	Có
Có đủ dung dịch ngâm, xử lý, khử khuẩn DC	Có	Có
Có quy trình ngâm xử lý, khử khuẩn dụng cụ	Không	Có
Có nơi vệ sinh tay đạt chuẩn (Có nước, vòi nước, dung dịch vệ sinh tay, khăn lau tay 1 lần)	Chưa hoàn thiện	Hoàn thiện
Có dung dịch vệ sinh tay nhanh tại ghế nha khoa	Chưa có đủ tại ghế nha khoa	Có đầy đủ tại ghế nha khoa
<b>Điều kiện thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn</b>		
Có trung tâm tiệt khuẩn DC cho toàn bệnh viện	Chưa hoàn thiện	Hoàn thiện
Còn hấp dụng cụ tại khoa RHM	Còn hấp DC tại khoa RHM	Không còn hấp tại khoa
Đóng gói dụng cụ bằng túi chuyên dụng	Chưa hoàn thiện	Hoàn thiện
Gói dụng cụ có ghi hạn sử dụng	Chưa hoàn thiện	Hoàn thiện
Tiệt khuẩn DC bằng lò hấp hơi nước	Thường xuyên	Thường xuyên
Có đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị hóa học 1243A	Không	Có và được sử dụng
Có tấm che phủ tay chỉnh đèn, bàn phím ghế nha	Không	Có và được sử dụng

Kết quả cho thấy có sự thay đổi về cơ sở vật chất và điều kiện thực hành KSNK tại 3 khoa răng hàm mặt của 3 bệnh viện ở nhóm can thiệp. Các khoa áp dụng quy trình ngâm, xử lý, khử khuẩn ban đầu tại khoa RHM theo quy định của Bộ Y tế. Bệnh viện đã trang bị dung dịch vệ sinh tay nhanh tại ghế nha khoa và NVYT thường xuyên sử dụng.

Trước can thiệp, các bệnh viện đã có trung tâm tiệt khuẩn dụng cụ cho toàn bệnh viện nhưng các khoa RHM vẫn còn hấp dụng cụ tại khoa bằng những lò hấp nhỏ. Sau

can thiệp các trung tâm tiệt khuẩn đã hoàn thiện việc tập trung xử lý, đóng gói và tiệt khuẩn dụng cụ cho toàn bệnh viện. Sau can thiệp, các khoa RHM không còn hấp dụng cụ tại khoa và bệnh viện không còn sử dụng các lò hấp tròn nhỏ.

Sau can thiệp 3 khoa KSNK của bệnh viện đã áp dụng việc đóng gói dụng cụ nha khoa bằng túi chuyên dụng và có ghi hạn sử dụng thường xuyên mỗi ngày. Khoa KSNK có tiến hành đánh giá chất lượng tiệt khuẩn bằng chỉ thị hóa học 1243A và lưu trữ hàng ngày theo quy định.

Kết quả cũng cho thấy, nhóm can thiệp đã được trang bị đầy đủ phương tiện che phủ tay chỉnh đèn, bàn phím ghế nha trong và sau can thiệp.

**Bảng 3.24.** Hiệu quả can thiệp về công tác quản lý, tập huấn và số lần giám sát

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng	
	Trước CT	Sau CT	Trước CT	Sau CT
<b>Về công tác tổ chức, quản lý</b>				
Số lần làm việc với Ban Giám Đốc	0	6 lần	2 lần	0
Số lần làm việc với khoa KSNK	0	20 lần	2 lần	0
Số lần làm việc với khoa RHM	0	20 lần	2 lần	0
Số lần thảo luận giữa khoa RHM và KSNK	0	10 lần	0	0
<b>Về công tác tập huấn</b>				
Số lần điều chỉnh quy trình KSNK	0	6 lần	0	0
Số lần tập huấn cho nhân viên khoa RHM	0	6 lần	0	0
Số lần tập huấn cho nhân viên khoa KSNK	0	6 lần	0	0
Tài liệu KSNK chuyên ngành RHM	0	1 bộ tài liệu	0	0
Quy trình KSNK chuyên ngành RHM	0	10 quy trình	0	0
Tranh hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM	0	4 tranh	0	0
<b>Số lần giám sát</b>				
Số lần giám sát thực hành KSNK/khoa RHM	0	18 lần	0	0
Số lần giám sát thực hành KSNK/khoa KSNK	0	15 lần	0	0

Trong năm 2016, nhóm nghiên cứu đã tập huấn 6 lần cho NVYT các khoa tham gia can thiệp, 6 lần đến làm việc tại khoa KSNK, 6 lần tập huấn về quy cách kiểm tra, giám sát và điều chỉnh các phiếu đánh giá cho phù hợp với điều kiện thực tế và mang tính khả thi. Tổ chức 18 lần giám sát tại khoa RHM và 15 lần tại khoa KSNK.

### 3.2.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp kiến thức của nhân viên y tế về kiểm soát nhiễm khuẩn

**Bảng 3.25.** So sánh kiến thức của NVYT đối với các nguy cơ lây nhiễm

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQCT (%)
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Các bệnh có nguy cơ lây nhiễm	15	71,4	19	95,0	15	88,2	13	86,7	34,8 (*)
Về nguy cơ lây nhiễm trong thực hành nha khoa	18	85,7	20	100	14	82,6	15	100	-
Các biện pháp phòng tránh lây nhiễm	14	66,7	20	100	16	94,2	14	93,3	51,0 (*)
Tầm quan trọng của việc hỏi bệnh sử bệnh nhân	15	71,4	20	100	16	94,2	15	100	-

$p^{(*)}<0,05$ . So sánh kiến thức của NVYT về các bệnh có nguy cơ lây nhiễm trong điều trị nha khoa ở nhóm can thiệp tăng từ 71,4% lên 95,0%; hiệu quả can thiệp đạt 34,8% ( $p<0,05$ ). Kiến thức của NVYT về nguy cơ lây nhiễm ở nhóm can thiệp tăng từ 85,7% lên 100%. Sau can thiệp, kiến thức về các biện pháp phòng tránh lây nhiễm ở nhóm can thiệp tăng từ 66,7% lên 100%; hiệu quả can thiệp 51,0% ( $p<0,05$ ).

**Bảng 3.26.** So sánh kiến thức của nhân viên y tế đối với quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQCT (%)
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Các bước của quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ	13	61,9	19	95,0	11	64,7	7	46,7	81,3 (*)
Mục đích ngâm dụng cụ sau khi sử dụng	16	76,2	20	100	12	70,6	12	80,0	16,9 (*)
Phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ hiệu quả hiện nay	20	95,2	20	100	12	70,6	15	100	-
Biện pháp xử lý và tiệt khuẩn tay khoan	11	52,8	17	85,0	11	64,7	12	80,0	37,4 (*)
Biện pháp tiệt khuẩn mũi khoan, dụng cụ nội nha	20	95,2	20	100	17	100	14	93,3	11,9 (*)

$p^{(*)}<0,05$ . Kiến thức của NVYT về quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ tăng từ 61,9% lên 95,0%; hiệu quả can thiệp đạt 81,3% ( $p<0,05$ ). Sau can thiệp kiến thức về mục đích ngâm dụng cụ sau khi sử dụng, phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ và biện pháp tiệt khuẩn mũi khoan tăng lên 100%, nhóm chứng giảm xuống 93,3%.

**Bảng 3.27.** So sánh kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp dự phòng lây nhiễm trước và sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQCT (%)
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Các thời điểm rửa tay thường quy	20	95,2	20	100	15	88,2	15	100	-
Phương tiện phòng hộ khi dùng tay khoan có phun sương hay cạo vôi siêu âm	15	71,4	20	100	16	94,1	14	93,3	41,0 (*)
Cách sử dụng găng khi nhổ răng phẫu thuật	17	81,0	19	95,0	14	82,4	13	86,7	12,1 (*)
Nước sử dụng cho tay khoan, cạo vôi cần kiểm tra vi sinh định kỳ	20	95,2	20	100	16	94,1	14	93,3	5,9
Mục đích cho BN súc miệng với dd sát khuẩn trước điều trị	19	90,5	20	100	17	100	15	100	-
Cách xử lý kim sau điều trị	19	90,5	19	95,0	13	76,5	13	86,7	8,3
Các biện pháp đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ	15	71,4	20	100	14	82,4	15	100	-

$p^{(*)}<0,05$ . Ở nhóm can thiệp, kiến thức của NVYT tăng lên sau can thiệp, cụ thể kiến thức về thời điểm rửa tay và nước sử dụng cho tay khoan đầu cạo vôi tăng từ 95,2% lên 100%; hiệu quả can thiệp đạt 41,0% ( $p<0,05$ ). Kiến thức về cách sử dụng găng tay và cách xử lý kim sau điều trị tăng lên 95,0% sau can thiệp; hiệu quả can thiệp đạt 12,1% ( $p<0,05$ ). Về phương tiện phòng hộ cá nhân và cách đánh giá chất lượng tiệt khuẩn tăng lên 100% sau can thiệp. Về mục đích cho bệnh nhân súc miệng bằng dung dịch sát khuẩn trước điều trị từ 90,5% lên 100%.

Ở nhóm đối chứng, kiến thức của NVYT về các thời điểm rửa tay và cách đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ tăng lên 100% sau can thiệp. Kiến thức của NVYT về cách xử lý nguồn nước sử dụng cho tay khoan, đầu cạo vôi và kiến thức về phương

tiện phòng hộ cá nhân giảm từ 94,1% xuống 93,3% và cách xử lý kim sau khi điều trị tăng từ 76,5% lên 86,7%.

**Bảng 3.28.** So sánh kiến thức của nhân viên y tế về biện pháp xử lý môi trường và chất thải y tế trước sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQCT (%)
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Kiến thức của NVYT về xử lý môi trường của phòng điều trị nha khoa	18	85,7	20	100	12	70,6	11	73,3	12,9 (*)
Kiến thức của NVYT về xử lý thủy ngân thừa	19	90,5	20	100	13	76,7	14	93,3	11,6

$p^{(*)}<0,05$ . Ở nhóm can thiệp, kiến thức của NVYT về cách xử lý khu điều trị nha khoa tăng từ 85,7% lên 100% sau can thiệp; hiệu quả can thiệp đạt 12,9% ( $p<0,05$ ). Kiến thức xử lý thủy ngân thừa tăng từ 90,5% lên 100%.

Ở nhóm chứng, kiến thức về xử lý phòng điều trị nha khoa tăng từ 70,6% lên 73,3%. Kiến thức về xử lý thủy ngân thừa tăng từ 76,7% lên 93,3%.

**Bảng 3.29.** So sánh kiến thức của nhân viên y tế về các vị trí cần xử lý và khử khuẩn sau điều trị trước sau can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQCT (%)
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Nệm ghế nha khoa	20	95,2	20	100	17	100	15	100	-
Tựa đầu của ghế nha khoa	19	90,5	20	100	11	64,7	13	86,7	23,5
Tay chỉnh đèn	18	85,7	20	100	11	64,7	14	93,3	11,9
Nơi nhổ nước bọt	18	85,7	20	100	13	76,5	15	100	-
Bàn dụng cụ	20	95,2	20	100	11	64,7	13	86,7	29,1

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức của NVYT về các vị trí cần xử lý và khử khuẩn sau điều trị như tay chỉnh đèn hay nơi nhỏ nước bọt từ 85,7% tăng lên 100% sau can thiệp.

Ở nhóm chứng, tỷ lệ kiến thức của NVYT về cách xử lý và khử khuẩn sau điều trị chỗ tựa đầu của ghế nha khoa tăng từ 64,7% lên 86,7%; kiến thức về tay chỉnh đèn tăng từ 64,7% lên 93,3%; kiến thức về bàn dụng cụ tăng từ 64,7% lên 86,7% và cách xử lý nệm ghế nha khoa và nơi nhỏ nước bọt đạt 100% sau can thiệp.

### 3.2.3. Đánh giá hiệu quả thay đổi về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn

#### 3.2.3.1. Hiệu quả can thiệp thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

**Bảng 3.30.** Hiệu quả can thiệp về thực hành vệ sinh tay của nhân viên y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CS HQ (%) p	HQ CT P
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Vệ sinh tay với dung dịch cồn	26	21,7	39	32,5	49,8	25	20,9	28	23,3	11,5	38,3
Vệ sinh tay với dd sát khuẩn	28	23,3	32	26,7	14,6	28	23,3	31	25,8	10,7	3,9
Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung	54	45,0	71	59,2	31,6*	52	43,3	59	49,1	13,5*	18,1

$p < 0,05$ . Tỷ lệ NVYT thực hành vệ sinh tay đúng với dung dịch cồn ở nhóm can thiệp tăng từ 21,7% lên 32,5%, nhóm chứng tăng từ 20,9% lên 23,3%. HQCT 38,3%.

Tỷ lệ NVYT thực hành vệ sinh tay đúng với dung dịch sát khuẩn ở nhóm can thiệp tăng từ 23,3% lên 26,7%; nhóm chứng cũng tăng từ 23,3% lên 25,8%. HQCT 3,9%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung ở nhóm can thiệp tăng từ 45% lên 59,2%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ .



**Bảng 3.31.** Hiệu quả can thiệp thực hành sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CS HQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương	69	57,5	75	62,5	8,7	65	54,2	67	55,8	2,9	5,8
Mang tấm che mặt khi điều trị có phun sương	15	12,5	39	32,5	315 (*)	19	15,8	18	15,0	-5,1	320,1 (*)

$P(*) < 0,05$ . Kết quả cho thấy 100% NVYT đều mang găng tay, khẩu trang khi điều trị. Sau can thiệp, tỷ lệ NVYT mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương là 62,5%. Tỷ lệ NVYT có mang tấm chắn che mặt khi điều trị có phun sương ở nhóm can thiệp chỉ 12,5% tăng lên 32,5% sau can thiệp ( $p < 0,05$ ), HQCT 320,1%, ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.32.** Hiệu quả can thiệp về thực hành sử dụng các vật liệu nha khoa

Nội dung	Nhóm can thiệp				CSHQ (%) p	Nhóm đối chứng				CSHQ (%) p	HQCT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Có che phủ bàn dụng cụ	44	36,7	120	100	172,5 (*)	34	28,3	45	37,5	32,5	140 (*)
Có khăn che ngực bệnh nhân	45	37,5	109	90,8	142,1 (*)	39	32,5	54	45,0	38,5 (*)	103,6 (*)
Có che phủ tay chỉnh đèn bằng giấy chuyên dụng	0	0	52	43,3	0 (*)	0	0	0	0	0	0 *
Có che phủ nút chỉnh ghế bằng giấy chuyên dụng	0	0	58	48,3	0 (*)	0	0	0	0	0	0 (*)

$p(*) < 0,05$ . Về thực hành sử dụng mũi khoan, trâm tuý đã tiệt khuẩn khi điều trị và sử dụng ống hút nước bọt một lần cho mỗi bệnh nhân ở nhóm can thiệp và nhóm chứng đều thực hành đúng 100%. Tỷ lệ thực hành che phủ bàn dụng cụ ở nhóm can thiệp tăng từ 36,7% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 28,3% lên 37,5%. HQCT 140%, với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ thực hành đúng có khăn che ngực cho bệnh nhân mỗi khi điều trị có phun sương ở nhóm can thiệp tăng từ 37,5% lên 90,8%, ở nhóm chứng tăng từ 32,5% lên 45,0%. HQCT 103,6% với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ thực hành che phủ tay chính đèn bằng giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp từ 0% tăng lên 43,3%, ở nhóm đối chứng là 0%. Tỷ lệ thực hành che phủ nút chính ghế bằng giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp từ 0% lên 48,3%. Các cơ sở RHM của nhóm đối chứng chưa triển khai nội dung này, vì chưa có tấm che phủ chuyên dụng trong thực hành nha khoa.

**Bảng 3.33.** Hiệu quả can thiệp về thực hành khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%)	Nhóm đối chứng				CS HQ (%)	HQ CT P
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%	p	SL	%	SL	%	p	
Làm sạch DC trước khi ngâm khử khuẩn	93	78,3	120	100	27,7 (*)	92	76,7	104	86,7	13,0 (*)	14,7 (*)
Ngâm ngập DC, đủ thời gian và có nắp đậy kín	103	85,8	120	100	16,6 (*)	105	87,5	107	89,2	1,9	14,7 (*)
Đóng gói DC bằng túi giấy chuyên dụng	41	34,2	47	39,2	14,6	20	16,7	25	20,8	24,6	10,0 (*)
Túi DC có ghi hạn sử dụng	81	67,5	104	86,7	28,4 (*)	80	66,7	83	69,2	3,7	24,7 (*)

$p^{(*)}<0,05$ . Kết quả cho thấy 100% cơ sở RHM ở nhóm can thiệp và nhóm đối chứng có nơi ngâm xử lý dụng cụ và pha hóa chất khử khuẩn dụng cụ đúng quy định, rửa sạch dụng cụ dưới vòi nước và để khô trước khi chuyển về trung tâm tiệt khuẩn.

Thực hành làm sạch dụng cụ trước ngâm khử khuẩn ở nhóm can thiệp tăng từ 78,3% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 76,7% lên 86,7%. HQCT 14,7%,  $p<0,05$ .

Về thực hành ngâm dụng cụ đủ thời gian và có nắp kín ở nhóm can thiệp tăng từ 85,8% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 87,5% lên 89,2%. HQCT 14,7%,  $p<0,05$ .

Tỷ lệ dụng cụ được đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp tăng từ 34,2% lên 39,2%; ở nhóm chứng tăng từ 16,7% lên 20,8%. HQCT 10,0% với  $p<0,05$ . Kết quả cho thấy 100% các dụng cụ nha khoa đã được tiệt khuẩn bằng lò hấp hơi nước bão hòa ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng.

**Bảng 3.34.** Hiệu quả can thiệp thực hành khử khuẩn,tiệt khuẩn tay khoan nha khoa

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CS HQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Tháo rời mũi khoan sau điều trị	110	91,7	120	100	9,0 (*)	119	99,2	120	100	0,8	8,2 (*)
Xử lý tay khoan bằng khăn giấy khử khuẩn	111	92,5	120	100	8,1 (*)	119	99,2	120	100	0,8	7,3 (*)
Tiệt khuẩn tay khoan bằng lò hấp hơi nước bão hòa	14	11,7	26	21,7	85,5 (*)	15	12,5	21	17,8	42,4 (*)	43,1 (*)

$p^{(*)}<0,05$ . Tỷ lệ thực hành đúng quy trình tháo rời mũi khoan ở nhóm can thiệp tăng từ 91,7% lên 100%; ở nhóm chứng tăng từ 99,2 lên 100%. HQCT 8,2%,  $p<0,05$ .

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình xử lý tay khoan bằng khăn giấy khử khuẩn ở nhóm can thiệp tăng 8,1%; ở nhóm chứng tăng 0,8%. HQCT 7,3%; với  $p<0,05$ .

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình tiệt khuẩn tay khoan nha khoa bằng lò hấp hơi nước bão hòa ở nhóm can thiệp tăng 10%, nhóm đối chứng tăng 5,3%. HQCT 16,1%.

**Bảng 3.35.** Hiệu quả can thiệp về thực hành tiêm an toàn

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CSHQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%			
Dùng ống chích nha khoa một lần	115	95,8	120	100	4,4 (*)	112	93,3	117	97,5	4,5	-0,1
Đẩy kim bằng kỹ thuật một tay	105	87,5	120	100	14,3 (*)	97	80,8	107	89,2	10,4	3,9 (*)
Phân loại rác thải sắc nhọn đúng	112	93,3	120	100	7,2	115	95,8	120	100	4,4	2,8 (*)

$p^{(*)}<0,05$ . Kết quả quan sát ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng cho thấy 100%, cơ sở RHM đã sử dụng kim tiêm 1 lần, dùng thuốc tê mới còn hạn sử dụng và sử dụng một lần khi tiêm chích cho bệnh nhân. Quan sát thực hành NVYT về việc sử dụng ống chích nha khoa 1 lần ở nhóm can thiệp tăng từ 95,8% lên 100% với  $p<0,05$ ; ở nhóm chứng tăng từ 93,3% lên 97,5%. Tỷ lệ quan sát thực hành đẩy kim bằng kỹ

thuật một tay của NVYT ở nhóm can thiệp tăng từ 87,5% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 80,8% lên 89,2%. HQCT 3,9% với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.36.** Hiệu quả can thiệp về việc có nhân viên hỗ trợ khi điều trị nha khoa

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CSHQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Có nhân viên chuẩn bị DC trước điều trị	111	92,5	120	100	8,1 (*)	88	73,3	90	75,0	2,3	5,8 (*)
Có nhân viên hỗ trợ khi nhổ răng, trám răng	58	48,3	64	53,3	10,4 (*)	24	20,0	35	29,2	46,0	35,6 (*)
Có nhân viên phụ trách hồ sơ bệnh án	112	93,3	120	100	7,1 (*)	113	94,2	120	100	6,2 (*)	0,9 (*)

$p^{(*)} < 0,05$ . Kết quả quan sát về việc có NVYT hỗ trợ cho công tác chuẩn bị dụng cụ trước khi điều trị ở nhóm can thiệp tăng 7,5%; ở nhóm chứng tăng 1,7%; HQCT 5,8% với  $p < 0,05$ . Quan sát thực hành khi nhổ răng, trám răng có nhân viên hỗ trợ bác sĩ ở nhóm can thiệp tăng 5,0% và nhóm chứng tăng 9,2%; HQCT 35,6%; với  $p < 0,05$ .

Kết quả khảo sát về việc có nhân viên chuyên trách ghi chép hồ sơ bệnh án sau can thiệp ở nhóm chứng và nhóm can thiệp đạt 100%, HQCT 0,9%; với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.37.** Hiệu quả can thiệp về thực hành phân loại rác thải y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CS HQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			Trước CT (n=120)		Sau CT (n=120)			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Phân loại rác thải y tế đúng quy định theo màu sắc	113	94,2	120	100	6,2	112	93,3	120	100	7,2	-
Hộp chứa rác sắc nhọn không quá 2/3 quy định	111	92,5	120	100	8,1 (*)	116	96,7	120	100	3,4 (*)	4,7 (*)

$p^{(*)} < 0,05$ . Tỷ lệ thực hành đúng về việc phân loại rác thải ở nhóm can thiệp và nhóm chứng đều đạt 100% ở cả 2 giai đoạn trước và sau can thiệp. Tỷ lệ thực hành

đúng về việc lưu trữ rác sắc nhọn không quá 2/3 quy định ở nhóm can thiệp tăng từ 92,5% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 96,7% lên 100%. HQCT 4,7%; với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.38.** Hiệu quả can thiệp về đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ

Nội dung	Nhóm can thiệp				CS HQ (%) p	Nhóm đối chứng				CS HQ (%) p	HQ CT p
	Trước CT		Sau CT			Trước CT		Sau CT			
	SL	%	SL	%		SL	%	SL	%		
Chỉ thị hóa học (n=120)	104	86,7	120	100	15,3 (*)	106	88,3	118	98,3	1,3	14,0 (*)
Chỉ thị sinh học (n=30)	26	86,7	30	100	15,3 (*)	27	90,0	29	96,7	7,4	7,9

Kết quả khảo sát việc đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa học và sinh học nhóm can thiệp tăng từ 86,7% tăng lên 100% sau can thiệp. Ở nhóm chứng các chỉ thị hóa học và sinh học tăng từ 88,3% lên 98,3% và 90% lên 96,7%.

### 3.2.4. Đánh giá của nhân viên y tế về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn

#### 3.2.4.1. Đánh giá của nhân viên y tế về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt

**Bảng 3.39.** Đánh giá của NVYT về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng			
	Trước CT (n=21)		Sau CT (n=20)		Trước CT (n=17)		Sau CT (n=15)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Bệnh nhân đông, NVYT bận nhiều công việc	19	90,5	14	70,0	14	82,4	14	93,3
Thiếu nhân viên phụ trách công tác KSNK	12	57,1	18	90,0	10	58,8	9	60,0
Thiếu lò hấp phục vụ công tác KSNK	7	33,3	13	65,0	6	35,3	4	26,7
Thiếu DC, vật liệu phục vụ công tác KSNK	10	47,6	12	60,0	8	47,1	9	60
Thiếu kinh phí phục vụ công tác KSNK	5	23,8	12	60,0	7	41,2	5	33,3
Giá viện phí còn thấp, chưa hợp lý	6	28,6	14	70,0	7	41,2	11	73,3
KSNK tại khoa RHM chưa là vấn đề ưu tiên	0	0	6	30,0	8	47,1	10	66,7

Đánh giá của NVYT về các yếu tố ảnh hưởng đến công tác KSNK cảnhhóm chứng và nhóm can thiệp, với 90,5% và 93,3% cho rằng bệnh nhân đông, nhân viên bận nhiều công việc, và có 70% và 73,3% cho rằng giá viện phí còn thấp, chưa hợp lý. Ngoài ra, cũng có 30% và 66,7% cho rằng công tác KSNK tại các khoa RHM chưa là vấn đề ưu tiên hiện nay.

#### **3.2.4.2. Đánh giá của cán bộ quản lý về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt**

##### **❖ Về công tác quản lý và tài liệu tập huấn KSNK chuyên ngành RHM**

**Hộp 3.8.** Phòng vấn chuyên gia về công tác quản lý và tài liệu tập huấn KSNK chuyên ngành RHM, bác sĩ trưởng khoa KSNK tại bệnh viện TP HCM, cho biết:

*“...Thực tế hiện nay, ngành RHM chưa có tài liệu và bộ quy trình KSNK chuyên ngành RHM để áp dụng thống nhất đồng bộ chung cho tất cả bệnh viện từ Trung ương đến địa phương, từ bệnh viện công lập đến các phòng khám RHM tư nhân*

*“...Cần có tài liệu tập huấn và tổ chức tập huấn cho cán bộ phụ trách công tác KSNK tại các bệnh viện tuyến quận, huyện vì đa số các cán bộ phụ trách KSNK cũng chưa có kiến thức chuyên sâu về KSNK chuyên ngành RHM cho nên rất khó kiểm tra và giám sát”.*

Hiện nay, Bộ Y tế chưa ban hành tài liệu hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM và đa số cán bộ phụ trách công tác KSNK tại các bệnh viện tuyến quận, huyện chưa có kiến thức chuyên sâu về KSNK chuyên ngành RHM cho nên rất khó kiểm tra và giám sát.

❖ **Về thực trạng công tác KSNK tại các cơ sở RHM hiện nay**

**Hộp 3.9.** Phỏng vấn về thực trạng công tác KSNK tại các cơ sở RHM hiện nay, Phó Giám đốc bệnh viện tuyến quận tại TP.HCM, cho biết:

*“...Thực tế hiện nay, công tác KSNK tại các cơ sở RHM là khá tốt do các lãnh đạo bệnh viện đều quan tâm, tuy nhiên vẫn còn một số NVYT chưa quan tâm lắm đến thực hành KSNK, nhất là chưa có thói quen tốt về KSNK ... và hiện nay, chưa có báo cáo đúng về những trường hợp lây nhiễm từ phòng nha khoa, chưa có những con số cụ thể cho nên NVYT chưa cảm thấy KSNK thật sự quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh và bản thân NVYT”.*

*“...Thực tế do công tác giám sát, kiểm tra chưa thường xuyên và chưa xử lý những trường hợp chưa chấp hành đúng các quy trình KSNK...Mặt khác, do áp lực bệnh nhân đông cũng khiến NVYT chưa tuân thủ tốt các quy trình KSNK”.*

Hiện nay, công tác KSNK tại các cơ sở RHM là khá tốt do các lãnh đạo bệnh viện đều quan tâm, tuy nhiên vẫn còn một số NVYT chưa quan tâm lắm đến thực hành KSNK, nhất là chưa có thói quen tốt về KSNK.

Ngoài ra, do bệnh nhân đông cho nên đôi khi NVYT chưa tuân thủ tốt các quy trình KSNK và thực tế công tác giám sát, kiểm tra chưa được thường xuyên và chưa xử lý những trường hợp chưa chấp hành đúng các quy trình KSNK...

❖ **Về giá viện phí điều trị chuyên khoa RHM**

**Hộp 3.10.** Phỏng vấn về giá viện phí tại các cơ sở răng hàm mặt, Giám đốc bệnh viện tại TP.HCM, cho biết:

*“...Giá viện phí hiện nay, chúng ta chỉ thu một phần viện phí chứ chưa phải là thu đúng, thu đủ và ở tuyến quận huyện đa số là bệnh viện hạng 2, hạng 3 thì quy định của Bộ Y tế là thấp hơn bệnh viện hạng 1. Theo ý kiến của riêng tôi thì giá viện phí của chuyên ngành RHM mà BHYT chi trả hiện nay ở quận huyện nói chung là thấp so với thực tế”.*

*“... Giá viện phí BHYT chi trả cho các loại điều trị chuyên khoa RHM hiện nay chưa bao gồm lương, trang thiết bị, khấu hao vật tư, máy móc... nên chưa hợp lý, ví dụ như nhổ răng, chữa răng chưa đủ chi trả cho NVYT và vật tư tiêu hao”.*

Theo quy định của Bộ Y tế hiện nay, giá viện phí chỉ thu một phần viện phí chứ chưa phải là thu đúng, thu đủ viện phí và thực tế giá viện phí của chuyên ngành RHM mà BHYT chi trả cho các bệnh viện ở quận huyện nói chung là thấp so với thực tế.

### 3.2.5. Đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế

#### 3.2.5.1. Nhận xét của người bệnh về phương tiện phòng hộ của nhân viên y tế

**Bảng 3.40.** Nhận xét của người bệnh về phương tiện phòng hộ của nhân viên y tế

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng				HQ CT (%)
	Trước CT (n=300)		Sau CT (n=300)		Trước CT (n=300)		Sau CT (n=300)		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Mang găng tay khi chăm sóc, điều trị	296	98,7	286	95,3	259	86,3	278	92,7	-10,8 (*)
Mang khẩu trang khi chăm sóc, điều trị	282	94,0	263	87,7	284	94,7	280	93,3	-5,2
Đội nón y tế khi điều trị	254	84,7	170	56,7	172	57,3	136	45,3	-12,2 (*)
Mang kính mắt khi điều trị	174	58,0	81	27,0	95	31,7	98	26,0	-35,4 (*)

$p^{(*)}<0,05$ . Ở nhóm can thiệp, theo quan sát của bệnh nhân về thực hành mang găng tay của NVYT khi điều trị nha khoa là 98,7% và 95,3%. Ở nhóm chứng là 86,3% và 92,7%. Tỷ lệ NVYT có mang khẩu trang khi chăm sóc, điều trị thì nhóm đối chứng cao hơn nhóm can thiệp là 87,7% và 93,3%.

Quan sát của bệnh nhân về nhân viên y tế có đội nón y tế và mang kính mắt khi điều trị có phun sương, ở nhóm can thiệp tỷ lệ lần lượt là 56,7% và 27,0% cao hơn so với nhóm đối chứng.



**3.2.5.2. Nhận xét của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế**

**Bảng 3.41.** Nhận xét của người bệnh về công tác vệ sinh tại các cơ sở răng hàm mặt

Nội dung	Nhóm can thiệp				Nhóm đối chứng			
	Trước CT		Sau CT		Trước CT		Sau CT	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tình trạng ghế máy nha khoa								
Rất sạch	105	35,0	73	24,3	29	9,7	38	12,7
Khá sạch	135	45,0	176	58,7	126	42,0	193	64,3
Không sạch	60	20,0	51	17,0	145	48,3	69	23,0
Nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa								
Rất sạch	108	36,0	62	20,7	33	11,0	39	13,0
Khá sạch	173	57,7	204	68,0	191	63,7	115	75,0
Dơ, có máu	19	6,3	34	11,3	76	25,3	146	12,0
Về công tác vệ sinh								
Rất sạch	119	39,7	63	21,0	31	10,3	30	10,0
Khá sạch	145	48,3	193	64,3	145	48,5	202	67,3
Không sạch	36	12,0	44	14,7	124	41,2	68	22,7

Sau can thiệp, theo quan sát của bệnh nhân thì tình trạng máy ghế nha khoa rất sạch 24,3% và khá sạch chiếm 58,7% ở nhóm can thiệp. Về công tác vệ sinh ở cơ sở nha khoa được bệnh nhân đánh giá rất sạch 21% và khá sạch 64,3% ở nhóm can thiệp và ở nhóm đối chứng là 10% rất sạch và 67,3% khá sạch.

## CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

### 4.1. THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI CÁC CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP TUYẾN QUẬN/HUYỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2015

#### 4.1.1. Thực trạng nguồn lực liên quan thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện. thành phố Hồ Chí Minh

##### 4.1.1.1. Về nhân lực kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt của bệnh viện công lập tuyến quận huyện

Nghiên cứu tiến hành khảo sát về nguồn nhân lực tại 24 cơ sở RHM của tất cả 19 bệnh viện công lập tuyến quận và 5 bệnh viện tuyến huyện của TP.HCM. Khảo sát 152 NVYT, với 75% nữ và 25% nam. Trong số đó 50% là bác sĩ răng hàm mặt và 50% là cán bộ trung cấp như y sĩ RHM, y sĩ đa khoa, điều dưỡng đa khoa, điều dưỡng nha khoa, kỹ thuật viên phục hình răng, trợ thủ nha khoa và một số loại đào tạo khác.

Trung bình mỗi khoa RHM có 6 nhân viên gồm 3 bác sĩ và 3 nhân viên trung cấp. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với Nguyễn Ngọc Duy [26], năm 2012 tại TP HCM cũng ghi nhận, trung bình mỗi khoa RHM tuyến quận huyện của tại TP.HCM chỉ có 6 nhân viên đang làm việc và kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lại, tại An Giang [47]. Số lượng NVYT làm việc tại các khoa RHM của các quận nội thành chiếm 77,6% và số còn lại công tác tại các huyện ngoại thành. Thời gian công tác của NVYT làm việc dưới 5 năm chiếm tỷ lệ 45,4% và số NVYT làm việc trên 20 năm chỉ có 26,3%.

Trong quá trình khảo sát, khoa RHM bệnh viện quận 9 có 2 bác sĩ răng hàm mặt, mà không có y sĩ hay điều dưỡng nha khoa. Cũng tương tự, khoa RHM của Bệnh viện quận 12 và Bệnh viện Bình Tân khoa RHM có 2 bác sĩ nhưng chỉ có một điều dưỡng nha khoa vừa phụ trách công tác hành chính, chuẩn bị dụng cụ, xử lý dụng cụ, vệ sinh máy ghế nha khoa cho nên không thể hỗ trợ bác sĩ khi điều trị và cũng không thể làm tốt công tác KSNK do bác sĩ vừa điều trị, vừa trộn thuốc hay lấy thêm dụng cụ, cho nên dễ làm vấy nhiễm cho các vật dụng, môi trường xung quanh.

#### **4.1.1.2. Về cơ sở vật chất và điều kiện thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt của bệnh viện công lập tuyến quận huyện**

Về điều kiện làm việc, nghiên cứu đã khảo sát tất cả 104 ghế máy nha khoa còn tốt đang sử dụng để khám và điều trị nha khoa, trung bình mỗi cơ sở RHM có 4 ghế máy nha khoa. Các phòng nha khoa bố trí ghế khá hợp lý, có diện tích đủ rộng, theo nghiên cứu của Trần Hải Sơn là 86,8% [54], Trần Thị Lại là 76,5% [47] và nghiên cứu này là 83,3%. Khảo sát về vách tường của các phòng điều trị được ốp gạch men theo quy định của Bộ Y tế, với các nghiên cứu trên có tỷ lệ từ 78,9% đến 82,2% so với nghiên cứu Trần Hải Sơn, Trần Thị Lại và kết quả cao hơn so với nghiên cứu tại TP.HCM 70,8%. Điều này được giải thích do một số cơ sở RHM trong nghiên cứu này đang trong giai đoạn chờ sửa chữa hay đang chờ di chuyển sang vị trí mới.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận 45,8% khoa RHM có phòng chờ riêng trước khi điều trị, do đó đa số bệnh nhân khác phải ngồi chờ tại khu hành lang hay lối đi chung của bệnh viện.

Khảo sát về nhận xét của NVYT về điều kiện thực hành KSNK tại các cơ sở RHM, với kết quả nhận xét khá tốt chiếm đến 59,2% và rất tốt 13,8%. Tuy nhiên, có đến 21,7% NVYT cho rằng điều kiện thực hành KSNK chỉ đạt mức trung bình.

Về điều kiện thực hành vệ sinh tay, cho thấy 100% khoa RHM đều có nơi rửa tay tại khu điều trị, có nước máy cung cấp đầy đủ và được trang bị dung dịch vệ sinh tay theo quy định của Bộ Y tế. Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại Tiền Giang 90,8% và nghiên cứu tại An Giang là 96,1%. Tuy nhiên, kết quả khảo sát cho thấy 58,3% cơ sở RHM trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh có khăn lau tay một lần tại nơi rửa tay.

#### **❖ Về trang thiết bị liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt của bệnh viện công lập tuyến quận huyện**

Kết quả khảo sát cho thấy, 100% bệnh viện tuyến quận huyện đã có khu tiệt khuẩn trung tâm và sử dụng lò hấp hơi nước để hấp tiệt khuẩn dụng cụ, 100% bệnh viện đã có hệ thống xử lý nước thải y tế cho toàn bệnh viện theo quy định của Bộ Y tế. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trần Hải Sơn tại Tiền Giang về tỷ lệ bệnh

viện có phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ bằng lò hấp hơi nước chỉ có 34,2% hay nghiên cứu của Trần Thị Lại tại An Giang, năm 2015 với tỷ lệ 96,1% [47]. Kết quả cho thấy mức độ quan tâm cao của lãnh đạo bệnh viện công lập tuyến quận huyện của TP.HCM đến công tác KSNK và đã trang bị đủ các lò hấp hơi nước để hấp tiệt khuẩn dụng cụ giúp đảm bảo chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ góp phần nâng cao chất lượng điều trị hạn chế lây nhiễm chéo trong quá trình điều trị tại các cơ sở y tế.

So sánh với các nghiên cứu ở một số quốc gia cho thấy, năm 2004, Al-Omari và cộng sự đã nghiên cứu về thực hành KSNK ở 110 phòng nha tư nhân ở Jordan. Kết quả ghi nhận chỉ có 63% các phòng nha đã dùng lò hấp ướt để tiệt khuẩn dụng cụ [66]. Năm 2011, Matsuda J.K. khảo sát tại Brazil cho thấy 69% các cơ sở nha khoa sử dụng lò hấp hơi nước để tiệt khuẩn dụng cụ, 11% sử dụng lò hấp nhiệt và 20% vừa sử dụng lò hấp hơi nước vừa sử dụng lò sấy để làm khô dụng cụ sau khi hấp tiệt khuẩn [88]. Vào năm 2015, theo nghiên cứu của Farheen Taha tại Texas, Hoa Kỳ cho thấy đã có đến 86,4% các phòng nha đã dùng lò hấp ướt để tiệt khuẩn dụng cụ [107].

Đa số các phòng nha khoa tư nhân đã tiệt khuẩn dụng cụ bằng lò hấp hơi nước bão hòa, tuy nhiên một số cơ sở nha khoa còn sấy khô dụng cụ. So với nghiên cứu này đã khảo sát tại 24 bệnh viện đa khoa tuyến quận huyện, được sự chỉ đạo của Bộ Y tế và Sở Y tế nên 100% bệnh viện đã sử dụng lò hấp hơi nước để tiệt khuẩn dụng cụ theo quy định nhằm hạn chế lây nhiễm trong quá trình chăm sóc và điều trị tại các cơ sở y tế.

#### **4.1.2. Kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận/huyện, thành phố Hồ Chí Minh**

##### ***4.1.2.1. Nhu cầu tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế***

Kết quả có 61,8% NVYT có nhu cầu được tập huấn công tác KSNK chuyên ngành RHM và cho rằng đây là việc rất cần thiết được tiếp nhận thông tin về KSNK hàng năm; và có đến 76,4% NVYT đã được tập huấn KSNK chuyên ngành RHM.

Kết quả cho thấy 63,2% NVYT hiểu khá rõ về các thông tin được tập huấn và 90,8% NVYT có nhu cầu tiếp nhận thông tin từ nhiều nguồn như từ bệnh viện 90,8% cao hơn so với 60,5% từ các cơ sở đào tạo y khoa. So với nghiên cứu của Trần Thị

Là tại An Giang, năm 2015, nhân viên chăm sóc răng miệng có nhu cầu tiếp nhận đầy đủ thông tin KSNK từ nhiều phương tiện thông tin khác nhau, nhưng chủ yếu từ các lớp các tập huấn KSNK do Sở Y tế tổ chức 74,5% [47] cao hơn nghiên cứu Trần Hải Sơn, năm 2009 đa số NVYT tiếp nhận thông tin từ lớp tập huấn là 69,6% [54] và của Ngô Đồng Khanh, năm 2009 là 57,1% [43].

Từ các kết quả trên cho thấy, nhu cầu tìm hiểu và tiếp nhận thông tin về KSNK của NVYT ngày càng tăng, do đó lãnh đạo bệnh viện cần tập trung công tác tập huấn, đào tạo về KSNK cho nhân viên y tế tại các cơ sở y tế giúp nâng cao kiến thức chung về KSNK và thực hành KSNK chuyên ngành RHM giúp NVYT hiểu đúng và làm tốt công tác KSNK trong quá trình thực hành nha khoa. Thực tế, hàng năm, tại các bệnh viện đều tổ chức tập huấn cho NVYT về KSNK chung cho toàn bệnh viện, nhưng ít được tập huấn chuyên sâu về KSNK chuyên ngành RHM. Kết quả khảo sát cho tỷ lệ 85,2% bệnh viện nội thành đã triển khai tập huấn công tác KSNK chuyên ngành RHM cho NVYT. Những kiến thức từ các lớp tập huấn này sẽ giúp NVYT cập nhật giúp nâng cao kiến thức và kỹ năng trong thực hành nha khoa.

#### ***4.1.2.2. Về kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt của nhân viên y tế***

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ NVYT có kiến thức tốt về KSNK chuyên ngành RHM là 69,1%; thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lại, năm 2014 là 82,4% [47] và kết quả nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của Cynthia ở Thái Lan, năm 1995 là 81,5% [77].

Theo nghiên cứu của tác giả Ebrahimi M năm 2012, tại Iran cho thấy tỷ lệ nhân viên nha khoa trình độ tiến sĩ có kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn cao hơn nhân viên có trình độ khác ( $p=0,02$ ). Mức hiểu biết trung bình ở nhóm có thâm niên công tác trên 20 năm kinh nghiệm có kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn tốt hơn so với nhóm khác ( $p=0,01$ ) [80]. Kiến thức KSNK của NVYT có sự khác nhau và tỷ lệ có thể thay đổi do cách đánh giá, nội dung đánh giá. Do đó, cần tập huấn và cập nhật kiến thức KSNK cho NVYT định kỳ hàng năm và thường xuyên kiểm tra, giám sát định kỳ tại các cơ sở y tế.

Tỷ lệ NVYT trả lời đúng các câu hỏi kiến thức về dự phòng lây nhiễm của NVYT là 79,6% và 91,4% trả lời đúng về các loại chất thải y tế tại các cơ sở RHM; 90,1% trả lời đúng về các thời điểm rửa tay thường quy; 84,2% trả lời đúng các phương tiện phòng hộ cá nhân khi sử dụng tay khoan có phun sương hay cạo vôi siêu âm có vậy máu và cách xử lý kim sau khi điều trị.

Kiến thức của NVYT ở nội thành về công tác phòng chống lây nhiễm là 95,1% cao hơn ngoại thành chỉ đạt 80%, kết quả có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cho thấy các bệnh viện ngoại thành cần quan tâm đến việc trang bị kiến thức cho NVYT tại các khoa RHM giúp làm tốt công tác KSNK khi chăm sóc và điều trị.

#### ***4.1.2.3. Mối liên quan giữa kiến thức kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt so với trình độ chuyên môn, thời gian công tác và nơi công tác***

Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ kiến thức chung về KSNK giữa bác sĩ (đại học) với cán bộ trung cấp như y sĩ, điều dưỡng, loại khác (trung cấp) là 75% và 63,2%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), đồng thời nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung với số năm công tác và giữa khu vực nội thành và ngoại thành.

So sánh tỷ lệ kiến thức tốt về nguy cơ lây nhiễm giữa bác sĩ (đại học) với y sĩ, điều dưỡng, loại khác (trung cấp) là 92,1% và 71,1%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về nguy cơ lây nhiễm với số năm công tác và giữa khu vực nội thành và ngoại thành ( $p > 0,05$ ).

Theo nghiên cứu của Trần Thị Lại tại An Giang, kiến thức KSNK được cung cấp chủ yếu qua các lớp tập huấn 74,5% và tỷ lệ thấp ở kênh truyền thông 9,8% - 15,7% [47]. So với nghiên cứu của Ngô Đồng Khanh năm 2009, ghi nhận số NVYT trả lời đúng các kiến thức về nguy cơ lây nhiễm và cách phòng ngừa lây nhiễm là 88,6% và 92%, 33,9% NVYT trả lời đúng các bước của quy trình rửa tay thường quy và 68,2% trả lời đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ [43].

### 4.1.3. Thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt

#### 4.1.3.1. Về thực hành vệ sinh tay

Tổ chức Y tế Thế giới cho rằng việc rửa tay là một biện pháp rẻ tiền và hiệu quả nhất để phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Thực tế tác nhân gây bệnh gồm vi khuẩn, vi rút, ký sinh trùng, nấm từ bệnh nhân; môi trường bệnh viện như dụng cụ, không khí, nguồn nước... có thể lây truyền từ bàn tay của NVYT đến bệnh nhân và ngược lại. Vì vậy việc vệ sinh bàn tay trước và sau mỗi lần tiếp xúc với bệnh nhân, trước khi làm các thủ thuật vô khuẩn, sau khi tiếp xúc với dụng cụ y tế bị nhiễm khuẩn là biện pháp quan trọng để thực hành KSNK [59].

Trong quá trình chăm sóc và điều trị bệnh nhân, bàn tay của NVYT rất dễ bị vậy nhiễm với các tác nhân gây bệnh [61],[62]. Theo kết quả khảo sát thực hành vệ sinh tay của NVYT ghi nhận có 18,6% NVYT rửa tay thường quy trước khi điều trị và 40,9% rửa tay sau khi điều trị. Mặc dù các cơ sở RHM đã trang bị đủ phương tiện vệ sinh tay, nhưng tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT thấp so với nhóm nghiên cứu của Trần Hải Sơn, tỷ lệ rửa tay trước điều trị và sau khi điều trị chiếm tỷ lệ 68,4% và 61,8% [54]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí đánh giá và người đánh giá khác nhau.

Theo nghiên cứu của Trần Hải Sơn, tại Tiền Giang chỉ có 31,6% cơ sở có thực hiện rửa tay với xà phòng có chất sát khuẩn [54], tỷ lệ này thấp hơn so nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Nga 52,9% [53] và Nguyễn Đức Huệ 50,0% và quan sát thực tế tại một số cơ sở nha khoa chưa trang bị xà phòng sát khuẩn để NVYT rửa tay trước và sau khi điều trị [35]. Theo nghiên cứu của McCarthy M.G., năm 1999 đã phỏng vấn 4.107 nha sĩ tại 12 thành phố của Canada cho thấy, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trước khi điều trị của bác sĩ tại các tỉnh có sự khác nhau, thấp nhất là 40% và cao nhất là 84%. Tỷ lệ rửa tay sau khi điều trị thấp nhất là 30% và cao nhất là 74% [90].

Từ các nghiên cứu trên cho thấy tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nhận thức của NVYT về tầm quan trọng của thực hành vệ sinh bàn tay, phương tiện vệ sinh tay, ngoài ra còn phụ thuộc vào số lượng bệnh nhân mỗi ngày tại khoa. Nhiều nghiên cứu cũng khuyến cáo cần có sự đầu tư về dụng cụ, phương tiện vệ sinh tay tại khoa RHM cũng như tăng cường công tác truyền thông



về tầm quan trọng của vệ sinh tay cho tất cả mọi người khi đến bệnh viện và quan trọng nhất là NVYT.

#### **4.1.3.2. Về phương tiện phòng hộ cá nhân**

Trong thực hành nha khoa, khi sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp và đúng cách sẽ giúp nhân viên y tế phòng tránh bị phơi nhiễm với một số bệnh lây nhiễm. Ngoài việc luôn luôn thực hiện vệ sinh tay, nhân viên y tế cần phải sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp với các thủ thuật đang thực hiện khi điều trị cho bệnh nhân giúp hạn chế tiếp xúc với máu và dịch cơ thể. Các phương tiện phòng hộ cá nhân được khuyến cáo sử dụng theo quy định của phòng ngừa chuẩn như mặc áo choàng, mang găng tay, khẩu trang y tế, kính bảo vệ mắt hay tấm che mặt khi điều trị.

Nghiên cứu ghi nhận 97,3% và 96,6% mang găng tay và đeo khẩu trang khi điều trị. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Lại là 100% mang găng tay và khẩu trang khi điều trị [47], cao hơn so với nghiên cứu Trần Hải Sơn, Tiền Giang, có 59,2% mang găng tay và 68,42% mang khẩu trang khi điều trị [54].

So với nghiên cứu của Yengopal V., năm 2001 về thực hành KSNK của 68 bác sĩ nha khoa tại Durban, ghi nhận 97,1% bác sĩ mang găng khi điều trị, mang khẩu trang khi điều trị là 82,4% [110]; thấp hơn nghiên cứu của Al Rabeah [67] tại Saudi Arabia tỷ lệ NVYT mang găng khi điều trị 100%, mang khẩu trang 90,1% và nghiên cứu của Al-Omari tại Jordan, ghi nhận tỷ lệ NVYT mang găng tay khi điều trị là 81,8% nhưng tỷ lệ mang khẩu trang chỉ có 54,5% [66]. So với nghiên cứu của Al Negrish [69] và cộng sự, tại Jordan, năm 2008 cho thấy tỷ lệ NVYT mang khẩu trang khi điều trị là 69,5% và 73,3% mang găng tay khi điều trị.

Việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân trong điều trị nha khoa tại các cơ sở RHM tuyến quận huyện của TP HCM trong nghiên cứu này như mặc áo choàng, mang khẩu trang, găng tay, mắt kính bảo vệ mắt trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu trong nước trước đây của Nguyễn Thị Thu Nga [53], Lê Thị Lợi [52], Ngô Đồng Khanh [43], Trần Hải Sơn [54] cho thấy NVYT đã ý thức tác dụng và tầm quan trọng của việc sử dụng các phương tiện bảo vệ cá nhân. Tuy nhiên, việc trang



bị các phương tiện phòng hộ cũng còn ảnh hưởng bởi kiến thức, điều kiện kinh tế, các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn ngành y tế của mỗi quốc gia.

Nhìn chung, các kết quả nghiên cứu cho thấy NVYT đã ý thức về tầm quan trọng của việc sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân để bảo vệ cho bệnh nhân và bảo vệ NVYT giúp hạn chế lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa.

#### **4.1.3.3. Về quy định tiêm an toàn**

Vào năm 2008, theo nghiên cứu Nguyễn Đức Huệ, tại tất cả các cơ sở RHM nhà nước và tư nhân tại Bình Dương khi quan sát Y – bác sĩ RHM khi thực hành nhổ răng, ghi nhận tất cả 100% các cơ sở RHM đã sử dụng kim, thuốc tê một lần cho mỗi bệnh nhân theo qui định của Bộ Y tế. Tuy nhiên nghiên cứu tại Bình Dương cũng ghi nhận có đến 25% và 13,3% nhân viên y tế tại các cơ sở nhà nước và tư nhân không thay ống chích nha khoa sau nhổ răng mà sử dụng lại ống chích đã qua sử dụng, chỉ thay kim, thuốc tê mới để nhổ răng cho bệnh nhân kế tiếp [34].

Trong nghiên này, khi đánh giá về thực hành tiêm an toàn trong nha khoa, cũng ghi nhận 100% sử dụng kim, thuốc tê mới còn hạn sử dụng và 99,2% sử dụng thuốc tê một lần. So với Trần Thị Lại tại An Giang, cũng cho thấy tất cả 100% các cơ sở RHM đã sử dụng kim và thuốc tê mới khi chích tê cho bệnh nhân [47]. Điều này cho thấy các cơ sở nha khoa đã thực hiện tốt công tác tiêm an toàn theo quy định của Bộ Y tế, nhưng so với nghiên cứu của Trần Hải Sơn, cho thấy tỷ lệ 97,3% và 92,1% sử dụng kim và thuốc tê 1 lần gây tê cho bệnh nhân [54].

So với nghiên cứu của Yengopal và cộng sự, năm 2001 tại Duban cho thấy cũng có đến 98,5% các cơ sở nha khoa đã sử dụng kim, thuốc tê mới còn hạn sử dụng [110] và theo nghiên cứu của Elkarim, năm 2004 cho thấy 100% các cơ sở nha khoa đã sử dụng kim, thuốc tê mới và chỉ sử dụng một lần sau khi gây tê cho bệnh nhân [81]. Điều này cho thấy tất cả bác sĩ đã ý thức tầm quan trọng của việc sử dụng kim, thuốc tê cho mỗi bệnh nhân. Ngoài ra, các cơ sở RHM trên địa bàn TP.HCM được cung cấp đầy đủ số lượng kim, thuốc tê và được kiểm tra, giám sát định kỳ của Sở Y tế TP.HCM.

Từ các kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả tại các tỉnh thành phía Nam và nhiều quốc gia trên thế giới, từ năm 2000 đến nay chop thấy, tỷ lệ cơ sở RHM sử dụng kim, thuốc tê, dụng cụ riêng cho mỗi bệnh nhân tăng dần. Hiện nay, 100% các cơ sở khám điều trị răng hàm mặt đã sử dụng kim, thuốc tê mới sử dụng một lần khi gây tê cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận vẫn còn 52,3% NVYT có thói quen sử dụng hai tay để đóng nắp kim sau khi sử dụng, chưa có thói quen sử dụng kỹ thuật đậy kim một tay theo khuyến cáo của Bộ Y tế nhằm hạn chế bị kim đâm khi thực hành tiêm thuốc tê cho bệnh nhân.

Căn cứ vào hướng dẫn thực hành tiêm an toàn của Bộ Y tế, năm 2012, đa số NVYT đã thực hành tiêm an toàn theo các nguyên tắc thực hiện “4 không”: không sử dụng một bơm kim tiêm đã lấy thuốc để dùng cho nhiều người bệnh, bảo đảm một kim tiêm, một bơm tiêm, một người bệnh; không tái sử dụng bơm kim tiêm; không sử dụng một bơm kim tiêm pha thuốc duy nhất để pha cho nhiều lọ thuốc và không kết hợp thuốc còn thừa lại để dùng sau [14].

Nhằm làm tốt hướng dẫn thực hành tiêm an toàn, các cơ sở y tế đã thường xuyên mở các lớp huấn luyện đào tạo cập nhật các kiến thức thực hành về tiêm an toàn cho NVYT, bệnh viện đã cung cấp đầy đủ các phương tiện tiêm thích hợp, giảm số lượng mũi tiêm không cần thiết và áp dụng các biện pháp thực hành tiêm an toàn để phòng ngừa tai nạn rủi ro nghề nghiệp. Thực hiện đúng các quy trình tiêm theo hướng dẫn của Bộ Y tế như không bẻ cong kim không dùng hai tay đậy lại nắp kim tiêm, không tháo kim tiêm bằng tay, không cầm bơm kim tiêm nhiễm khuẩn đi lại ở nơi làm việc...

#### ***4.1.3.4. Về sử dụng vật liệu một lần khi điều trị nha khoa***

Từ kết quả nghiên cứu này cho thấy 100% sử dụng găng tay và ống hút nước bọt một lần và 95,5% sử dụng bộ dụng cụ riêng cho từng bệnh nhân, giúp hạn chế lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa. Tỷ lệ NVYT công tác tại khoa RHM của các quận nội thành thực hành sử dụng ống chích nhựa bơm rửa tủy 95,0% và khăn che ngực cho bệnh nhân 85,7% cao hơn các cơ sở RHM ngoại thành 60% và 56,7% với  $p < 0,05$ .

So với nghiên cứu Trần Thị Lài tại các cơ sở RHM tỉnh An Giang cho thấy 100% các cơ sở sử dụng găng tay, mũi khoan, ly súc miệng, ống hút nước bọt riêng mỗi bệnh nhân và chỉ sử dụng 1 lần [47]. Tuy nhiên, khảo sát ghi nhận 64,7% nhân viên chăm sóc răng miệng thay bỏ găng tay khi lấy thêm dụng cụ, ghi toa thuốc hay nghe điện thoại. Đồng thời khảo sát cũng cho thấy chỉ có 43,1% cơ sở có sử dụng khăn choàng che ngực cho bệnh nhân khi điều trị có phun sương. Những hành động không tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trên sẽ là nguyên nhân gây nhiễm chéo các mầm bệnh khi điều trị nha khoa.

Vào năm 2015, trong quá trình khảo sát, nhóm nghiên cứu ghi nhận chưa có cơ sở nha khoa nào sử dụng vật liệu chuyên biệt để che phủ bàn phím điều chỉnh ghế nha khoa và chưa che phủ các tay chỉnh đèn của ghế nha khoa nhằm hạn chế vấy nhiễm các bộ phận này trong quá trình điều trị.

#### ***4.1.3.5. Về phương tiện đóng gói và phương tiện tiệt khuẩn dụng cụ***

Nhằm làm tốt cho công tác tiệt khuẩn và lưu trữ dụng cụ được đảm bảo trong điều kiện vô khuẩn, các dụng cụ nên được đóng gói bằng túi chuyên dụng theo quy định của Bộ Y tế và CDC – Hoa Kỳ. Kết quả khảo sát về phương tiện đóng gói dụng cụ, cho thấy chỉ có 33,3% cơ sở sử dụng túi giấy chuyên dụng để đóng gói dụng cụ.

So với nghiên cứu Trần Thị Lài tại các cơ sở RHM tỉnh An Giang cho thấy 100% các cơ sở nhà nước đã sử dụng lò hấp ướt để tiệt khuẩn dụng cụ và sử dụng chung lò hấp nước tại khoa kiểm soát nhiễm khuẩn của bệnh viện. Số cơ sở RHM tư nhân sử dụng lò hấp hơi nước để tiệt khuẩn dụng cụ là 94,6% thấp hơn so với cơ sở nhà nước. Kết quả cũng ghi nhận có 2 cơ sở tư nhân sử dụng lò hấp nhiệt, với lý do cho rằng không nhỏ răng nên không cần tiệt khuẩn [47].

Quy trình xử lý, khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ, trong điều kiện kiểm soát nhiễm khuẩn có thể khác nhau tùy theo nguồn lực sẵn có và loại dụng cụ được xử lý, nhưng phải tuân theo một quy trình thống nhất của Bộ Y tế [12]. Việc kiểm tra đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của lò hấp ướt và dụng cụ tại các cơ sở y tế phải thực hiện thường xuyên. Những năm gần đây, Bộ Y tế quy định các loại dụng cụ sau khi khử nhiễm được lau khô, cho dụng cụ vào túi nhựa, đóng gói, tiệt khuẩn, lưu trữ giúp cho

việc sử dụng được an toàn và thời gian bảo quản lâu hơn đã được thực hiện tại các bệnh viện có bộ phận tiệt khuẩn trung tâm theo qui định Bộ Y Tế Việt Nam.

So sánh với các nghiên cứu nước ngoài và các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy 100% cơ sở đã sử dụng lò hấp hơi nước để tiệt khuẩn dụng cụ, so với Farheen Taha tại Texas, Hoa Kỳ là 86,4% [107] và Matsuda J.K. [88] tại Brazil là 69% sử dụng lò hấp hơi nước và ghi nhận 20% vừa sử dụng lò hấp hơi nước vừa sử dụng lò sấy để làm khô dụng cụ.

#### ***4.1.3.6. Về giám sát, kiểm tra và đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ***

Theo quyết định số 3671/QĐ-BYT và hướng dẫn của CDC – Hoa kỳ hướng dẫn về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ, quy định các dụng cụ khi tiệt khuẩn phải được theo dõi và giám sát kiểm tra chất lượng dụng cụ tiệt khuẩn bằng các chỉ thị sinh học, hóa học, cơ học để giám sát quy trình tiệt khuẩn nhằm kiểm tra các thông số của lò hấp về thời gian, nhiệt độ, áp suất.

Các chỉ thị đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của các gói dụng cụ được thực hiện hàng ngày và lưu trữ kết quả. Nếu phát hiện gói dụng cụ không đạt yêu cầu phải thu hồi và tiệt khuẩn lại các gói dụng cụ và mẻ hấp không đạt chất lượng về chỉ thị hóa học, sinh học. Ghi chép và lưu trữ lại các thông tin kết quả giám sát mỗi chu trình tiệt khuẩn.

Kết quả khảo sát 61 lò hấp dụng cụ, với 183 mẫu chỉ thị hóa học 1243A, kết quả ghi nhận 83,1% mẫu đạt yêu cầu. Trong quá trình theo dõi và đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ với 61 chỉ thị sinh học 1292, kết quả cho thấy có 80,3% mẫu đạt yêu cầu. Các mẫu đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của lò hấp bằng chỉ thị hóa học và sinh học không đạt yêu cầu thường là các lò hấp nhỏ không có quy trình sấy khô, đã qua nhiều năm sử dụng.

Kết quả khảo sát cho thấy chỉ có 33,3% cơ sở RHM sử dụng chỉ thị hóa học để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn của gói dụng cụ và 8,3% cơ sở có sử dụng chỉ thị sinh học để đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ, thấp hơn so với nghiên cứu của Matsuda J.K. tại Brazil 47,4% có kiểm tra chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ bằng chỉ thị hóa học và 35,7% kiểm tra bằng chỉ thị sinh học [88]. So với Monarca S., Mario

Grottolo (2000) tại Jordan [97] cho thấy tỷ lệ mẫu chỉ thị hóa học không đạt là 8,6%, trong khi tỷ lệ mẫu không đạt của 3 nghiên cứu tại Việt Nam là 26,9%; 15,7% và 19,7% cao hơn nghiên cứu tại Jordan.

Từ kết quả nghiên cứu, cho thấy đa số các bệnh viện và cơ sở RHM chưa kiểm tra chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ định kỳ các lò hấp bằng chỉ thị hóa học và chỉ thị sinh học nhằm giám sát chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ, giúp hạn chế lây nhiễm trong quá trình điều trị theo Quyết định số 3671/QĐ -BYT và quy định của CDC - Hoa Kỳ.

#### **4.1.3.7. Về xử lý, khử khuẩn và tiệt khuẩn tay khoan nha khoa**

Tay khoan nha khoa là loại dụng cụ tiếp xúc thường xuyên với máu, dịch tiết, nước bọt và mầm bệnh trong môi trường miệng khi điều trị nha khoa. Trong quá trình khảo sát ghi nhận có 54,9% cơ sở nha khoa xử lý tay khoan sau điều trị với dung dịch khử khuẩn nhanh sau điều trị; đa số các tay khoan nha khoa chưa được hấp tiệt khuẩn cuối ngày do chưa có đủ tay khoan và đa số NVYT đều lo ngại các tay khoan sẽ dễ bị hư khi hấp ở nhiệt độ 134°C trong thời gian kéo dài 5 phút.

So sánh với Trần Hải Sơn [54], Trần Thị Lại [47] và một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới tại Brazil [88], Jordan [66] cho thấy phòng nha khoa đã làm khá tốt các biện pháp phòng ngừa chuẩn trong thực hành nha khoa theo hướng dẫn của Trung tâm dự phòng và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ - CDC năm 2016 và các quy định của Bộ Y tế về KSNK nhưng các cơ sở RHM chưa làm tốt công tác tiệt khuẩn tay khoan nha khoa vì các bệnh viện chưa trang bị đủ số lượng tay khoan và lo ngại các tay khoan dễ bị hư sau khi hấp tiệt khuẩn nhiều lần, ở nhiệt độ cao. Ngoài ra, NVYT còn một số lo ngại khác như giá thành của một tay khoan nha khoa còn khá cao so với giá viện phí hiện nay còn quá thấp và lo ngại thu viện phí không đủ chi phí để mua bổ sung các tay khoan nha khoa mới để phục vụ công tác điều trị cho bệnh nhân.

So với nghiên cứu Nguyễn Đức Huệ, năm 2008 về thực hành KSNK tại 38 cơ sở RHM nhà nước và tư nhân tại Bình Dương, cho thấy có đến 73,7% cơ sở có xử lý tay khoan bằng cách lau cồn hay dùng khăn giấy có tẩm dung dịch khử khuẩn sau mỗi lần sử dụng và ghi nhận vẫn còn 26,3% cơ sở nha khoa không xử lý tay khoan mà chỉ thay mũi khoan và điều trị cho bệnh nhân tiếp theo do chưa trang bị đủ tay

khoan và NVYT không nhận thấy nguy cơ lây nhiễm chéo nếu không xử lý và tiệt khuẩn tay khoan sau điều trị [34]. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lại, tại An Giang, cho thấy vẫn còn 82,4% các cơ sở RHM xử lý tay khoan sau mỗi bệnh nhân bằng dung dịch khử khuẩn, số còn lại chỉ lau cồn và hầu như 100% các cơ sở nha khoa chưa tiệt khuẩn tay khoan sau điều trị hay hấp tiệt khuẩn vào cuối ngày theo quy định của Bộ Y tế [47].

Năm 2012, theo Quyết định số: 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/9/2012 của Bộ Y Tế, phê duyệt các hướng dẫn về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám, chữa bệnh quy định như sau: “Các loại dụng cụ nha khoa đưa vào mô mềm hoặc xương như kim nhổ răng, lưỡi dao mổ, đục xương, bàn chải phẫu thuật, dao mổ rạch quanh răng... đều được xếp vào nhóm dụng cụ thiết yếu bắt buộc phải tiệt khuẩn sau mỗi lần sử dụng hoặc vứt bỏ. Các loại dụng cụ nha khoa không đưa vào mô mềm và xương như xi ranh hút nước, tụ điện hỗn hợp... nhưng có thể tiếp xúc với mô mềm ở miệng và chịu được nhiệt khi tiệt khuẩn mặc dù được phân loại là dụng cụ bán thiết yếu, cần được tiệt khuẩn hoặc tối thiểu là khử khuẩn mức độ cao. Các loại tay khoan tối thiểu phải được khử khuẩn giữa hai bệnh nhân và tiệt khuẩn cuối ngày, chuẩn bị cho ngày làm việc hôm sau”.

Từ những quy định của Bộ Y tế, cho nên hiện nay các cơ sở nha khoa vẫn còn xử lý tay khoan bằng dung dịch khử khuẩn sau khi điều trị và chưa hấp tiệt khuẩn dụng cụ cuối ngày nhằm hạn chế lây nhiễm khi điều trị cho bệnh nhân.

#### **4.1.3.9. Về nhân viên hỗ trợ khi điều trị nha khoa**

Trong thực hành nha khoa, nhằm làm tốt công tác điều trị và làm tốt công tác KSNK trong quá trình chuẩn bị, điều trị và sau điều trị nha khoa theo quy định của CDC - Hoa Kỳ, trong điều trị nha khoa thường theo quy tắc 4 tay, có nghĩa là khi điều trị nha khoa cần có 1 bác sĩ điều trị và 1 nhân viên hỗ trợ. Với 2 tay của bác sĩ sẽ làm công tác điều trị và 2 tay của trợ thủ sẽ làm công tác chuẩn bị dụng cụ, vật liệu nha khoa, trộn thuốc, làm hồ sơ bệnh án và phụ trách công tác KSNK sẽ giúp cho công tác điều trị sẽ nhanh hơn, hiệu quả hơn giúp làm tốt công tác KSNK và hạn chế lây nhiễm cho môi trường xung quanh.

Kết quả khảo sát về nguyên tắc 4 tay trong thực hành nha khoa, cho thấy chỉ có 24,4% bác sĩ điều trị có trợ thủ hỗ trợ và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các quận nội thành và ngoại thành của TP.HCM. Theo kết quả khảo sát về nguồn nhân lực tại 24 cơ sở RHM tại TP.HCM ghi nhận, trung bình mỗi khoa RHM chỉ có 6 nhân viên với 3 bác sĩ và 3 nhân viên trung cấp vừa làm công tác tiếp nhận bệnh nhân, làm hồ sơ bệnh án, khám, điều trị nha khoa và phụ trách công tác KSNK tại khoa RHM. Vì các lý do trên, khi khảo sát chỉ ghi nhận bác sĩ thường điều trị độc lập và không có trợ thủ hỗ trợ, cho nên đôi khi làm ảnh hưởng đến công tác điều trị và thực hành KSNK trong suốt quá trình điều trị như lấy thêm dụng cụ, trộn thuốc, vật liệu, chỉnh đèn chiếu sáng vùng làm việc khi điều trị.

Kết quả khảo sát về nguồn nhân lực tại các khoa RHM ghi nhận khoa RHM bệnh viện quận 9 có 2 bác sĩ răng hàm mặt, không có y sĩ hay điều dưỡng nha khoa. Cũng tương tự, khoa RHM của Bệnh viện quận 12 và Bệnh viện Bình Tân khoa RHM có 2 bác sĩ nhưng chỉ có một điều dưỡng nha khoa vừa phụ trách công tác hành chính, chuẩn bị dụng cụ, xử lý dụng cụ, vệ sinh máy ghế nha khoa cho nên không thể hỗ trợ bác sĩ khi điều trị và cũng không thể làm tốt công tác KSNK do bác sĩ vừa điều trị, vừa trộn thuốc hay lấy thêm dụng cụ, cho nên dễ làm vấy nhiễm cho các vật dụng, môi trường xung quanh.

#### ***4.1.3.10. Về quản lý chất thải y tế***

Căn cứ vào Quy chế quản lý chất thải rắn của QĐ 43/2008/QĐ-BYT, các bệnh đã xây dựng quy trình thu gom, vận chuyển và quản lý chất thải theo các hướng dẫn của Bộ Y tế phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện, các cơ sở RHM và NVYT đã thực hiện tốt trong quá trình thực hành nha khoa như: Chất thải y tế phải được phân loại, thu gom, vận chuyển theo quy định của Bộ Y tế, đặc biệt quan tâm xử lý an toàn các loại chất thải sắc nhọn. Các loại chất thải rắn y tế được phân loại riêng theo từng nhóm và từng loại đúng quy định. Mỗi nhóm loại chất thải rắn được đựng trong các túi và thùng có mã màu sắc và biểu tượng theo quy định và không đựng quá 3/4 túi, thùng chứa rác thải [9],[10],[16].



Về công tác phân loại, thu gom, quản lý và xử lý rác thải y tế cho thấy 95,8% các cơ sở RHM đã trang bị đủ thùng chứa rác thải đúng quy định và 91,7% cơ sở trang bị đủ hộp chứa các vật sắc, nhọn đúng quy định gần tại nơi sử dụng.

Kết quả khảo sát tại 19 cơ sở RHM nội thành và 5 cơ sở ngoài thành, ghi nhận các quận ngoại thành thực hành quản lý chất thải tốt hơn các quận nội thành với trên 85,5% các cơ sở nội thành và 88,5% ngoại thành đã thực hành phân loại rác thải đúng quy định của Bộ Y tế. Tỷ lệ chung là 87,9%,  $p > 0,05$  và cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các quận nội thành và ngoại thành về công tác phân loại, thu gom và quản lý rác thải y tế.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thị Lại, tại An Giang và Trần Hải Sơn tại Tiền Giang đã khảo sát về công tác thu gom, quản lý và xử lý chất thải y tế tại các cơ sở RHM nhà cho thấy 100% các cơ sở RHM nhà nước đều có hệ thống phân loại, thu gom và vận chuyển theo quy định của bệnh viện và của Bộ Y tế và thường xuyên được kiểm tra định kỳ hay đột xuất. 100% các cơ sở tư nhân 100% có hợp đồng xử lý rác thải với các cơ quan chức năng, thẩm quyền để thu gom và xử lý chất thải y tế theo quy định.

Về công tác quản lý và xử lý nước thải y tế tại bệnh viện, cho thấy 100% bệnh viện đã có hệ thống xử lý nước thải y tế theo quy định của Bộ Y tế và theo báo cáo thì các hệ thống thu gom, xử lý nước thải hoạt động tốt và thường xuyên được kiểm tra vi sinh và kiểm tra của Trung tâm y tế dự phòng của quận và của Sở Y tế. Các hệ thống xử lý nước thải y tế luôn được theo dõi, giám sát, bảo trì, bảo dưỡng định kỳ.

Theo nghiên cứu của Trần Hải Sơn tại Tiền Giang, năm 2012 đã khảo sát về công tác quản lý và xử lý nước thải y tế, cho thấy chỉ có 70,2% cơ sở RHM nhà nước có trang bị hệ thống xử lý nước thải y tế. So sánh với các nghiên cứu khác cho thấy công tác thu gom, quản lý và xử lý chất thải rắn và nước thải y tế tại các cơ sở RHM nhà nước tốt hơn so với cơ sở tư nhân. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hải Sơn 6,5% [54] và nghiên cứu của Ngô Đồng Khanh 8,9% [42].

Thực tế hiện nay, các cơ sở nhà nước có hệ thống thu gom, vận chuyển và xử lý chất thải khá tốt do sự kiên quyết thực hiện của Bộ Y tế và các Sở Y tế các tỉnh.



Ngoài ra, hàng năm thường xuyên có sự phối hợp kiểm tra liên ngành giữa Sở Y tế, Sở Tài nguyên môi trường, Phòng Cảnh sát môi trường địa phương và yêu cầu các cơ sở làm cam kết khắc phục và xử phạt các cơ sở chưa thực hiện tốt công tác thu gom, xử lý chất thải y tế.

#### 4.1.4. Thực trạng về các kết quả xét nghiệm vi sinh

Nghiên cứu đã tiến hành khảo sát 102 mẫu vi sinh, kết quả đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa, phát hiện 2 loại dụng cụ bị nhiễm khuẩn là nạy nhổ răng và tay chỉnh đèn của ghế nha khoa tỷ lệ 16,7%, không phát hiện vi khuẩn trên tay khoan, đầu cạo vôi siêu âm và tay xịt nước nha khoa. Kết quả vi sinh găng khám nhân viên y tế sử dụng tại khoa RHM phát hiện 8,3% bị nhiễm khuẩn.

Kết quả phân tích vi sinh cho thấy 16,67% nạy nhổ răng bị nhiễm *Staphylococcus aureus* và 16,67% tay chỉnh đèn nha khoa bị nhiễm *Klebsiella spp.* Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Tuấn năm 2009 tại 13 bệnh viện của thành phố Hồ Chí Minh, số lượng vi sinh vật trong không khí phòng mổ, phòng hồi sức phần lớn tập trung trong khoảng từ 200-500 CFU/m<sup>3</sup> chiếm 70% (23/33 phòng) [65].

Kết quả đánh giá vi sinh tại các cơ sở RHM, ghi nhận 33,3% mẫu môi trường không khí bị nhiễm khuẩn, với 25% mẫu bị nhiễm khuẩn *Staphylococcus aureus* và 8,3% bị nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Đức Huệ, năm 2012 tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương cho thấy kết quả phân tích vi sinh không khí tại phòng mổ số 2 phát hiện có *Staphylococcus aureus* với tổng vi khuẩn hiếu khí: 140CFU/m<sup>3</sup>, tại Khoa Chữa răng nội nha đã ghi nhận tổng số vi khuẩn hiếu khí là 480 CFU/m<sup>3</sup> [34]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Quỳnh Lan cho biết tần số xuất hiện của vi khuẩn tiêu huyết và nấm trong không khí vào thời điểm trước điều trị trung bình là 35,7%, trong điều trị là 40,5% và sau điều trị là 38,1%. Các khúm nấm cũng xuất hiện với tần số tương tự. Trong các mẫu không khí lấy trước điều trị 47,6% có nấm, trong điều trị là 45,2% và sau điều trị là 42,8%. Nhìn chung các khúm khuẩn thu được từ các mẫu không khí chủ yếu là loại cầu khuẩn và trực khuẩn Gram (+). Một số khúm vi khuẩn được đánh giá là *Streptococcus*, *Staphylococcus* và *Bacillus* [48]. Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy có 33,3% mẫu nước

sử dụng điều trị nha khoa phát hiện có tổng vi khuẩn hiếu khí vượt mức quy định và 16,67% phát hiện tổng Coliform trong mẫu nước.

Kết quả khảo sát vi sinh từ họng bệnh nhân cho thấy 25% mẫu phết họng của người bệnh phát hiện có vi khuẩn *Staphylococcus aureus*. Nghiên cứu của Ngô Thị Quỳnh Lan cho thấy số lượng vi khuẩn trong không khí tăng khi có các hoạt động điều trị răng hàm mặt, càng gần miệng bệnh nhân thì số lượng vi khuẩn càng cao. Theo kết quả khảo sát cho thấy phòng tiểu phẫu có mức độ nhiễm khuẩn cao nhất lúc diễn ra điều trị với 146 CFU/dm<sup>2</sup>/giờ, cao gấp 5 đến 6 lần so với mức không khí nền trước điều trị. Nhưng ngay sau khi kết thúc điều trị, số lượng vi khuẩn trung bình giảm nhanh và mạnh nhất, trên 70% xuống chỉ còn 43 CFU/dm<sup>2</sup>/giờ [48]. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn cho tỷ lệ nhiễm *Staphylococcus aureus* trong không khí phòng hồi sức ngoại thấp hơn tại các cơ sở răng hàm mặt với số lượng 27,8 CFU/m<sup>3</sup> không khí [65]. Điều này cần được quan tâm vì đây là chủng vi khuẩn có tỷ lệ gây bệnh rất cao, có khả năng gây nhiễm trùng như nhiễm trùng da tạo thành bệnh cảnh áp xe, viêm tủy xương, nhiễm trùng huyết, viêm màng não mủ, ngộ độc thực phẩm... Các loại vi khuẩn này cũng đề kháng với một số loại kháng sinh như penicillin G, ampicillin, Ureidopenicillin...

#### **4.1.5. Đánh giá của người bệnh về công tác vệ sinh và thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt**

Nghiên cứu cho tỷ lệ 44,9% bệnh nhân nam, bệnh nhân có nhóm tuổi trên 60 tuổi là 9,3%. Trình độ trung cấp, cao đẳng, đại học có tỷ lệ cao nhất 49,6% và thấp nhất là sau đại học 2,2%. Về nơi cư trú của bệnh nhân với chủ yếu ở các quận nội thành chiếm 68,4%.

Về hành vi vệ sinh tay, tỷ lệ tuân thủ thực hành vệ sinh tay của NVYT theo quan sát của bệnh nhân chỉ ghi nhận là 47%, cao hơn so với quan sát của nhóm giám sát ghi nhận tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của NVYT là 40,9%. Nghiên cứu của Trần Hải Sơn, năm 2013 tại 76 cơ sở RHM tỉnh Tiền Giang cho biết cơ sở RHM thực hành rửa tay trước khi điều trị cao hơn sau khi điều trị với tỷ lệ 68,4% > 61,8% [54]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ vệ sinh bàn tay của NVYT và phụ thuộc vào nhận

thức của NVYT, phương tiện thực hành vệ sinh tay và phụ thuộc vào số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa. Trong nghiên cứu này, người bệnh chỉ quan sát khi được mời vào phòng điều trị nha khoa cho nên khó phân biệt thời điểm rửa tay trước hay sau khi điều trị của NVYT.

Về hành vi sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân khi thực hành nha khoa: tỷ lệ tuân thủ các phương tiện phòng hộ cá nhân khi thực hành nha khoa như mang găng tay 94,8%; mang khẩu trang 92,4%; đội nón y tế 48,8%; mang kính mắt 42,4%. Các nghiên cứu tại Tiền Giang và An Giang cũng cho thấy mang găng tay đạt từ 59,2% đến 100% và khẩu trang khi điều trị đạt 68,4% đến 100%, kính bảo vệ mắt chỉ từ 56,9% -64,4% và xem đây là những phương tiện bảo vệ quan trọng để phòng tránh lây nhiễm qua máu, dịch tiết, nước bọt cho cả NVYT và bệnh nhân khi điều trị.

Về hành vi phòng tránh lây nhiễm: Các hành vi phòng tránh lây nhiễm và lây nhiễm chéo khi thực hành nha khoa như chuẩn bị ly nhựa sạch dùng một lần và nước súc miệng cho bệnh nhân là 91,4%, vệ sinh ghế nha khoa 56,6%.

Nghiên cứu của Trần Thị Lại, tại An Giang cho biết 100% các cơ sở RHM dùng ống hút nước bọt và ly sử dụng 1 lần [47] trong khi nghiên cứu của Trần Hải Sơn, tại Tiền Giang chỉ có 71,4% [54]; do đó nghiên cứu này cũng cần khuyến cáo để 100% bệnh nhân được sử dụng ly nhựa sạch dùng một lần, vì đây có thể là nguy cơ lây nhiễm qua dịch tiết, máu và nước bọt giữa bệnh nhân này cho những bệnh nhân khác khi điều trị nha khoa.

#### **4.1.6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn**

Kết quả khảo sát 152 NVYT cho thấy có các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành KSNK tại các khoa RHM công lập tuyến quận huyện TP.HCM như tại nội thành 77% NVYT cho rằng do bệnh nhân quá đông, 41% cho rằng thiếu dụng cụ, phương tiện, vật liệu và 34,4% cho rằng thiếu kinh phí để làm tốt thực hành KSNK. Ngược lại, nghiên cứu của Mohammad Abdul Baseer và cộng sự, năm 2013 tại Ả Rập Saudi khảo sát 301 bệnh nhân, quan sát thực hành của NVYT khi điều trị nha khoa cho biết đã có 99% mang găng tay; 93,7% mang khẩu trang và 82,7% mang kính mắt [72].

Giai đoạn nghiên cứu cắt ngang cho tỷ lệ 44,9% bệnh nhân nam, bệnh nhân có nhóm tuổi trên 60 tuổi là 9,3%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hùng năm 2010 cho biết người trên 60 tuổi có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao gấp 6,8 lần so với người dưới 40 tuổi với  $p < 0,01$  và bệnh nhân nam có nguy cơ nhiễm khuẩn cao gấp 3,3 lần so với nữ,  $p < 0,01$  [40]. Như vậy, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn cần chú trọng ở những đối tượng có nguy cơ cao nhằm đạt được chất lượng toàn diện. Kết quả được đánh giá qua chỉ số hài lòng của bệnh nhân đối với công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

Nghiên cứu xác định có mối liên quan giữa trình độ học vấn ở 2 nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn trên cấp 3 và chưa tốt nghiệp cấp 3 với giải pháp phòng tránh lây nhiễm. Về công tác xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định ở nhóm bệnh nhân có trình độ trên cấp 3 có nhận thức cao gấp 1,78 lần so với bệnh nhân  $\leq$  cấp 3 ( $82,5\% > 46,2\%$ ) ( $p < 0,01$ ). Tương tự, tỷ lệ nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn trên cấp 3 nhận thức về việc sử dụng vật liệu mới khi điều trị cao gấp 6,7 lần so với bệnh nhân có trình độ  $\leq$  cấp 3 ( $p < 0,01$ ), nhóm bệnh nhân có trình độ trên cấp 3 đề xuất nên có khu điều trị nha khoa riêng cho các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS cao gấp 1,17 lần so với bệnh nhân có trình độ  $\leq$  cấp 3 ( $95,7\% > 81,2\%$ ) và  $p < 0,01$ . Như vậy, trình độ học vấn của BN là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến nhận thức về nguy cơ lây nhiễm và kiểm soát nhiễm khuẩn khi điều trị nha khoa.

Tiêm ngừa là biện pháp phòng bệnh chủ động được ngành y tế khuyến khích đối với tất cả mọi người, đặc biệt là nhân viên y tế có nguy cơ lây nhiễm cao như nhân viên chăm sóc răng miệng. Tỷ lệ nhân viên chăm sóc răng miệng tại An Giang có tiêm ngừa viêm gan siêu vi B là 58,8%, tương đương kết quả nghiên cứu tại Tiền Giang (64,5%) của Trần Hải Sơn [54] so, cao hơn so với các nghiên cứu Ngô Đồng Khanh tại các tỉnh thành phía Nam (21,7%) [43]. So sánh với các nghiên cứu ở các nước trên thế giới, tỷ lệ tiêm ngừa viêm gan siêu vi B của nhân viên chăm sóc răng miệng theo McCarthy là 92,3% [90], theo Yengopal tại Durban là 90% [110], theo Elkarim và tại Sudan là 52% [81], theo AlNegrish tại Jordan là 72,6% [69]. Nhìn chung, tỷ lệ tiêm ngừa viêm gan siêu vi B ở các nhân viên chăm sóc răng miệng tại

Việt Nam thấp hơn so với nhiều nước. Các nghiên cứu trên thế giới rất quan tâm đến phòng tránh lây nhiễm trong thực hành nha khoa, như nghiên cứu mô tả cắt ngang của Deogade và cộng sự năm 2016 tại Jabalpur, Madhya Pradesh - Ấn Độ [79], cho biết 73,3% từ chối điều trị nếu nha sĩ chưa được tiêm ngừa viêm gan B. Nghiên cứu của Van Wijk P.T. và cộng sự năm 2012 tại Hà Lan, khảo sát nguy cơ do tiếp xúc với máu trong quá trình thực hành nha khoa cho thấy 16% có nguy cơ lây nhiễm khi tiếp xúc với bệnh nhân viêm gan B, C và HIV. Khảo sát cho thấy có đến 98% bệnh nhân đã tiêm ngừa viêm gan B [109].

Từ các nghiên cứu trên cho thấy hiện nay các cơ sở RHM chưa có quy định thống nhất về thực hành KSNK, mong rằng trong những năm tới, ngành RHM và Bộ Y tế nên có quy trình chuẩn chung về KSNK cho ngành RHM để áp dụng thống nhất đồng bộ chung cho tất cả các bệnh viện từ trung ương đến các cơ sở y tế có chuyên khoa RHM, từ công lập đến tư nhân trên phạm vi toàn quốc.

Qua khảo sát thực tế, ghi nhận một số NVYT chưa quan tâm lắm đến thực hành KSNK, nhất là chưa có thói quen tốt khi thực hành nha khoa. Hiện chưa có những ghi nhận chính xác về những báo cáo về các trường hợp lây nhiễm từ phòng nha khoa, chưa có những con số cụ thể đưa ra nên NVYT chưa cảm thấy KSNK thật sự quan trọng trong việc đảm bảo an toàn cho người bệnh và bản thân NVYT. Mặt khác, là do áp lực của bệnh nhân đông cũng khiến NVYT bỏ qua giai đoạn rửa tay. Do đó, các bệnh viện phải thường xuyên tập huấn, nhắc nhở thêm để tạo thói quen cho NVYT là phải xem công tác KSNK là ưu tiên, vì điều này quyết định chất lượng điều trị cũng như khi đánh giá về chất lượng bệnh viện.

Vì thế, các bệnh viện nên thường xuyên tổ chức thêm các buổi tập huấn KSNK, nhắc nhở, đồng thời giám sát kiểm tra. Ngoài ra động viên biểu dương khen thưởng những khoa phòng, cá nhân làm tốt công tác KSNK để động viên và phê bình, kiểm điểm những cá nhân, đơn vị làm chưa tốt.

Trong quá trình khảo sát, nhóm nghiên cứu cũng đồng thuận rằng để góp phần phòng tránh lây nhiễm khi điều trị nha khoa, hầu hết bệnh nhân đều chấp nhận hoặc tạm chấp nhận khi có yêu cầu chi trả thêm chi phí phục vụ công tác vệ sinh, công tác

KSNK giúp các cơ sở y tế có đủ điều kiện để làm tốt hơn về công tác KSNK khi điều trị nha khoa.

## **4.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT CÔNG LẬP TUYẾN QUẬN, HUYỆN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2016- 2017.**

### **4.2.1. Đánh giá công tác tổ chức, quản lý về kiểm soát nhiễm khuẩn**

Tại 3 cơ sở can thiệp, nhóm nghiên cứu thường xuyên đến làm việc với Ban Giám đốc, lần đầu tiên là trình bày kế hoạch và nội dung của giai đoạn can thiệp. Trong quá trình triển khai thường làm việc trực tiếp tại khoa RHM và khoa KSNK. Thời gian đầu nhóm nghiên cứu đến làm việc thường xuyên và định kỳ hàng tuần tại khoa RHM và khoa KSNK để tìm hiểu về điều kiện làm việc, cách tổ chức và lên tập huấn, hướng dẫn triển khai các quy định, quy trình KSNK, điều chỉnh các thiếu sót trong quá trình thực hành và trao đổi rút kinh nghiệm. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành tập huấn, thảo luận và trao đổi với khoa RHM và KSNK nhằm thống nhất các nội dung can thiệp nhằm hạn chế lây nhiễm trong thực hành nha khoa như quy trình vệ sinh tay, cách sử dụng các phương tiện phòng hộ, cách che phủ, cách xử lý, đóng gói dụng cụ và cách đánh giá chất lượng sau tiệt khuẩn cho hợp lý và khoa học hơn. Hàng tháng, nhóm nghiên cứu phối hợp với tổ giám sát của khoa KSNK đến kiểm tra về tỷ lệ tuân thủ quy trình vệ sinh tay, thực hành KSNK, quy cách đóng gói, đánh giá chất lượng tiệt khuẩn và điều chỉnh, nhắc nhở nhân viên tuân thủ các quy trình đã thống nhất khi thực hành KSNK tại khoa RHM. Sau thời gian triển khai can thiệp tại 3 khoa RHM, các hoạt động trên đã có sự thay đổi rõ so với trước can thiệp và so với nhóm đối chứng.

Trong năm 2016, nhóm nghiên cứu đã tập huấn cho NVYT ở khoa can thiệp 2 lần, nhiều lần đến làm việc tại khoa KSNK để hỗ trợ và tập huấn về cách tổ chức tại khoa KSNK và tập huấn công tác kiểm tra, giám sát và thống nhất các phiếu đánh giá cho phù hợp với điều kiện thực tế, khoa học và khả thi khi tiến hành giám sát. Trong khi đó, tại các khoa tham gia làm nhóm đối chứng, nhóm nghiên cứu chỉ đến làm việc

với lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa RHM, khoa KSNK trong các đợt khảo sát. Các khoa tham gia làm nhóm chứng không có triển khai các hoạt động nêu trên.

#### **4.2.2. Đánh giá hiệu quả thay đổi kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn**

Bộ Y tế đã ban hành thông tư số: 18/2009 hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế [8]. Ngoài ra, Bộ Y tế cũng ban hành bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện kèm theo Quyết định số: 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 [20]. Như vậy, việc nâng cao kiến thức, thực hành về kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế đang là vấn đề ưu tiên và nhận được nhiều sự quan tâm từ cộng đồng. Sau quá trình can thiệp, kết quả cho thấy có sự thay đổi kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt.

##### **4.2.2.1. Kiến thức về nguy cơ lây nhiễm**

Nhiễm khuẩn liên quan đến các hoạt động chăm sóc và khám chữa bệnh là một trong những yếu tố hàng đầu đe dọa sự an toàn của người bệnh trong các cơ sở y tế. Việc nâng cao kiến thức của nhân viên y tế về các nguy cơ lây nhiễm bằng các phương pháp tập huấn, đào tạo là cần thiết, nhằm trang bị cho nhân viên y tế khả năng tự bảo vệ bản thân và người bệnh trước nguy cơ lây nhiễm.

Kết quả cho thấy kiến thức của nhân viên y tế ở nhóm can thiệp đều tăng hơn so với giai đoạn trước can thiệp. Kiến thức về các bệnh lây nhiễm ở nhóm can thiệp tăng từ 71,4% lên 95,0% trong khi ở nhóm chứng giảm từ 88,2% xuống 86,7%. Tỷ lệ kiến thức NVYT về các phương cách lây nhiễm ở nhóm can thiệp tăng từ 66,7% lên 100%, ở nhóm chứng giảm từ 94,2% xuống 93,3%. Bên cạnh đó, sau quá trình can thiệp, tỷ lệ 100% NVYT có kiến thức về phương tiện lây nhiễm và cách hỏi và khai thác bệnh sử của người bệnh trước khi điều trị nhằm khai thác thông tin về các bệnh lây nhiễm giúp NVYT có biện pháp dự phòng hiệu quả hơn.

Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Tâm tại bệnh viện Quân Y 103, tỷ lệ giao tiếp với người bệnh là 86,5% [56]. Bên cạnh đó, kết quả kiến thức về nguy cơ lây nhiễm sau can thiệp ở nhóm can thiệp trong nghiên cứu 95,0% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Đồng Khanh năm 2009 khảo sát tại các cơ sở răng hàm mặt khu vực phía nam, tỷ lệ kiến thức Y – Bác sĩ RHM về



nguy cơ lây nhiễm và cách phòng ngừa đạt từ 88,6% đến 92%, tác giả nhận định tuy đạt tỷ lệ 81,7% Y – Bác sĩ RHM tham gia các lớp tập huấn về KSNK theo các tài liệu tự biên soạn theo hướng dẫn của CDC - Hoa Kỳ, nhưng các nội dung trong tài liệu tập huấn còn hạn chế (57,1%) và thực tế hiện nay, Bộ Y tế chưa có hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM [43].

Trong thực hành nha khoa, NVYT thường xuyên tiếp xúc với người bệnh trong nghiên cứu cho thấy hiệu quả của biện pháp tập huấn, hướng dẫn thực hành trong quá trình can thiệp. Từ đó, các cơ sở răng hàm mặt cần đặc biệt chú trọng nâng cao kiến thức cho nhân viên y tế bằng cách tập huấn, đào tạo liên tục, định kỳ. Bên cạnh đó, cần đầu tư phổ biến rộng rãi tài liệu về kiểm soát nhiễm khuẩn, tránh tình trạng NVYT có nhu cầu tìm hiểu cao nhưng lại thiếu phương tiện và các tài liệu chưa được phê duyệt và chưa thống nhất của ngành y tế.

#### **4.2.2.2. Kiến thức về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ**

Những dụng cụ tái sử dụng cho điều trị răng miệng như kèm nhổ răng, tay khoan, mũi khoan, trám làm nội nha, phải được tiệt khuẩn theo đúng qui trình trước khi sử dụng điều trị cho người bệnh. Kết quả cho thấy tỷ lệ kiến thức NVYT về khử khuẩn, tiệt khuẩn ở nhóm can thiệp tăng, cụ thể: kiến thức về quy trình tăng từ 61,9% lên 95,0%, kiến thức về mục đích ngâm dụng cụ, phương tiện tiệt khuẩn và biện pháp tiệt khuẩn tăng lên 100% sau can thiệp.

Trong môi trường miệng, mỗi 1ml nước bọt chứa khoảng 750 triệu vi sinh vật và trong một giọt máu của người bị viêm gan do siêu vi B pha loãng ở nồng độ 1/100.000 có thể là nguyên nhân gây bệnh viêm gan cho bất kỳ người nào [4],[7]. Nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Minh Trang cho thấy nguồn nước trước điều trị không bị nhiễm khuẩn, có thể kết luận các vi khuẩn thu được từ mẫu nước của tay khoan sau điều trị bắt nguồn từ người bệnh và tương đồng với vi khuẩn phát tán trong không khí [64].

Trong thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn, việc khử khuẩn và tiệt khuẩn các dụng cụ điều trị là một nguyên tắc cần phải tuân thủ nghiêm tại các cơ sở điều trị. Do đó, hiệu quả tăng kiến thức của nhân viên y tế về khử khuẩn, tiệt khuẩn trong nghiên cứu



là tiền đề cho việc nâng cao thực hành đúng kiểm soát nhiễm khuẩn, phòng tránh lây nhiễm chéo tại cơ sở.

#### **4.2.2.3. Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong quá trình điều trị**

Ở nhóm can thiệp, kiến thức NVYT tăng, cụ thể kiến thức về thời điểm rửa tay và nước sử dụng cho tay khoan đầu cạo vôi tăng từ 95,2% lên 100% sau can thiệp. Kiến thức về sử dụng găng tay và cách xử lý kim sau điều trị tăng lên 95,0% sau can thiệp. Kiến thức về phương tiện phòng hộ cá nhân và cách đánh giá chất lượng tiệt khuẩn tăng lên 100% sau can thiệp trong khi nhóm chứng giảm từ 94,1% xuống 93,3%. Kiến thức về mục đích cho người bệnh súc miệng bằng dung dịch sát khuẩn trước điều trị giảm từ 90,5% xuống 80,0%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lại năm 2015 cho thấy NVYT có kiến thức tốt sẽ có hành vi sử dụng phương tiện bảo vệ cá nhân đầy đủ gấp 45 lần ( $OR = 45,5; p < 0,05$ ), có hành vi tránh lây nhiễm tốt gấp 43 lần ( $OR=43; p < 0,05$ ) so với người có kiến thức không tốt [47].

Kiến thức NVYT xử lý phòng điều trị nha khoa ở nhóm can thiệp tăng từ 85,7% lên 100% sau can thiệp, nhóm chứng tăng từ 70,6% lên 73,3%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ kiến thức NVYT về các vị trí cần xử lý và khử khuẩn sau điều trị đạt 100%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ kiến thức NVYT về chỗ tựa đầu của người bệnh tăng từ 64,7% lên 86,7%; kiến thức về tay chỉnh đèn tăng từ 64,7% lên 93,3%; kiến thức về bàn dụng cụ tăng từ 64,7% lên 86,7%. Kiến thức về nệm ghế nha khoa và nơi nhỏ nước bọt đạt 100% sau can thiệp.

Bộ Y tế cũng ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện kèm theo Quyết định số 4858/ QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 [21]. Hàng năm kiểm tra các cơ sở y tế thi đua cuối năm theo 5 bậc, nhưng điều kiện hiện tại Việt Nam các cơ sở Y tế tuyến cơ sở phần đầu đạt bậc 3. Trong bộ tiêu chí nội dung kiểm soát nhiễm khuẩn chiếm 6 điểm trên 83 điểm của bộ tiêu chí. Bộ Y tế ban hành các qui trình tiệt khuẩn dụng cụ, rửa tay thường quy, rửa tay phẫu thuật, xử lý tai nạn nghề nghiệp, quy định xử lý chất thải tại các cơ sở y tế và một số quy trình liên quan. Các cơ sở y tế nhà nước, thực hiện nghiêm kiểm soát nhiễm khuẩn có giám sát định kỳ, đưa nội

dung kiểm soát nhiễm khuẩn vào bảng kiểm, chấm điểm hàng tháng, thực hiện tốt hơn cơ sở tư nhân.

#### **4.2.3. Đánh giá hiệu quả thay đổi về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn**

Hiệu quả thay đổi về kiến thức được thể hiện trong nghiên cứu là tiền đề cho sự thay đổi về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn. Việc tuân thủ các quy định về thực hành làm giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế cho người bệnh, làm giảm phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế và bảo đảm cho môi trường chăm sóc y tế an toàn cho cả người bệnh, nhân viên y tế và khách đến thăm.

##### **4.2.3.1. Thực hành vệ sinh tay**

Kết quả được đánh giá qua quan sát của giám sát viên cho thấy tỷ lệ thực hành vệ sinh tay của NVYT có tăng so với trước can thiệp, cụ thể ở nhóm can thiệp thực hành vệ sinh tay với dung dịch cồn tăng từ 21,7% lên 32,5%, nhóm chứng tăng từ 22,5% lên 23,3%. HQCT 46,3%. Tỷ lệ NVYT thực hành vệ sinh tay với dung dịch sát khuẩn ở nhóm can thiệp tăng từ 22,5% lên 26,7%, nhóm chứng tăng từ 23,3% lên 26,7%. HQCT 4,1%. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay ở nhóm can thiệp tăng từ 71,7% lên 83,3%, với  $p < 0,05$ .

Do ảnh hưởng không thể tránh khỏi của hiệu ứng Hawthorne [39], việc NVYT nhận thấy được quá trình quan sát và ghi nhận thực hành của giám sát viên nên tăng tỷ lệ tuân thủ rửa tay cao hơn so với thời điểm trước can thiệp. Nhằm hạn chế thấp nhất ảnh hưởng của hiệu ứng Hawthorne, trong quá trình can thiệp, giám sát viên thực hiện điều tra vào một thời điểm ngẫu nhiên bất kỳ, số liệu quan sát được ghi nhận nhanh và không công khai. Do đó, kết quả điều tra đã phản ánh trung thực cho thấy hiệu quả can thiệp đạt được sau khi kiểm soát các yếu tố gây nhiễu.

##### **4.2.3.2. Thực hành sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân khi điều trị**

Sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp và đúng cách sẽ giúp nhân viên y tế tránh bị phơi nhiễm một số bệnh truyền nhiễm. Ngoài việc luôn luôn thực hiện vệ sinh tay, nhân viên y tế cần phải sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp với các thủ thuật mà họ đang thực hiện khi tiếp xúc với người bệnh để tránh tiếp xúc với máu và dịch cơ thể [24],[27],[28].

Kết quả cho tỷ lệ cao nhân viên y tế thực hành tốt sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân khi điều trị. Tỷ lệ NVYT thực hành đội nón trong điều trị ở nhóm can thiệp tăng từ 83,3% lên 100%, CSHQ 20,0%; ở nhóm chứng tăng từ 69,2% lên 79,2%, CSHQ 14,5%. HQCT 5,5% với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ NVYT có mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương ở nhóm can thiệp tăng từ 57,5% lên 90,0% trong khi ở nhóm chứng giảm từ 90,8% xuống 82,5%; HQCT 45,2%. Kết quả ở cả hai nhóm cao hơn nghiên cứu của tác giả Dagher J trên 1.150 bác sĩ răng hàm mặt tại Lebanon năm 2017, tỷ lệ mang kính bảo vệ mắt là 43%, mối tương quan có ý nghĩa giữa giới tính và sử dụng thiết bị bảo hộ cá nhân, bác sĩ với nhiều năm kinh nghiệm ít tuân thủ việc trang bị thiết bị bảo hộ hơn  $p < 0,05$  [78]. Điều này cho thấy, một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hành sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân là sự chủ quan của nhân viên y tế. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Ebrahimi M tại Iran năm 2012 cho thấy, bác sĩ sử dụng kính bảo vệ thường xuyên hơn y tá nha khoa ( $p < 0,05$ ) [80]. Dựa vào những kết quả trên, quá trình can thiệp được tiến hành rộng rãi, đặc biệt chú trọng nâng cao thực hành ở các bác sĩ làm việc lâu năm tại khoa và y tá nha khoa, do đó, tỷ lệ thực hành mang kính bảo hộ mắt ở nhóm can thiệp tăng lên 90,0% trong khi nhóm chứng giảm, tỷ lệ đội nón trong điều trị đạt 100% sau can thiệp.

Như vậy, việc sử dụng phù hợp và đúng cách các phương tiện phòng hộ cá nhân sẽ bảo vệ các nhân viên y tế khỏi nguy cơ phơi nhiễm khi tiếp xúc với một số bệnh truyền nhiễm, ngăn ngừa lây nhiễm chéo một cách hiệu quả.

#### **4.2.3.3. Thực hành tiêm an toàn [1],[17].**

Kết quả cho thấy 100% quan sát ở nhóm can thiệp và nhóm chứng dùng kim tiêm 1 lần, dùng thuốc tê còn hạn sử dụng và có phân loại rác thải sắc nhọn. Kết quả tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lại tại An Giang cho thấy 100% nhân viên chăm sóc răng miệng sử dụng găng tay, kim và thuốc tê sử dụng 1 lần [47].

Tỷ lệ quan sát thực hành NVYT dùng ống chích nha khoa 1 lần ở nhóm can thiệp tăng từ 95,8% lên 100%  $p < 0,05$  và ở nhóm chứng tăng từ 93,3% lên 97,5%. Tỷ lệ quan sát thực hành đẩy kim bằng kỹ thuật một tay của NVYT ở nhóm can thiệp tăng từ 87,5% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 80,8% lên 89,2%. HQCT 3,9% với

$p < 0,05$ . Nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Tâm, tiến hành trên 106 điều dưỡng viên tại các khoa Nội và 318 mũi tiêm quan sát trong năm 2013 tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy 19,5% kỹ thuật tiêm không đúng, và đậy nắp kim sau khi tiêm, 161 mũi tiêm chưa đúng vị trí 26,7% và góc độ khi tiêm 23,9% [56].

Như vậy, so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Tâm, kết quả tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật tiêm an toàn trong nghiên cứu cao hơn và tăng lên sau can thiệp. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ cao 97,% nhân viên y tế trong khảo sát tại Bệnh viện Quân y 103 có trình độ Trung cấp, trong khi nghiên cứu tại các cơ sở RHM, tỷ lệ bác sĩ và điều dưỡng đại học là 61,9% ở nhóm can thiệp và 76,4% ở nhóm chứng.

#### **4.2.3.4. Thực hành ngâm và xử lý dụng cụ ban đầu tại khoa**

Theo qui trình xử lý dụng cụ, các dụng cụ đã sử dụng hay dụng cụ bẩn được ngâm vào dung dịch khử khuẩn ít nhất 15 phút để khử nhiễm, dụng cụ được chà rửa bằng máy hay bằng tay và rửa lại bằng nước sạch, lau khô, đóng gói, dán nhãn, đặt vào lò hấp ướt để tiệt khuẩn theo đúng yêu cầu nhiệt độ, áp suất và thời gian. Các dụng cụ sau tiệt khuẩn được bảo quản trong hộp hay tủ lưu trữ theo quy định của Bộ Y tế. Kết quả cho thấy 100% cơ sở RHM ở nhóm can thiệp và nhóm chứng có nơi ngâm xử lý dụng cụ riêng, đúng quy định, thời gian, rửa sạch dụng cụ dưới vòi nước và để khô trước khi chuyển về trung tâm tiệt khuẩn [25],[38],[41].

Tỷ lệ quan sát thực hành làm sạch dụng cụ trước khi ngâm khử nhiễm, khử khuẩn ở nhóm can thiệp tăng từ 78,3% lên 100% ở nhóm can thiệp, ở nhóm chứng tăng từ 76,7% lên 86,7%. HQCT 14,7% với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ quan sát thực hành ngâm ngập dụng cụ, đủ thời gian và có nắp kín ở nhóm can thiệp tăng từ 85,8% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 87,5% lên 89,2%. HQCT 14,7% với  $p < 0,05$ .

#### **4.2.3.5. Thực hành sử dụng vật liệu nha khoa**

Kết quả cho thấy 100% NVYT ở nhóm can thiệp và nhóm chứng có sử dụng mũi khoan, trám tuỷ đã tiệt khuẩn cho người bệnh và có sử dụng ống hút nước bọt một lần. Tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lài tại An Giang năm 2014 cho thấy 100% các cơ sở sử dụng bộ dụng cụ, mũi khoan, ly súc miệng, ống hút nước bọt riêng mỗi người bệnh [47].

Bên cạnh đó, tỷ lệ thực hành che phủ bàn dụng cụ ở nhóm can thiệp tăng từ 36,7% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 28,3% lên 37,5%. HQCT 140%  $p < 0,05$ . Tỷ lệ thực hành có khăn che ngực cho người bệnh ở nhóm can thiệp tăng từ 37,5% lên 90,8%, ở nhóm chứng tăng từ 32,5% lên 45,0%. HQCT 103,6%, với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ thực hành che phủ tay chính đèn bằng giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp tăng từ 0% lên 43,3%, ở nhóm chứng là 0%. Tỷ lệ thực hành che phủ nút chính ghế bằng giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp tăng từ 0% lên 48,3%, ở nhóm chứng là 0% vì chưa có giấy dán chuyên dụng. Việc triển khai che phủ tay chính đèn, bàn phím chính ghế trong thực hành nha khoa là nội dung mới được triển khai tại Bệnh viện RHM Trung ương và một số bệnh viện chuyên khoa RHM. Các cơ sở RHM tuyến quận huyện chưa có điều kiện để triển khai nội dung này vì chưa có kinh phí [25],[37].

Những hành động không tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trên gây nhiễm và lây truyền mầm bệnh vô cùng nguy hiểm. Do đó, hiệu quả tăng tỷ lệ thực hành tốt sau can thiệp trong nghiên cứu là bước đầu quan trọng nhằm xây dựng những biện pháp lâu dài nhằm kiểm soát nguy cơ lây nhiễm trong điều trị nha khoa.

#### **4.2.3.6. Thực hành sử dụng dụng cụ nha khoa**

Tỷ lệ quan sát khi NVYT thực hành việc sử dụng các loại dụng cụ nha khoa được đóng gói chuyên dụng ở nhóm can thiệp tăng từ 34,2% lên 39,2%, ở nhóm chứng tăng chỉ tăng từ 16,7% lên 20,8%. HQCT 10,0% với  $p < 0,05$ . Thực tế hiện nay, việc đóng gói các dụng cụ nha khoa theo quy định của Bộ Y tế còn rất khó triển khai tại các bệnh viện tuyến quận huyện vì giá viện phí còn thấp, nếu triển khai sẽ rất tốn kém về nhân lực, kinh phí và thời gian. Vì đây là công việc hàng ngày do đó sẽ rất tốn kém. Các lãnh đạo bệnh viện rất muốn triển khai đóng gói dụng cụ bằng túi chuyên dụng, nhưng còn e ngại về vấn đề nhân lực và kinh phí.

Tỷ lệ quan sát thực hành việc đóng gói dụng cụ có ghi hạn sử dụng ở nhóm can thiệp tăng từ 67,5% lên 86,7% và ở nhóm chứng cũng tăng từ 66,7% lên 69,2%. HQCT 24,7% với  $p < 0,05$ .

#### 4.2.3.7. Thực hành xử lý - khử khuẩn - tiệt khuẩn tay khoan nha khoa

Theo nghiên cứu của Đặng Thị Minh Trang tại khoa răng hàm mặt của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận số lượng vi khuẩn trung bình trong điều trị cao với siêuâm cao hơn khoảng 25,0% so với các điều trị khác ở cùng khu điều trị [64]. Do đó, việc thực hành xử lý tay khoan nha khoa sau điều trị cần đúng quy trình và đảm bảo vô khuẩn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thực hành đúng quy trình xả hơi nước từ 5-10 giây ở nhóm can thiệp tăng 25,8%, ở nhóm chứng tăng 19,2%. HQCT 54,1%. Tỷ lệ thực hành đúng quy trình tháo rời mũi khoan ở nhóm can thiệp tăng 8,3%, ở nhóm chứng tăng 0,8%. HQCT 8,2%, với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ thực hành đúng quy trình xử lý tay khoan bằng dung dịch khử khuẩn nhanh ở nhóm can thiệp tăng 7,5%, ở nhóm chứng tăng 0,8%. HQCT 7,3%  $p < 0,05$ . Tỷ lệ thực hành đúng quy trình tiệt khuẩn bằng lò hấp hơi nước bảo hòa ở nhóm can thiệp tăng 16,6% với  $p < 0,05$ , thấp hơn nghiên cứu của tác giả Dagher J. tại Lebanon năm 2017 cho tỷ lệ 65,0% sử dụng lò hấp hơi nước bảo hòa có hệ thống sấy khô và có hút chân không tự động [78]. Đối với mẫu nước trong nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Minh Trang, kết quả cho thấy mẫu nước trước điều trị không có vi khuẩn nhưng sau điều trị thì mẫu nước từ tay khoan có bị nhiễm khuẩn, sau khi định danh cho thấy là *Staphylococcus spp* và *Bacillus sp*, tác giả kết luận các vi khuẩn thu được từ mẫu nước tay khoan sau điều trị bắt nguồn từ người bệnh và tương đồng với vi khuẩn phát tán trong không khí [64].

Như vậy, thực hành khử khuẩn, tiệt khuẩn tay khoan nha khoa cần đảm bảo tránh lây nhiễm chéo khi điều trị. Kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành xử lý tay khoan nha khoa tăng ở nhóm can thiệp, tuy nhiên kết quả đánh giá vi sinh tay khoan sau khi xử lý chưa được thực hiện, do đó, cần có thêm những nghiên cứu khác nhằm định danh vi khuẩn và đánh giá chính xác hơn về chất lượng khử khuẩn, tiệt khuẩn tay khoan.

Ngoài ra, một số cơ sở nhà nước áp dụng quy trình dụng cụ sau khi khử nhiễm được lau khô, cho dụng cụ vào túi nhựa, đóng gói, tiệt khuẩn và lưu trữ trước khi sử dụng được an toàn và thời gian bảo quản lâu hơn. Việc đóng gói dụng cụ thường áp



dụng cho những loại dụng cụ phẫu thuật ít sử dụng, được thực hiện tại các bệnh viện có bộ phận tiệt khuẩn trung tâm theo qui định Bộ Y Tế [38],[76],[75].

#### **4.2.3.8. Thực hành có nhân viên hỗ trợ khi điều trị nha khoa**

Quan sát thực hành trong quá trình điều trị nha khoa tại các quận can thiệp và chứng có nhân viên hỗ trợ bác sĩ khi điều trị giúp chuẩn bị dụng cụ trước khi điều trị ở nhóm can thiệp tăng 7,5%, ở nhóm chứng tăng 1,7%, HQCT 5,8% với  $p < 0,05$ . Quan sát thực hành nha khoa có NVYT hỗ trợ khi điều trị ở nhóm can thiệp tăng 5,0% và nhóm chứng tăng 9,2%, HQCT 35,6% với  $p < 0,05$ .

Thực tế, khi khảo sát các cơ sở RHM tuyến quận, huyện thường thiếu nhân sự cho nên bác sĩ phải tự chuẩn bị dụng cụ và thao tác một mình khi điều trị, chỉ cần người hỗ trợ đối với những trường hợp khó hay những thủ thuật phức tạp... Do điều trị không có người hỗ trợ nên rất dễ lây nhiễm chéo trong quá trình điều trị như phải chỉnh đèn, chỉnh ghế, lấy thêm dụng cụ, vật liệu...

Quan sát tỷ lệ có NVYT phụ trách hồ sơ bệnh án sau can thiệp ở nhóm chứng và nhóm can thiệp đạt 100%, HQCT 0,9%, với  $p < 0,05$ . Vì thực tế hiện nay Sở Y tế rất quan tâm đến hồ sơ bệnh án, nếu thiếu hồ sơ hay bệnh án không hoàn chỉnh cho nên mỗi cơ sở đều có nhân viên phụ trách hồ sơ bệnh án rất tốt..

#### **4.2.3.9. Thực hành phân loại rác thải**

Các chất thải trong điều trị răng miệng đều có vi khuẩn và chúng có thể là nguồn lây nhiễm cho NVYT, người bệnh và cộng đồng. Xử lý chất thải là một công việc quan trọng trong quá trình kiểm soát nhiễm khuẩn.

Kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành đúng phân loại rác thải ở nhóm can thiệp và nhóm chứng đạt 100% ở cả 2 giai đoạn khảo sát. Tỷ lệ tuân thủ thực hành chứa rác sắc nhọn không quá 2/3 quy định ở nhóm can thiệp tăng từ 92,5% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 96,7% lên 100%. HQCT 4,7%  $p < 0,05$ . Một cuộc khảo sát quốc gia được tiến hành trên 800 nha sĩ tại Ấn Độ, cho thấy 68,6% xử lý chất thải nguy hại như kim tiêm, lưỡi dao mổ vào chung trong một thùng rác, đổ chung vào thùng rác của toàn thành phố, điều này là sai quy định và nguy cơ bị kim đâm, dao cắt là rất cao cho người tiếp nhận và xử lý rác [105].

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho tỷ lệ thực hành phân loại rác thải tại cơ sở răng hàm mặt tại thành phố Hồ Chí Minh tốt hơn so với nghiên cứu của tác giả Singh BP tại Ấn Độ năm 2012 và có sự thay đổi tích cực sau can thiệp. Tuy nhiên còn nhiều hạn chế trong việc phân loại và xử lý rác thải, theo nghiên cứu của tác giả Ngô Đồng Khanh tại các cơ sở răng hàm mặt khu vực phía Nam với 47,4% cơ sở có các thùng chứa chất thải y tế đúng quy định, đặc biệt ghi nhận chưa có cơ sở RHM tư nhân nào có hệ thống xử lý nước thải y tế [105].

Vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn cần mang tính toàn diện trong tất cả các khâu, trong đó phải kể đến quá trình phân loại và xử lý rác thải. Kết quả cho thấy hiệu quả can thiệp về thực hành phân loại rác thải của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt với  $p < 0,05$ . Như vậy, cần tiếp tục tập huấn, nâng cao kiến thức nhân viên y tế nhằm duy trì kết quả đạt được sau khi kết thúc nghiên cứu.

#### **4.2.4. Đánh giá của nhân viên y tế và người bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn**

##### **4.2.4.1. Đánh giá của nhân viên y tế về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn**

Từ các kết quả đạt được qua quá trình can thiệp, đánh giá của nhân viên y tế về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở nha khoa là yếu tố góp phần nêu lên mức độ hiệu quả đạt được. Kết quả cho thấy 100% NVYT ở nhóm can thiệp và nhóm chứng sau can thiệp đã nhận thức tốt công tác KSNK giúp hạn chế lây nhiễm trong thực hành nha khoa.

Tỷ lệ NVYT đánh giá về thực hành xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn đúng quy định ở nhóm can thiệp tăng từ 76,2% lên 90,0%, ở nhóm chứng tăng từ 70,6% lên 86,8%. Tỷ lệ NVYT đánh giá tốt việc sử dụng các dụng cụ tiệt khuẩn khi điều trị nha khoa tăng từ 61,9% lên 90,0%, ở nhóm chứng tăng từ 58,8% lên 80,0%. Điều này cho thấy NVYT tại các cơ sở RHM đã ý thức về tầm quan trọng của công tác KSNK và lãnh đạo bệnh viện cũng rất quan tâm đến công tác KSNK.

##### **4.2.4.2. Đánh giá của người bệnh về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn**

Từ việc quan sát của người bệnh về việc sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân tại cơ sở nha khoa cho thấy, tỷ lệ NVYT tuân thủ việc sử dụng các phương tiện



phòng hộ cá nhân khá tốt. Cụ thể, tỷ lệ mang găng tay là 95,3% và tỷ lệ mang khẩu trang là 87,7%.

Ngoài ra, khi khảo sát về công tác vệ sinh, nhận xét của người bệnh về tình trạng ghế máy và nơi nhỏ bọt được đánh giá là sạch với tỷ lệ 83,0% và 88,7% và Tỷ lệ người bệnh đánh giá về công tác vệ sinh tại cơ sở RHM với 85,3% người bệnh cho là sạch.

Trong nghiên cứu này, chỉ đánh giá về hiệu quả can thiệp về thực hành KSNK của NVYT trong quá trình thực hành nha khoa, đồng thời nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận các nhận xét của người bệnh về cách sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân và ghi nhận các nhận xét của người bệnh về công tác vệ sinh tại các cơ sở RHM giúp làm rõ và có bức tranh toàn diện về thực hành KSNK tại các cơ sở RHM nhưng không tiến hành can thiệp trên đối tượng người bệnh, vì không đủ thời gian và nguồn lực.

### **4.3. MỘT SỐ ĐÓNG GÓP VÀ HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI**

#### **4.3.1. Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài**

Nghiên cứu đã xác định được thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt, kiến thức và thực hành KSNK của tất cả NVYT tại cơ sở RHM của 24 bệnh viện tuyến quận, huyện TP.HCM theo theo Quyết định 3671/QĐ-BYT và theo hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM của CDC năm 2016. Đây là những kết quả mới, có giá trị nhất định giúp hạn chế lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa, kết quả nghiên cứu này có giá trị cho các cấp quản lý trong việc lập kế hoạch, chiến lược cải tiến nâng cao chất lượng bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu này còn đề xuất được một số giải pháp can thiệp có hiệu quả, tính khả thi và duy trì trong thực hành nha khoa, góp phần hoàn thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn theo chiến lược của Bộ Y tế từ 2016-2020.

Với những phương pháp và công cụ nghiên cứu mới, khoa học, nhóm nghiên cứu đã biên soạn và đề xuất triển khai bộ quy trình hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn trong nha khoa theo quy định của Bộ Y tế và CDC.

### 4.3.2. Một số điểm hạn chế của đề tài nghiên cứu

Do hạn chế về thời gian và nguồn lực nên nghiên cứu chỉ tiến hành khảo sát tại 24 cơ sở RHM công lập tuyến quận huyện của TP. HCM, do đó, không thể khảo sát các cơ sở RHM tư nhân.

Trong đoạn can thiệp, nghiên cứu can thiệp chỉ tiến hành can thiệp tại 3 cơ sở RHM và 3 cơ sở RHM làm nhóm đối chứng về kiến thức, một số nội dung về thực hành KSNK của NVYT, không tiến hành can thiệp trên đối tượng là người bệnh vì không đủ nhân lực, kinh phí và thời gian.

Về thực hành KSNK chuyên ngành RHM chỉ khảo sát những nội dung có khả năng đánh giá được và có khả năng duy trì sau thời gian can thiệp giúp thay đổi và cải thiện về công tác KSNK tại các cơ sở RHM nhằm hạn chế lây nhiễm chéo trong thực hành nha khoa.

Trong quá trình khảo sát, nhóm nghiên cứu ghi nhận do người bệnh đông, điều kiện làm việc còn hạn chế, giá viện phí điều trị nha khoa còn thấp, NVYT bận nhiều công việc điều trị.

Thảo luận nhóm Y – bác sĩ điều trị tại khoa RHM của bệnh viện quận tại TP HCM về những khó khăn khi triển khai các nội can thiệp, đa số y bác sĩ đều cho rằng: Các cơ sở RHM công lập tuyến quận huyện của TP HCM còn một số khó khăn:

- Thiếu nhân lực, nhất là điều dưỡng để làm công tác hành chính, hỗ trợ điều trị và phụ trách công tác xử lý dụng cụ.
- Thiếu tay khoan nha khoa, vì giá thành tay khoan còn khá đắt nên số lượng có hạn, không thể hấp tiệt khuẩn sau mỗi khi điều trị.
- Giá viện phí một số loại hình điều trị nha khoa còn thấp, một số loại hình điều trị giá thu chưa đủ chi.
- Và hiện nay chưa có tài liệu hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM để áp dụng và triển khai trong quá trình thực hành nha khoa.

**Hộp 4.1.** Thảo luận về tính duy trì của đề tài, bác sĩ răng hàm mặt cho biết:

*“...Tuy hiện nay, giá viện phí còn thấp, chưa đủ để chi cho vật tư tiêu hao, đóng gói... Giá viện phí thì em không tính được, phụ thuộc vào quy định của Bộ Y tế, Sở Y tế và của bệnh viện, nhưng lỗ cũng phải làm.*

*Trung bình 1 ca nhổ răng phải 3 gói dụng cụ, phải gần 20.000 đồng chi phí đóng gói và hấp dụng cụ, thêm chi phí thuốc tê, găng, vật liệu, vệ sinh máy ghế, khấu hao điện nước ....*

*Một số loại hình điều trị khả năng có thể là hoà vốn hoặc không đủ chi phí, nhưng quy định của Bộ Y tế thì chúng ta không thể nào làm sai được.*

*... Cứ phải làm cho đúng, về lương tâm, bác sĩ phải làm đúng để tránh lây nhiễm cho người bệnh”.*

#### **4.3.3. Một số khó khăn khi thực hiện đề tài nghiên cứu**

Trong quá trình triển khai các nội dung can thiệp, nhóm nghiên cứu đã gặp một số khó khăn như sau:

- Số lượng người bệnh đông, nhân viên y tế tại các cơ sở RHM còn thiếu, giá viện phí thấp nên rất khó triển khai các nội dung mới như tiệt khuẩn tay khoan, đóng gói dụng cụ, vật liệu che phủ nha khoa hay tỷ lệ tuân thủ thực hành vệ sinh tay.
- Hiện nay, việc thực hiện các quy trình KSNK tại các cơ sở RHM còn có tính tự phát, chưa thống nhất do chưa có tài liệu tập huấn KSNK và chưa có quy trình KSNK chuyên ngành RHM triển khai tại các cơ sở RHM.
- Trong quá trình khảo sát nhóm nghiên cứu ghi nhận cán bộ phụ trách KSNK tại các bệnh viện tuyến quận huyện chưa được trang bị kiến thức về KSNK chuyên ngành RHM, nên rất khó kiểm tra và giám sát việc thực hành KSNK tại các cơ sở RHM.
- Đây là một đề tài nghiên cứu cá nhân, nên khó có thể phổ biến và tính duy trì sẽ không cao, nếu không có sự cho phép của Sở Y tế và của lãnh đạo bệnh viện để duy trì kết quả sau can thiệp.

#### **4.3.4. Một số đề xuất giúp duy trì các nội dung sau can thiệp**

Sau thời gian nghiên cứu, nhóm nghiên cứu có một số đề xuất như sau

- Lãnh đạo Sở Y tế TP HCM và Bệnh viện RHM TP HCM sớm biên soạn bộ quy trình KSNK chuyên ngành RHM theo quy định của Bộ Y tế và theo hướng dẫn của CDC giúp chuẩn hóa các quy trình thực hành KSNK cho các cơ sở RHM.
- Các bệnh viện thường xuyên tổ chức tập huấn và đào tạo liên tục về kiến thức, giúp nâng cao kiến thức, thái độ và kỹ năng thực hành KSNK chuyên ngành RHM cho NVYT tại các cơ sở RHM.
- Các cơ sở khám chữa bệnh cần quan tâm, đầu tư về nhân lực, cơ sở vật chất, dụng cụ, vật liệu và kinh phí giúp làm tốt công tác KSNK tại các cơ sở RHM.
- Nhân viên y tế tại các cơ sở RHM cần tuân thủ các quy trình KSNK chuyên ngành RHM giúp dự phòng lây nhiễm trong quá trình chăm sóc và điều trị.
- Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần tăng cường kiểm tra, giám sát việc tuân thủ các quy trình KSNK giúp duy trì và làm tốt công tác KSNK tại cơ sở RHM

## KẾT LUẬN

### 1. Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2015

Về nhân lực, nghiên cứu đã khảo sát tất cả 152 NVYT. Về trình độ chuyên môn với 50% bác sĩ RHM, điều dưỡng nha khoa 12,5%.

Nghiên cứu đã khảo sát tất cả 104 ghế máy nha khoa, 61 lò hấp dụng cụ của 24 bệnh viện công lập tuyến quận, huyện của TP HCM.

Về điều kiện làm việc liên quan đến kiểm soát nhiễm khuẩn, 100% cơ sở RHM có diện tích đủ rộng và 100% bệnh viện có khu tiệt khuẩn trung tâm.

Về kiến thức KSNK, với 69,1% NVYT có kiến thức đúng về KSNK.

Thực hành vệ sinh tay của NVYT, với 40,9% NVYT tuân thủ vệ sinh tay theo đúng quy định của Bộ Y tế.

Về thực hành tiêm an toàn, vẫn còn 52,3% NVYT thực hiện đóng nắp kim bằng kỹ thuật 2 tay; về việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân 97,3% quan sát thấy NVYT mang găng tay và 96,7% NVYT mang khẩu trang khi điều trị.

Về thực hành tiệt khuẩn tay khoan nha khoa, cho thấy đa số các cơ sở RHM, chưa đủ tay khoan nha khoa do đó chỉ có thể xử lý và khử khuẩn tay khoan sau khi điều trị, không thể tiệt khuẩn vì chưa đủ tay khoan sử dụng cho mỗi bệnh nhân.

Về chất lượng tiệt khuẩn của các gói dụng cụ bằng chỉ thị hóa học 1243 A, với 83,1% đạt yêu cầu và 80,3% chỉ thị sinh học 1292 đạt yêu cầu.

Về kết quả đánh giá vi sinh dụng cụ: 16,7% nạy nhổ răng bị nhiễm khuẩn *Staphylococcus aureus*; 16,7% tay chỉnh đèn của ghế nha bị nhiễm *Klebsiella spp.*

Tỷ lệ NVYT đã tiêm chủng ngừa viêm gan B đủ liều là 86,2% và ghi nhận có đến 65,8% NVYT bị kim đâm dao cắt trong quá trình thực hành nha khoa.

Đa số các răng hàm mặt chưa thực hiện che phủ nha khoa.

## **2. Hiệu quả can thiệp kiểm soát nhiễm khuẩn tại một số cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện, thành phố Hồ Chí Minh**

Về điều kiện làm việc cho thấy các cơ sở RHM đã hoàn thiện khu tiệt khuẩn trung tâm, 100% cơ sở trang bị đầy đủ các phương tiện vệ sinh tay tại khu điều trị.

Về kiến thức của NVYT: Sau can thiệp, kiến thức của NVYT về quy trình tiệt xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ tăng từ 61,9% tăng lên 95%.

Về thực hành của NVYT: tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chỉ tăng từ 42,3 % lên 59,2%. 100% NVYT chấp hành tốt các quy định về việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân và thực hành tiêm an toàn sau can thiệp. Tỷ lệ NVYT có mang tấm chắn che mặt khi điều trị có phun sương từ 12,5% lên 32,5% và HQCT là 320,1%, với  $p < 0,05$ .

Tỷ lệ dụng cụ được đóng gói bằng túi chuyên dụng ở nhóm can thiệp chỉ tăng từ 34,2% lên 39,2% (nhóm chứng tăng từ 16,7% lên 20,8%) và thực hành tiệt khuẩn tay khoan từ 11,7% lên 21,3%.

Chất lượng tiệt khuẩn của gói dụng cụ bằng chỉ thị hóa học 1243 A ở nhóm can thiệp từ 86,7% tăng lên 100% và chất lượng tiệt khuẩn của lò hấp dụng cụ bằng chỉ thị sinh học 1292 từ 86,7% tăng lên 100%.

Thay đổi rõ nhất là thực hành che phủ nha khoa, như thực hành che phủ bàn dụng cụ ở nhóm can thiệp tăng từ 36,7% lên 100%, ở nhóm chứng tăng từ 28,3% lên 37,5%. HQCT 140% ( $p < 0,05$ ). Thực hành che phủ tay chính đèn bằng giấy chuyên dụng ở nhóm can thiệp từ 0% lên 43,3%; che phủ nút chính ghế bằng giấy chuyên dụng từ 0% lên 48,3%. Ở nhóm chứng là 0%.

### **KIẾN NGHỊ**

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu, căn cứ vào các quy định về KSNK, căn cứ kế hoạch hành động quốc gia về KSNK của Bộ Y tế và căn cứ vào Hướng dẫn KSNK của Bộ Y tế và của CDC - Hoa Kỳ về KSNK chuyên ngành RHM, nhóm nghiên cứu có một số đề xuất sau:

Bộ Y tế sớm biên soạn Bộ tài liệu hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn, chuyên ngành RHM giúp các cơ sở RHM thực hành đúng và thống nhất các quy định KSNK chuyên ngành RHM giúp làm tốt công tác KSNK trong thực hành nha khoa.

Sở Y tế, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần quan tâm, đầu tư về nhân lực, cơ sở vật chất, kinh phí và thường xuyên tổ chức tập huấn về kiến thức, thực hành KSNK chuyên ngành RHM, giúp làm tốt công tác chuyên môn và công tác KSNK tại các cơ sở RHM.

Nhân viên y tế tại các cơ sở RHM cần tuân thủ các quy trình KSNK chuyên ngành RHM giúp dự phòng lây nhiễm cho người bệnh và NVYT trong quá trình chăm sóc và điều trị nha khoa.

Sở Y tế và các cơ sở khám chữa bệnh cần tăng cường kiểm tra, giám sát việc tuân thủ các quy trình KSNK giúp duy trì và làm tốt công tác KSNK tại cơ sở RHM.

## DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ

1. Nguyễn Đức Huệ, Nguyễn Đức Minh, Trịnh Xuân Tùng, Trần Văn Hương, Phan Trọng Lâm (2016) "Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện của thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Dự Phòng* 13 (186), tr. 95-102.
2. Nguyễn Đức Huệ, Diệp Thế Tài, Trịnh Xuân Tùng, Trần Văn Hương, Phan Trọng Lâm (2016) "Đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa và đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện của thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Dự Phòng* 13 (186), tr. 87-94.
3. Nguyễn Đức Huệ, Phan Trọng Lâm, Trịnh Xuân Tùng, Trần Văn Hương (2017) Sự hài lòng của người bệnh về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 4 - Số Chuyên đề 2017, Tập 453*, tr 41-48.
4. Nguyễn Đức Huệ, Phan Trọng Lâm, Trịnh Xuân Tùng, Trần Văn Hương (2017) Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 4 - Số Chuyên đề 2017, Tập 453*, tr 92-100.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng việt

1. Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương (2007) *Công văn số 82/RHM về việc thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt, ngày 30/07/2007.*
2. Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán (2014) *Khảo sát về thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của điều dưỡng, hộ sinh ở các khoa lâm sàng tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán năm 2014, Đồng Nai, tr.4-10.*
3. Nguyễn Tấn Bình, Tăng Chí Thượng (2014) *Bước đầu đánh giá triển khai thực hiện thông tư 18/2009/TT-BYT về hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở y tế tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2013.*
4. Bộ Y Tế (2003) *Hướng dẫn Quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.*
5. Bộ Y tế (2005) *Ban hành chỉ thị số 06/2005/CT-BYT, ngày 29/12/2005 về việc tăng cường công tác phòng chống nhiễm khuẩn tại các cơ sở y tế.*
6. Bộ Y Tế (2005) *Quyết định số 09/2005/QĐ-BYT về tiêu chuẩn vệ sinh nước sạch.*
7. Bộ Y Tế (2007) *Quyết định về tiêu chuẩn kiểm tra bệnh viện năm 2007 theo công văn số 3160/QĐ-BYT ngày 24/8/2007.*
8. Bộ Y Tế (2009) *Thông tư số 18/2009/TT-BYT, Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh, 10, tr. 1-13*
9. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2010) *Thông tư số 39/2010/TT-BTNMT, Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước thải y tế, QCVN28: 2010/ BTNMT.*
10. Bộ Y Tế (2012) *Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện. Ban hành kèm theo Quyết định số 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.*
11. Bộ Y tế (2012) *Hướng dẫn khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ trong khám bệnh chữa bệnh, Hà Nội.*
12. Bộ Y Tế (2012) *Hướng dẫn khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. theo Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.*

13. Bộ Y tế (2012) *Hướng dẫn Phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội.
14. Bộ Y tế (2012) *Hướng dẫn Tiêm an toàn áp dụng trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, Hà Nội.
15. Bộ Y tế (2012) *Quyết định số 1014/QĐ-BYT, Phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn từ nay đến năm 2015*.
16. Bộ Y Tế (2012) *Tài liệu đào tạo liên tục về Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở*, Hà Nội, tr. 1-140.
17. Bộ Y Tế (2012) *Tài liệu đào tạo về kiểm soát nhiễm khuẩn*, 18, tr. 1-9.
18. Bộ Y tế (2013) *Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn môi trường bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.18-101.
19. Bộ Y tế (2013) *Quyết định 122/QĐ-TTg, ngày 10/01/2013, Phê duyệt chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, giai đoạn 2011-2020 tầm nhìn đến 2030*.
20. Bộ Y Tế (2013) *Quyết định số 4858/QĐ-BYT-03/12/2013 về việc ban hành thí điểm bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện*.
21. Bộ Y Tế (2016) *Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam*, tr.1-132.
22. Bộ Y Tế (2016) *Quyết định số 1886/QĐ-BYT của Bộ y tế ngày 16/5/2016 về kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2016 - 2020*.
23. Bộ Y Tế (2016) *Quyết định số 3638/ KCB-DD về việc phê duyệt kế hoạch triển khai cơ sở y tế Xanh - Sạch - Đẹp*.
24. Nguyễn Thị Bông, Nguyễn Thị Kim Phượng (2016) "Nhận thức và thái độ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, tại Bệnh viện đa khoa Xuyên Á". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 11 (1028), tr.31-33.
25. Eve Cuny (2016) *Tài liệu hội thảo an toàn trong thực hành nha khoa*, , Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Khoa Răng Hàm Mặt, tr. 101.

26. Nguyễn Ngọc Duy (2012) *Chất lượng khám chữa bệnh răng hàm mặt tại các cơ sở y tế của Thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.23-56.
27. Nguyễn Thị Thanh Hà, Lê Bích Liên, Huỳnh Thị Ngọc Diệp (2012) *Đánh giá sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi Đồng I*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr 1-7.
28. Phan Thị Hằng (2016) "Hiệu quả của chương trình giám sát và phản hồi sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, tại Bệnh viện Hùng Vương". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 11 (1028), tr. 52-56.
29. Lưu Ngọc Hoạt (2014) *Nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.68-112.
30. Lưu Ngọc Hoạt (2015) *Phương pháp viết đề cương nghiên cứu, nghiên cứu khoa học y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.123-129.
31. Hội Kiểm soát Nhiễm khuẩn thành phố Hồ Chí Minh (2010) *Sự khởi đầu mới trong kiểm soát nhiễm khuẩn*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.7-76.
32. Nguyễn Đức Huệ, Ngô Đồng Khanh (2000) *Bước đầu đánh giá mô hình khoa răng hàm mặt tuyến quận huyện tại các tỉnh thành phía nam*, tr. 57-60.
33. Nguyễn Đức Huệ (2006) "Chất lượng dịch vụ của các cơ sở răng hàm mặt nhà nước và tư nhân tỉnh Bình Dương, năm 2006". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13 (phụ bản số 2), tr. 82-87.
34. Nguyễn Đức Huệ (2008) "Đánh giá thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt nhà nước và tư nhân tỉnh Bình Dương". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 831, tr 108-113.
35. Nguyễn Đức Huệ (2010) *Bước đầu đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn của bác sĩ tại cơ sở răng hàm mặt bệnh viện quận 3, 5, 11, Tân Bình - thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 55-64.
36. Nguyễn Đức Huệ (2012) "Đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa, vi sinh bàn tay phẫu thuật viên và trợ thủ, đánh giá vi sinh không khí tại phòng mổ và các khoa

- lâm sàng tại Bệnh viện răng hàm mặt Trung Ương thành phố Hồ Chí Minh".  
*Tạp chí Y học Thực hành*, Số 831, tr.60-69.
37. Nguyễn Đức Huệ (2015) *Tài liệu tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt cho cán bộ y tế các tỉnh thành phía Nam*, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương thành phố Hồ Chí Minh, tr.12-36.
38. Nguyễn Đức Huệ (2016) *Triển khai công tác vệ sinh tay và tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt*, Bệnh viện răng hàm mặt Trung Ương thành phố Hồ Chí Minh, tr.12-32.
39. Nguyễn Việt Hùng (2010) *Vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.1-31.
40. Nguyễn Việt Hùng, Kiều Chí Thành (2011) "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ tại các khoa ngoại của các bệnh viện tỉnh Ninh Bình". *Tạp chí Y Học Thực hành*, Số 759, tr.26-28.
41. Ngô Đồng Khanh (2007) *Bài giảng Kiểm soát lây nhiễm ở các khoa lâm sàng răng hàm mặt*, Thành phố Hồ Chí Minh,
42. Ngô Đồng Khanh, Nguyễn Đức Huệ (2008) *Kiểm soát lây nhiễm tại phòng răng hàm mặt*, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.61-93.
43. Ngô Đồng Khanh (2009) "Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn ở một số cơ sở răng hàm mặt các tỉnh phía Nam". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13 (phụ bản số 2), tr.82-87.
44. Nguyễn Trọng Khoa (2014) *Vai trò của kiểm soát nhiễm khuẩn trong cải thiện chất lượng bệnh viện*, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.15-16.
45. Lương Ngọc Khuê (2014) *Tăng cường công tác điều trị, phòng chống bệnh truyền nhiễm và bệnh dịch mới nổi*, tr.1-17.
46. Lưu Hồng Lạc (2015) *Khảo sát thực trạng bệnh nhân có test nhanh HIV dương tính tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2010 đến 2014*, tr.100-102.

47. Trần Thị Lại (2015) "Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở răng hàm mặt tỉnh An Giang năm 2015". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 13 (phụ bản số 2), tr.126-134.
48. Huỳnh Anh Lan, Chương Thị Minh Loan, Trần Hải Phụng (2016) *Cập nhật về kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành răng hàm mặt*, tr.1-97.
49. Nguyễn Thị Kim Liên, Ngô Minh Diệu, Trần Thị Thu Sương (2013) *Đánh giá thực hành rửa tay của nhân viên y tế bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2013*, Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-9.
50. Nguyễn Thị Liên (2015) *Kiến thức, thái độ và hành vi về vệ sinh tay thường quy của bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh tại các khoa lâm sàng bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán năm 2015*, Đồng Nai, tr.1-7.
51. Ling Moi Lin (2014) *Khuynh hướng hiện nay về khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ nội soi phẫu thuật*, tr.20-21.
52. Lê Thị Lợi (2000) *Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống HIV/AIDS của sinh viên, bác sĩ, y sĩ và nha công tỉnh Cần Thơ*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.65-72.
53. Nguyễn Thị Thu Nga (2001) *Khảo sát kiến thức và thái độ về kiểm soát lây nhiễm HIV/AIDS của y, bác sĩ răng hàm mặt Quận 11, thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh,
54. Trần Hải Sơn (2012) "Kiểm soát nhiễm khuẩn và thực trạng nhiễm khuẩn dụng cụ tại các cơ sở răng hàm mặt tỉnh Tiền Giang năm 2009". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 831, tr.40-50.
55. Sử Sơn, Lương Thị Bình (2016) "Đánh giá chương trình giám sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, tại Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 11 (1028), tr.42-45.
56. Phạm Ngọc Tâm, Hoàng Vũ Hùng (2014) *Đánh giá thực trạng mũi tiêm an toàn tại một số khoa nội bệnh viện Quân Y 103, năm 2014*, tr.1-3.

57. Võ Thị Hồng Thoa, Lê Thị Anh Thu (2011) "Tuân thủ thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện Chợ Rẫy, hiệu quả của chương trình tăng cường đào tạo và giám sát". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 904, tr.7-11.
58. Lê Thị Anh Thu (2006) *Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn*, Bệnh viện Chợ Rẫy.
59. Lê Thị Anh Thu (2013) *Tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh*, Bệnh viện Chợ Rẫy, tr.1-30.
60. Lê Thị Anh Thu (2014) *Sổ tay kiểm soát nhiễm khuẩn, dành cho nhân viên y tế khu vực Châu Á*, Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr.1-44.
61. Lê Thị Thanh Thủy, Đỗ Hồng Thái, Nguyễn Thị Thu Vinh (2016) "Áp dụng công cụ cải thiện chất lượng trong dự án tăng cường sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế, tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vimec Times City". *Tạp chí Y học Thực hành*, số 11 (1028), tr.81-42.
62. Nguyễn Phúc Tiến, Lê Thị Kim Anh, Lê Thị Anh Thu (2014) "Giám sát quy trình vệ sinh bệnh viện bằng phương pháp định lượng ATP". *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 904, tr 91-95.
63. Mai Thị Tiết, Bùi Văn Dũng Anh (2011) "Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2011". *Tạp chí y học thực hành*, số 831, tr.64-69.
64. Đặng Thị Minh Trang, Ngô Thị Quỳnh Lan (2009) *Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn trong không khí và nước tại các khu điều trị khoa răng hàm mặt*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.26-32.
65. Nguyễn Quốc Tuấn (2011) "Khảo sát ô nhiễm vi sinh trong không khí trong phòng mổ, phòng hồi sức ở 13 bệnh viện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản số 2, tr 169-176.

**Tiếng Anh:**

66. Al-Omari M.A., Al-Dwairi Z.N. (2005) "Compliance with infection control programs in private dental clinics in Jordan". *Journal of Dental education*, 69 (6), pp.693-698.

67. Al-Rabeah A., Mohamed A.G. (2002) "Infection control in the private dental sector in Riyadh". *Ann Saudi Med*, 22 (1-2), 13-17.
68. Albuquerque R.F.J., Head T.W., Mian H., et al (2004) "Reduction of salivary S.aureus and mutans group streptococci by a preprocedural chlorhexidine rinse and maximal inhibitory dilutions of chlorhexidine and cetylpyridinium". *Quintessence Int*, 35 (8), pp.635-640.
69. ALNegrish A., Momani A.S.A., Sharafat S.A. (2008) "Compliance of Jordanian dentists with infection control strategies". *International Dental Journal*, Volume 58 (Issue 5), pp.231–236.
70. Andrews N., Cuny E., Molinari (2010) *Antisepsis and Hand Hygiene*, Lippincott, Williams, and Wilkins, Philadelphia, pp.125-137.
71. Askarian M., Assadian O. (2009) "Infection Control Practices among Dental Professionals in Shiraz Dentistry School, Iran". *Arch Iranian Med*, 12 (1), pp.48-51.
72. Baseer M.A., Rahman G., Yassin M.A. (2013) "Infection control practices in dental school: A patient perspective from Saudi Arabia". *Dental research journal*, 10 (1), 25.
73. Baseer M.A. (2013) "Knowledge and Attitude of Dental Patients towards Cross-Infection Control Measures". *Indian Journal of Dental Education*, 6 (4), 179.
74. Centers for Disease Control and Prevention (2003) *Methods for Sterilizing and Disinfecting Patient-Care Items and Environmental Surfaces*, pp.66.
75. Centers for Disease Control and Prevention (2016) *Recommendations from the Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings-2003*, Atlanta,
76. Centers for Disease Control and Prevention (2016) *Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings*, Atlanta,
77. Cynthia T.O. (1995) *Knowledge, attitude and practice related to AIDS among dentists in Yangon, Myanmar*, Thesis of Master degree of Public Health, Mahidol University,

78. Dagher J., Sfeir C., Abdallah A., Majzoub Z. (2017) "Infection Control Measures in Private Dental Clinics in Lebanon". *International Journal of Dentistry*, Published 31 May 2017, pp.1-11.
79. Deogade S.C., Mantri S.S., Sumathi K., et al (2016) "Perceptions of dental outpatients toward cross-infection control measures in Jabalpur city". *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 14 (3), pp.338-343.
80. Ebrahimi M., Ajami B.M., Rezaeian A. (2012) "Longer years of practice and higher education levels promote infection control in Iranian dental practitioners". *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14 (7), pp.422-429.
81. Elkarim I.A., Abdulla Z.A., Yahia N.A., et al (2004) "Basic infection control procedures in dental practice in Khartoum-Sudan". *International dental journal*, 54 (6), pp.413-417.
82. Feres M., Figueiredo L.C., Favari M., et al (2010) "The effectiveness of a preprocedural mouthrinse containing cetylpyridinium chloride in reducing bacteria in the dental office". *The Journal of the American Dental Association*, 141 (4), pp.415-422.
83. Fluent M.T. (2013) "Infection Control in the Dental Office: Compliance Revisited". *ArticleReprint*, Vol. 9 (No. 10)
84. Goetz K., Campbell S.M., Broge B., et al (2014) "Effectiveness of a quality management program in dental care practices". *BMC oral health*, 14 (1), pp.14-41.
85. Hennessy B., Joyce A. (2004) "A survey of preprocedural antiseptic mouth rinse use in Army dental clinics". *Military medicine*, 169 (8), pp.600-603.
86. Jain M., Sawla L., Mathur A., et al. (2010) "Knowledge, attitude and practice towards droplet and airborne isolation precautions amongs dental health care professionals in India". *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15 (6), e957-61.
87. Kohn W.G., Collins A.S., Cleveland J.L., et al (2003) *Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings*, Centers for Disease Control and Prevention, pp.1-100.



88. Matsuda J.K., Grinbaum R.S., Davidowicz H. (2011) "The assessment of infection control in dental practices in the municipality of São Paulo". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 15 (1), pp.45-51.
89. Mayhall C.G. (2012) *Hospital epidemiology and infection control*, Lippincott Williams & Wilkins,
90. McCarthy G.M., MacDonald J.K. (1998) "Improved compliance with recommended infection control practices in the dental office between 1994 and 1995". *American journal of infection control*, 26 (1), pp.24-28.
91. Mehta Y., Gupta A., Todi S., et al (2014) "Guidelines for prevention of hospital acquired infections". *Indian J Crit Care Med*, 18 (3), pp.149-163.
92. Mehtar S., Shisana O., Mosala T., Dunbar R. (2007) "Infection control practices in public dental care services: findings from one South African Province". *Journal of Hospital Infection*, 66 (1), pp.65-70.
93. Miller C.H., Palenik C.J. (2014) *Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team5: Infection Control and Management of Hazardous Materials for the Dental Team*, Elsevier Health Sciences,
94. Mills S. (2010) *Dental Unit Water and Air Quality Challenges*, pp.65-74.
95. Molinari J.A., Jennifer A. (2009) *Immunization for dental health care persionnel*, Wolters Kluwer Health/Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, pp.89-100.
96. Molinari J.A., Jennifer A. (2010) *Historical perpectives and principles of infection control*, Wolters Kluwer Health/Lippincott William & Wilkins, Philadelphia,
97. Monarca S., Grottolo M., Renzi D., et al. (2000) "Evaluation of environmental bacterial contamination and procedures to control cross infection in a sample of Italian dental surgeries". *Occupational and environmental medicine*, 57 (11), pp.721-726.

98. Mousa A.A., Mahmoud N.M., Tag El Din A.M. (1997) "Knowledge and attitudes of dental patients towards cross infection control measures in dental practice". *EMRO Journal Articles*, Vol. 3 (No. 2), 263-273.
99. Pittet D., Allegranzi B., Boyce J. (2009) "The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations". *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 30 (7), pp.611-622.
100. Prospero E., Savini S., Annino I. (2003) "Microbial aerosol contamination of dental healthcare workers' faces and other surfaces in dental practice". *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 24 (2), pp.139-141.
101. Purohit B., Priya H., Acharya S., et al (2009) "Efficacy of pre-procedural rinsing in reducing aerosol contamination during dental procedures". *Journal of Infection Prevention*, 10 (6), pp.190-192.
102. Puttaiah R., Shetty S., Bedi R., Verma M. (2010) "Dental infection control in India at the turn of the century". *World Journal of Dentistry*, 1 (1), pp.1-6.
103. Rautemaa R., Nordberg A., Wuolijoki-Saaristo K., Meurman J.H. (2006) "Bacterial aerosols in dental practice-a potential hospital infection problem?". *Journal of hospital infection*, 64 (1), pp.76-81.
104. Redd J.T., Baumbach J., Kohn W., et al (2007) "Patient-to-patient transmission of hepatitis B virus associated with oral surgery". *The Journal of infectious diseases*, 195 (9), pp.1311-1314.
105. Saleh N.M., Qasem N.A., Binass J., Retty M. (2012) *Guidelines on Dental Infection Prevention and Safety*, Health Regulation Department-Dubai Health Authority, India,
106. Shulman E.R., Brehm W.T. (2001) "Dental clinical attire and infection-control procedures: patients' attitudes". *The Journal of the American Dental Association*, 132 (4), pp.508-516.

107. Taha F., Joseph J., Janakiram C., Puttaiah R. (2015) "Dental Infection Control Practices and Public Perception: A Cross-sectional Study". *Journal of International Oral Health*, 7 (12), pp.20-26.
108. WHO (2006) *The world health report 2006: working together for health*, Geneva,
109. Wijk P.T.L., Meiberg A.E., Bruers J.J.M., et al (2012) "The risk of blood exposure incidents in dental practices in the Netherlands". *Community dentistry and oral epidemiology*, 40 (6), pp.567-573.
110. Yengopal V., Naidoo S., Chikte U.M. (2001) "Infection control among dentists in private practice in Durban". *Journal of the South African Dental Association*, 56 (12), pp.580-584.
111. Yüzbaşıoğlu E., Saraç D., Canbaz S., et al (2009) "A survey of cross-infection control procedures: knowledge and attitudes of Turkish dentists". *Journal of applied oral science*, 17 (6), pp.565-569.

## PHỤ LỤC

### Phụ lục 1. Các quyết định và phiếu chấp thuận cho tiến hành nghiên cứu tại các quận huyện trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh

BỘ Y TẾ  
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 92 /VSDTTU-ĐT

Hà Nội, ngày 03 tháng 06 năm 2015.

V/v: Hỗ trợ thực hiện đề tài luận án  
tiến sĩ của NCS Nguyễn Đức Huệ

**Kính gửi: Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh**

BSCKII. Nguyễn Đức Huệ, công tác tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP. Hồ Chí Minh là nghiên cứu sinh khóa 34 năm 2014 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, được giao thực hiện đề tài luận án: *“Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở Răng Hàm Mặt công lập tuyến quận huyện của TP. Hồ Chí Minh và hiệu quả can thiệp”*, thuộc chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế - Mã số: 62 72 01 64 (theo Quyết định số 1714/QĐ-VSDTTU ngày 24/10/2014 của Viện trưởng Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương), do PGS.TS. Phan Trọng Lân - Viện trưởng Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh làm cán bộ hướng dẫn chính.

Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương kính đề nghị Quý Cơ quan tạo điều kiện giúp đỡ, phối kết hợp và hỗ trợ cho NCS Nguyễn Đức Huệ trong quá trình triển khai thực hiện đề tài luận án tại cơ sở Răng Hàm Mặt của 24 Bệnh viện đa khoa tuyến quận, huyện của TP. Hồ Chí Minh.

Xin trân trọng cảm ơn.

**Nơi nhận:**

- Như kính gửi;
- Lưu HC, ĐT.

KT. VIỆN TRƯỞNG  
PHÓ VIỆN TRƯỞNG



Trần Nhu-Dương

BỘ Y TẾ  
VIỆN PASTEUR TP.HCM

Số: 1580 /PAS-HĐĐĐ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

TP. Hồ Chí Minh, ngày 13 tháng 10 năm 2015

## CHỨNG NHẬN CHẤP THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC

Căn cứ vào quyết định số 115/QĐ-PAS ngày 11 tháng 03 năm 2013 của Viện trưởng Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh về việc thành lập Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học.

Trên cơ sở biên bản họp ngày 17-08-2015 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Viện Pasteur TPHCM và các hồ sơ giải trình lần 1 ngày 26-08-2015 và lần 2 ngày 22-09-2015 của chủ nhiệm đề tài nghiên cứu “**Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh và hiệu quả can thiệp**”, Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận các khía cạnh đạo đức của đề tài nghiên cứu:

1. Tên đề tài: “**Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận, huyện của thành phố Hồ Chí Minh và hiệu quả can thiệp**”
2. Chủ nhiệm đề tài: BS CK II Nguyễn Đức Huệ - Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương – Bộ y tế
3. Cơ quan chủ trì: Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương – Bộ y tế
4. Địa điểm triển khai nghiên cứu: Thành phố Hồ Chí Minh
5. Thời gian nghiên cứu: Từ 08/2015-12/2016

Ngày chấp thuận: Ngày 12 tháng 10 năm 2015

Mã số giấy chứng nhận: 49/CN\_HĐĐĐ

XÁC NHẬN CỦA VIỆN PASTEUR  
PHÒNG PHÒNG TỔ CHỨC CÁN BỘ



Lê Đình Huân

TM. CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG



PGS.TS. Trần Ngọc Hữu

ỦY BAN NHÂN DÂN  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
**SỞ Y TẾ**

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
**Độc lập – Tự do - Hạnh phúc**

Số: ~~4360~~/SYT – VP


TP. Hồ Chí Minh, ngày ~~30~~ tháng ~~10~~ năm 2015

V/v: Tạo điều kiện cho Nghiên cứu  
sinh Nguyễn Đức Huệ thu thập số  
liệu đề tài nghiên cứu

Kính gửi: Giám đốc bệnh viện quận huyện

Ngày 26/06/2015 Sở Y tế có nhận được Công văn số 903/VSDTTU-ĐT của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương về việc đề nghị tạo điều kiện giúp đỡ, phối kết hợp và hỗ trợ cho nghiên cứu sinh (NCS) Nguyễn Đức Huệ (Bác sĩ chuyên khoa cấp II, đang công tác tại BV. Răng Hàm Mặt Trung Ương TP.HCM). Đề tài luận án “*Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở răng hàm mặt công lập tuyến quận huyện của TP.HCM và hiệu quả can thiệp*” đã được Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương xét duyệt và giao cho NCS Nguyễn Đức Huệ triển khai.

Sở Y tế đánh giá đây là đề tài cần thiết và có tính ứng dụng. Vì thế, Sở Y tế đề nghị Giám đốc các bệnh viện quận huyện giúp đỡ, tạo điều kiện và hỗ trợ cho NCS hoàn thành việc thu thập số liệu. Khi tổ chức triển khai nghiên cứu tại các đơn vị, Sở Y tế yêu cầu các bệnh viện cũng như bản thân NCS Nguyễn Đức Huệ phải tuân thủ triệt để các qui định hiện hành về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, nhất là phải đảm bảo an toàn cho các đối tượng tham gia nghiên cứu.

*Đính kèm: Công văn số 903/VSDTTU-ĐT.* 

Nơi nhận:

- Như trên;
  - BV. Răng Hàm Mặt Trung Ương;
  - NCS. Nguyễn Đức Huệ;
  - BGĐ Sở;
  - Lưu Văn phòng Sở.
- “TCH(25b)”

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**  
  
**Tăng Chí Thượng**



SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH  
BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: *122*/QĐ-BVRHM/TCCB

TP. Hồ Chí Minh, ngày 08 tháng 07 năm 2015

## QUYẾT ĐỊNH

Về việc phân công công tác

### GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT

Căn cứ Quyết định số 116/QĐ-SYT ngày 21 tháng 01 năm 2009 của Giám Đốc Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Răng Hàm Mặt;

Căn cứ công văn số 4360/SYT-VP ngày 30 tháng 6 năm 2015 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc tạo điều kiện cho Nghiên cứu sinh Nguyễn Đức Huệ thu thập số liệu đề tài nghiên cứu.

Xét nhu cầu công tác và khả năng cán bộ;

Theo đề nghị của Trưởng Phòng Tổ chức cán bộ.

### QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Nay phân công Phòng Chỉ đạo tuyến và Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn phối hợp hỗ trợ Nghiên cứu sinh Nguyễn Đức Huệ ( bác sĩ chuyên khoa cấp II đang công tác tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh) hoàn thành việc thu thập số liệu thực hiện đề tài luận án " Thực trạng kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở Răng Hàm Mặt công lập tuyến Quận, Huyện của thành phố Hồ Chí Minh và hiệu quả can thiệp"

**Điều 2.** Các đồng chí Trưởng phòng: Kế hoạch tổng hợp, Tổ chức cán bộ, các khoa phòng liên quan và cá nhân có tên tại Điều 1 chịu trách nhiệm thi hành quyết định này. *Đức*

Nơi nhận:

- Như Điều 2;
- Lưu VT

GIÁM ĐỐC



ThS.BS. Nguyễn Đức Minh

**Phụ lục 2. Bộ câu hỏi dành cho nhân viên y tế**

**KHẢO SÁT KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
TẠI CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

Địa chỉ cơ sở: .....

Họ và tên: ..... Năm sinh: .....,  Nam  Nữ

Nhằm có thông tin một cách khách quan, trung thực, chúng tôi rất mong anh/ chị cung cấp một số thông tin sau đây bằng cách đánh chéo vào ô thích hợp nhất. Các thông tin này sẽ được bảo mật và không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác ngoài mục đích khoa học. Rất mong anh/ chị dành một ít thời gian để trả lời các câu hỏi sau.

Xin chân thành cảm ơn.

**PHẦN 1: NHỮNG THÔNG TIN TỔNG QUÁT**

*Anh, chị vui lòng đánh chéo vào câu trả lời hợp lý nhất.*

1. Trình độ chuyên môn?

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Sau Đại học ( Tiến sĩ,  Thạc sĩ,  BS CK I,  BS CK 2)
- Bác sĩ y khoa làm công tác răng hàm mặt
- Y sĩ răng hàm mặt.
- Y sĩ răng trẻ em.
- Cử nhân điều dưỡng nha khoa.
- Điều dưỡng nha khoa.
- Kỹ thuật viên phục hình răng.
- Trợ thủ nha khoa.
- Loại khác, ghi rõ: .....

2. Thời gian công tác trong chuyên ngành răng hàm mặt: ..... năm

3. Loại hình điều trị tại cơ sở RHM, gồm? (Có thể chọn nhiều loại điều trị)

- Khám tổng quát
- Cấp cứu nha khoa
- Chữa răng, nội nha
- Phục hình răng



- Nhổ răng
- Tiểu phẫu thuật
- Chỉnh hình răng mặt
- Cấy ghép nha khoa
- Loại khác, ghi rõ: .....

4. Công tác chuyên môn?

- Phụ trách công tác khám, điều trị
- Phụ trách công tác điều dưỡng nha khoa
- Phụ trách công tác trợ thủ nha khoa
- Phụ trách hành chính
- Phụ trách công tác kiểm soát soát nhiễm khuẩn
- Loại khác, ghi rõ: .....

5. Theo anh/ chị, hiện nay mỗi ngày, khoa RHM sẽ khám và điều trị trung bình?

- Số bệnh nhân trung bình/ ngày: .....

(Cụ thể: Khám:....BN, Nhổ răng:... BN, Trám:... BN, Răng giả:.... BN, loại khác: .... BN)

6. Theo anh/ chị, hiện nay công tác KSNK tại các cơ sở RHM là công việc?

- Rất quan trọng, phải cần làm tốt.
- Khá quan trọng, cần làm tốt.
- Không quan trọng.
- Không quan tâm.
- Ý kiến khác.....

7. Anh/ chị, đã chích ngừa viêm gan siêu vi B?

- Đã chích đủ liều, theo quy định (3 liều)
- Có chích nhưng không nhớ.
- Chưa chích ngừa viêm gan B.
- Không nhớ rõ.

## **PHẦN 2: NGUỒN TIẾP NHẬN THÔNG TIN VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN**

1. Anh/ chị, đã được cung cấp thông tin về kiểm soát nhiễm khuẩn? (Có thể chọn nhiều thông tin)

- Từ truyền thông, báo chí.
- Từ bệnh viện.

- Từ Trường Đại học, Cao đẳng, Trung học y tế.
- Từ Chuyên viên kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Từ bạn bè, đồng nghiệp.
- Tự tìm hiểu
- Ý khác, ghi rõ:.....

2. Anh/ chị, đã tiếp nhận thông tin về kiểm soát nhiễm khuẩn với mức độ?

- Hiểu rất rõ.
- Hiểu khá rõ.
- Hiểu trung bình.
- Không hiểu.
- Không quan tâm.

3. Anh/ chị, có nhu cầu cập nhật thông tin về kiểm soát nhiễm khuẩn?

- Có và rất cần thiết.
- Có và cần thiết.
- Không có nhu cầu.
- Không quan tâm.

4. Từ khi tốt nghiệp đến nay, anh/ chị có được tập huấn hay hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn chuyên ngành RHM?

- Có (số lần: ..... )
- Nhiều lần, nhưng không nhớ rõ
- Chưa bao giờ, cần được tập huấn chuyên sâu hơn.
- Chỉ nghe nói chung chung

### **PHẦN 3: KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH KSNK**

1. Theo anh/ chị, các bệnh có thể lây truyền qua điều trị răng miệng?

- Viêm đường hô hấp trên cấp tính do siêu vi.
- Bệnh lao
- Viêm gan siêu vi B, C
- Nhiễm HIV/ AIDS
- Tất cả đều đúng.
- Tất cả đều sai.

2. Theo anh/ chị, sự lây nhiễm có thể xảy ra khi điều trị răng miệng?

- Từ nhân viên y tế lây truyền cho bệnh nhân.
- Từ bệnh nhân lây truyền cho nhân viên y tế .
- Từ bệnh nhân lây truyền cho bệnh nhân.

- Tất cả đều đúng.
  - Tất cả đều sai.
3. Theo anh/ chị, cách lây nhiễm khi điều trị răng miệng có thể qua hình thức?
- Tiếp xúc trực tiếp với máu, da và niêm mạc do bị cắt, đâm chích.
  - Tiếp xúc gián tiếp qua đường hô hấp do hắt hơi, ho hay do phun sương của tay khoan nha khoa
  - Tiếp xúc gián tiếp qua dụng cụ bị nhiễm.
  - Tất cả đều đúng.
  - Tất cả đều sai.
4. Theo anh/ chị, chích ngừa viêm gan B có thể phòng bệnh?
- Viêm gan do siêu vi B.
  - Viêm gan do siêu vi C.
  - HIV.
  - Tất cả đều đúng.
  - Tất cả đều sai.
5. Theo anh/ chị, khi điều trị răng miệng cần thiết phải hỏi bệnh sử bệnh nhân để phòng ngừa lây nhiễm?
- Đúng.
  - Sai.
6. Theo anh/ chị, quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ gồm các bước?
- Rửa sạch, tiệt khuẩn.
  - Cọ rửa, xả sạch, khử khuẩn, lau khô, tiệt khuẩn.
  - Khử khuẩn, cọ rửa, xả sạch, lau khô, đóng gói, tiệt khuẩn.
  - Tất cả đều đúng.
  - Tất cả đều sai.
7. Theo anh/ chị, mục đích ngâm dụng cụ dơ sau khi sử dụng vào dung dịch khử nhiễm, khử khuẩn nhằm?
- Tìm khuẩn, giảm độc tính, tiêu diệt một số vi khuẩn, vi rút và vi sinh vật có hại.
  - Giảm nguy cơ lây nhiễm cho nhân viên trong khi xử lý và cọ rửa dụng cụ.
  - Giúp cho việc cọ rửa dễ dàng.
  - Tất cả đều đúng.
  - Tất cả đều sai.

8. Theo anh/ chị, phương tiện tiệt khuẩn hữu hiệu nhất có thể tiệt khuẩn cho vật dụng bằng vải, cao su, silicon, dụng cụ bằng inox hay thép không rỉ là?

- Autoclave.
- Nồi nấu sôi.
- Lò nướng.
- Nồi áp suất.
- Tất cả đều đúng.
- Tất cả đều sai

9. Theo anh/ chị, cách tiệt khuẩn tay khoan trong điều trị nha khoa tốt nhất là?

- Dùng dung dịch khử khuẩn tay khoan sau mỗi bệnh nhân.
- Dùng Autoclave để tiệt khuẩn.
- Dùng tay khoan đã tiệt khuẩn đối với mỗi bệnh nhân.
- Tất cả đều đúng
- Tất cả đều sai

10. Theo anh/ chị, dụng cụ nội nha, sau điều trị có thể tiệt khuẩn bằng cồn y tế 90 độ?

- Đúng
- Sai

11. Theo anh/ chị, việc rửa tay thường quy nên thực hiện?

- Trước khi mang găng
- Sau khi tháo găng
- Sau khi tiếp xúc với máu và dịch tiết của người bệnh.
- Tất cả đều đúng
- Tất cả đều sai

12. Theo anh/ chị, nước sử dụng cho tay khoan, đầu cạo vôi nha khoa thì không cần thiết phải xử lý và kiểm tra vi sinh định kỳ?

- Đúng
- Sai

13. Theo anh/ chị cho bệnh nhân súc miệng với dung dịch sát khuẩn trước khi can thiệp nhằm mục đích?

- Làm giảm và tiêu diệt một số vi khuẩn trước khi điều trị.
- Không cần thiết vì không có tác dụng làm giảm hay tiêu diệt vi khuẩn.
- Làm thơm miệng nhờ vào các loại tinh dầu.
- Tất cả đều đúng
- Tất cả đều sai

14. Theo anh/ chị, khi nhổ răng, tiểu phẫu thuật và các can thiệp vẩy máu nên sử dụng?

- Găng khám
- Găng phẫu thuật
- Có thể sử dụng găng khám hoặc găng phẫu thuật
- Tất cả đều đúng
- Tất cả đều sai

15. Theo anh/ chị, khi sử dụng tay khoan có phun sương hay cạo vôi siêu âm có vẩy máu, nên sử dụng?

- Khẩu trang
- Tấm nhựa trong suốt che mặt
- Kính che mắt
- Dùng máy hút nước bọt với công suất lớn
- Tất cả đúng
- Tất cả sai

16. Theo anh/ chị, sau khi điều trị nên bẻ cong kim tiêm, đẩy kim lại bằng hai tay và cho vào lọ, hộp có nắp đậy?

- Đúng
- Sai

17. Theo anh/ chị, các lò hấp dụng cụ cần kiểm tra, theo dõi?

- Nhiệt độ, áp suất và thời gian.
- Kiểm tra khả năng tiêu diệt bào tử của lò hấp (chỉ thị sinh học).
- Tất cả đều đúng.
- Tất cả đều sai.

18. Theo anh/ chị phòng điều trị nha khoa thường bị vẩy máu, dịch tiết, nước bọt... làm ảnh hưởng đến môi trường không khí, do đó phải xử lý không khí định kỳ hàng tuần?

- Đúng
- Sai

19. Theo anh/ chị thủy ngân dư bỏ đi, sau khi trộn Amalgam thuộc loại chất thải?

- Chất thải y tế lây nhiễm
- Chất thải hóa học nguy hại
- Chất thải phóng xạ
- Chất thải sinh hoạt vì không dính máu và không sử dụng cho bệnh nhân.

Tất cả đều đúng

Tất cả đều sai

20. Theo anh/ chị, chất thải y tế lây nhiễm ở các cơ sở răng hàm mặt gồm?

Ống thuốc tê

Trâm gai làm nội nha

Gòn

Găng tay, chất dính phục hình

Các răng đã nhổ

Tất cả đều đúng

Tất cả đều sai

21. Theo anh/ chị, các răng đã nhổ muốn sử dụng lại, nên xử lý?

Ngâm vào dung dịch khử khuẩn theo quy trình.

Tiệt khuẩn bằng autoclave, nếu có thể.

Làm khô răng, trước khi sử dụng.

Tất cả đều đúng

Tất cả đều sai

22. Theo anh/ chị công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong thực hành nha khoa hiện nay?

Rất tốt

Khá tốt

Trung bình

Tạm được

Chưa tốt

Không quan tâm

23. Anh/ chị vui lòng cho biết điều kiện làm việc phục vụ công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở hiện nay?

Rất tốt

Khá tốt

Trung bình

Tạm được

Chưa đủ điều kiện

Không quan tâm

24. Theo anh/ chị, hiện nay mức độ quan tâm của lãnh đạo bệnh viện về công tác kiểm soát nhiễm khuẩn?

- Rất quan tâm
- Khá quan tâm
- Trung bình
- Ít quan tâm
- Không biết

(Từ câu 25 đến câu 28 có thể chọn nhiều câu trả lời)

25. Theo anh/ chị khi điều trị và làm việc tại các cơ sở RHM thường lo sợ?

- Sợ bị nhiễm HIV/ AIDS
- Sợ bị nhiễm viêm gan B
- Sợ bị nhiễm viêm gan C
- Sợ bị nhiễm bệnh lao
- Sợ bị lây nhiễm các bệnh khác
- Không quan tâm

26. Theo anh/ chị các bệnh truyền nhiễm có thể dự phòng được nếu?

- Làm tốt công tác phòng chống lây nhiễm
- Xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng qui định
- Sử dụng các dụng cụ, vật dụng tiệt khuẩn khi điều trị
- Chỉ cần làm tốt công tác vệ sinh là đủ
- Không quan tâm

27. Theo anh/ chị, sau mỗi lần điều trị bệnh nhân sử dụng phun sương, nước, hơi sẽ có nguy cơ lây nhiễm nên xử lý bằng dung dịch khử khuẩn sau khi điều trị?

- Ghế nha khoa
- Tựa đầu của bệnh nhân
- Tay chính đèn
- Nơi nhỏ nước bọt
- Bàn dụng cụ
- Không cần thiết, chỉ làm cuối buổi là được
- Không có thời gian
- Không quan tâm

28. Theo anh/ chị, trong thực hành nha khoa đã sử dụng các vật liệu dùng một lần?

- Kim
- Thuốc tê
- Găng tay, khẩu trang
- Ống hút nước bọt

- Ly súc miệng
- Châm gỗ
- Băng trám
- Ống chích nhựa bơm rửa tủy
- Cọ bôi a xít trám răng thẩm mỹ
- Mũi khoan nha khoa
- Khăn che ngực
- Loại khác, ghi rõ .....

29. Theo anh/ chị, trong quá trình thực hành nha khoa đã từng bị kim đâm, dao cắt?

- Chưa bao giờ.
- Từ 1 - 2 lần.
- Từ 3 - 5 lần.
- Từ 6 - 10 lần.
- > 10 lần.
- Đã từng bị kim đâm, dao cắt nhiều lần, nhưng không nhớ.

30. Anh/ chị vui lòng cho biết các yếu tố làm ảnh hưởng đến công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở RHM tuyến quận, huyện? (có thể chọn nhiều ý)

- Bệnh nhân quá đông, nhân viên của khoa quá bận nhiều công tác
- Thiếu nhân viên chuyên trách về kiểm soát nhiễm khuẩn
- Thiếu thiết bị, lò hấp phục vụ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn
- Thiếu dụng cụ, vật liệu phục vụ cho công tác kiểm soát nhiễm khuẩn
- Thiếu kinh phí hoạt động
- Giá viện phí còn thấp, chưa hợp lý và thu không đủ chi
- Kiểm soát nhiễm khuẩn của khoa RHM chưa là vấn đề ưu tiên
- Nhân viên y tế chưa được tập huấn về kiểm soát nhiễm khuẩn
- Ý kiến khác (ghi rõ) .....

❖ Sau cùng Anh/chị vui lòng cho biết một số góp ý giúp làm tốt công tác KSNK tại cơ sở RHM:.....

**CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THAM GIA CỦA ANH/ CHỊ!**



### Phụ lục 3.

## **BỘ CÂU HỎI KHẢO SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ CÔNG TÁC VỆ SINH VÀ PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM TẠI CÁC CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

Ngày:...../...../.....

Mã số : .....

Kính gửi Quý anh/ chị nhằm đánh giá công tác vệ sinh và phòng lây nhiễm khi đến điều trị tại các cơ sở RHM, chúng tôi rất mong quý anh/ chị vui lòng điền đầy đủ vào bộ câu hỏi. Các thông tin này là rất quan trọng giúp chúng tôi làm tốt công tác vệ sinh và phòng chống lây nhiễm trong quá trình điều trị. Các thông tin này sẽ được bảo mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu khoa học. Xin chân thành cảm ơn.

### **PHẦN 1. THÔNG TIN TỔNG QUÁT**

- Họ và tên: .....
- Năm sinh: .....  Nam  Nữ
- Hiện ngụ tại: .....
- Trình độ học vấn:
  - Biết đọc, biết viết  Tốt nghiệp phổ thông cơ sở
  - Tốt nghiệp phổ thông trung học  Tốt nghiệp Cao đẳng
  - Đại học  Sau đại học
  - Loại khác .....
- Nghề nghiệp hiện nay
  - Học sinh  Công chức  Kinh doanh
  - Nội trợ  Mất sức lao động
- Ngành nghề khác:.....

### **PHẦN 2. THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN CÔNG TÁC VỆ SINH VÀ PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM TẠI CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

*Xin anh, chị vui lòng đánh chéo vào câu trả lời hợp lý nhất.*

1. Anh/ chị thường đến khám, điều trị răng miệng tại?
  - Các cơ sở RHM nhà nước
  - Các cơ sở RHM tư nhân
  - Cơ sở RHM nhà nước và tư nhân

2. Anh/ chị đến khám, điều trị răng miệng tại cơ sở này?
- Lần đầu tiên
  - Lần thứ hai
  - Đến nhiều lần
3. Anh/ chị đến khám, điều trị răng miệng tại cơ sở này, với lý do?  
(có thể chọn nhiều câu trả lời)
- Gần nhà
  - Vì bị đau răng
  - Người quen giới thiệu
  - An tâm về chất lượng điều trị
  - An tâm về công tác vệ sinh, không sợ bị lây bệnh
  - An tâm vì đây là bệnh viện của nhà nước
  - An tâm vì đây là bệnh viện mới, sạch đẹp
  - Lý do khác, ghi rõ: .....
4. Theo anh/ chị khi điều trị y - bác sĩ có sử dụng ?  
(Có thể chọn nhiều câu trả lời)
- Găng tay
  - Khẩu trang
  - Nón y tế
  - Kính đeo mắt
  - Không quan tâm
5. Theo anh/ chị quan sát, trước khi điều trị y - bác sĩ có rửa tay?
- Có
  - Không
  - Không quan tâm
6. Theo anh/ chị khi điều trị bệnh nhân được cung cấp ly và nước súc miệng khi cần?
- Có
  - Không
  - Không quan tâm
7. Theo anh/ chị khi điều trị, bệnh nhân có được cho súc miệng với dung dịch sát khuẩn?
- Có
  - Không

- Không quan tâm
8. Theo anh/ chị khi điều trị nhân viên y tế có dùng găng tay để cầm và nghe điện thoại?
- Có
  - Không
  - Không quan tâm
9. Theo anh/ chị quan sát tình trạng ghế máy nha khoa tại cơ sở điều trị này là?
- Rất sạch
  - Khá sạch
  - Trung bình
  - Không sạch
  - Nệm ghế bị rách, cũ
  - Không quan tâm
10. Theo anh/ chị quan sát, trước và sau điều trị nhân viên có làm vệ sinh ghế nha khoa?
- Có
  - Không
  - Không quan tâm
11. Theo anh/ chị quan sát, nơi nhỏ nước bọt của ghế nha khoa là?
- Rất sạch
  - Khá sạch
  - Không sạch vì có dính máu.
  - Rất dơ
  - Không quan tâm
12. Theo anh/ chị quan sát, công tác vệ sinh tại cơ sở nha khoa này?
- Rất sạch
  - Khá sạch
  - Trung bình
  - Không sạch
  - Không quan tâm
13. Theo anh/ chị các bệnh truyền nhiễm có thể dự phòng được nếu?  
(Có thể chọn nhiều câu trả lời)
- Làm tốt công tác vệ sinh
  - Làm tốt công tác phòng chống lây nhiễm

- Xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy định
- Sử dụng các vật liệu mới khi điều trị
- Chỉ cần làm tốt công tác vệ sinh là đủ
- Không quan tâm
- Ý khác, ghi rõ .....

14. Theo anh/ chị khi điều trị tại các cơ sở nha khoa, thường lo sợ?

(Có thể chọn nhiều câu trả lời)

- Đau khi điều trị
- Sợ bị nhiễm HIV/ AIDS
- Sợ bị nhiễm viêm gan B
- Sợ bị nhiễm viêm gan C
- Sợ bị nhiễm bệnh lao
- Sợ bị nhiễm các bệnh khác như : .....

15. Theo anh/ chị có lo sợ khi biết cơ sở nha khoa này vừa điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV/ AIDS hay bệnh nhân bị viêm gan B, C?

- Rất lo sợ
- Khá lo sợ
- Lo sợ trung bình
- Không lo sợ
- Không quan tâm
- Ý kiến khác.....

16. Theo anh/ chị có nên thành lập một khu điều trị riêng cho các bệnh nhân bị nhiễm HIV/ AIDS và Viêm gan B, C vì e ngại bị lây nhiễm khi điều trị chung tại các cơ sở nha khoa?

- Có, nên thành lập khu điều trị riêng cho các bệnh nhân bị nhiễm HIV/AIDS, viêm gan B,C
- Không nên, vì sẽ tạo sự phân biệt đối xử
- Không quan tâm
- Ý kiến khác.....

17. Theo anh/ chị có chấp nhận trả thêm chi phí điều trị để làm tốt công tác vệ sinh và phòng chống lây nhiễm?

- Chấp nhận
- Tạm chấp nhận, khi có yêu cầu
- Không chấp nhận vì chi phí điều trị sẽ cao hơn

- Không quan tâm
- Ý kiến khác.....

18. Theo anh/ chị có hài lòng về cơ sở vật chất và điều kiện vệ sinh của cơ sở nha khoa này?

- Rất hài lòng
- Khá hài lòng
- Hài lòng trung bình
- Không hài lòng
- Không quan tâm
- Ý kiến khác.....

19. Anh / chị vui lòng cho biết một số góp ý để công tác vệ sinh và công tác phòng chống lây nhiễm tại bệnh viện ngày một tốt hơn.

.....

.....

.....

.....

**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THAM GIA CỦA ANH/ CHỊ !**

## Phụ lục 4

**BẢNG QUAN SÁT  
THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
KHOA RHM .....**

STT	Nội dung ghi nhận	Có	Không	Ghi chú
<b>I - CƠ SỞ VẬT CHẤT - ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC</b>				
1	Có phòng chờ và khu điều trị riêng biệt			
2	Khu điều trị có diện tích đủ rộng 10m <sup>2</sup> / ghế			
3	Phòng điều trị được ốp gạch men hoặc vật liệu chống thấm bảo đảm vệ sinh			
4	Có ghế máy nha khoa sạch, đẹp			
5	Có hệ thống nước máy cung cấp đầy đủ			
6	Có hệ thống lavabo dành riêng để rửa dụng cụ			
7	Có lavabo dành riêng cho nhân viên y tế rửa tay			
8	Có sử dụng khăn vải hay giấy lau khô tay một lần			
9	Có sử dụng máy sấy khô tay			
10	Có nhân viên phụ trách công tác KSNK tại khoa			
<b>II - VỆ SINH TAY</b>				
11	Nhân viên rửa tay thường quy trước khi điều trị			
12	Nhân viên rửa tay thường quy sau mỗi khi điều trị			
13	Có rửa tay với xà phòng sát khuẩn (tên)			
14	Có quy trình rửa tay thường quy tại bồn rửa tay			
15	Có dung dịch vệ sinh tay nhanh chứa cồn chứa cồn (tên)			
<b>III - PHƯƠNG TIỆN BẢO VỆ</b>				
16	Mặc áo choàng theo đúng quy định			
17	Mang khẩu trang khi điều trị đúng quy định			
18	Mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương			
19	Mang găng khi khám, điều trị cho tất cả bệnh nhân			
20	Cởi bỏ găng sau khi mỗi điều trị bệnh nhân			
<b>IV - KHỬ KHUẨN - TIỆT KHUẨN DỤNG CỤ</b>				
21	Có khu tiệt khuẩn trung tâm cho toàn bệnh viện			
22	Dụng cụ được xử lý và hấp tiệt khuẩn tại khoa			
23	Có nơi xử lý và hấp dụng cụ riêng biệt			
24	Có quy trình xử lý, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ			
25	Sử dụng hóa chất khử khuẩn đúng quy định (tên)			
26	Đóng gói dụng cụ bằng túi giấy chuyên dụng			
27	Sử dụng autoclave để tiệt khuẩn dụng cụ			
28	Có kiểm tra autoclave bằng test hóa học mỗi ngày			
29	Có kiểm tra autoclave bằng sinh học định kỳ/ tuần			
30	Lưu trữ dụng cụ tiệt khuẩn có quy định thời gian			

<b>V - TIÊM AN TOÀN</b>				
31	Dùng kim mới sử dụng một lần			
32	Dùng thuốc tê mới sử dụng một lần			
33	Thuốc tê còn hạn sử dụng			
34	Luôn đóng nắp kim lại, không để kim ra ngoài			
35	Có quy trình xử lý khi bị kim đâm, dao cắt...			
<b>VI - XỬ LÝ CHẤT THẢI, NƯỚC THẢI</b>				
36	Có hộp đựng chất thải sắc nhọn như kim, dao mổ đúng quy định			
37	Các thùng chứa rác thải có nắp đậy kín			
38	Phân loại rác thải đúng quy định			
39	Có hệ thống xử lý nước thải bệnh viện			
40	Có nơi chứa thủy ngân, amalgam thừa riêng biệt			
<b>VII - PHÒNG TRÁNH LÂY NHIỄM KHI ĐIỀU TRỊ</b>				
41	Dùng bộ dụng cụ riêng cho mỗi bệnh nhân			
42	Xử lý tay khoan bằng dung dịch khử khuẩn nhanh			
43	Tiệt khuẩn tay khoan bằng autoclave			
44	Cho BN súc miệng với dung dịch sát khuẩn khi điều trị			
45	Có ly và nước sạch cho BN súc miệng khi điều trị			
46	Nơi nhỏ nước bọt sạch khi kiểm tra			
47	Xử lý máy ghế cuối buổi điều trị			
48	Có trợ thủ hỗ trợ khi trám, nhổ răng, phục hình răng			
49	Dùng găng tay đang điều trị, lấy thêm dụng cụ, nghe điện thoại, làm hồ sơ, ghi đơn thuốc.			
50	Tháo bỏ găng và vệ sinh tay khi rời khỏi nơi điều trị			
<b>VIII - QUY TRÌNH CHUYÊN NGÀNH NHA KHOA</b>				
51	Có quy trình xử lý và tiệt khuẩn tay khoan nha khoa			
52	Có quy trình xử lý tay khoan nha khoa với khăn khử khuẩn hay dung dịch khử khuẩn nhanh			
53	Có quy trình che phủ tay chỉnh đèn ghế nha khoa			
54	Có quy trình xử lý vệ sinh máy ghế nha khoa			
55	Có quy trình xử lý dầu răng			

Ngày đánh giá: .....

Người đánh giá

Xác nhận của lãnh đạo khoa

**Phụ lục 5. 10 phiếu kiểm đánh giá thực hành KSNK chuyên ngành RHM**  
**PHIẾU GIÁM SÁT RỬA TAY**

MẪU 1

Khoa ....., Ngày: .....

Cơ hội	Đối tượng: Bác sĩ <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
1	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Y sĩ, Điều dưỡng <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
1	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Bác sĩ <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
2	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Y sĩ, Điều dưỡng <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
2	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Bác sĩ <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
3	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Y sĩ, Điều dưỡng <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
3	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Bác sĩ <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
4	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Y sĩ, Điều dưỡng <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
4	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Bác sĩ <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
5	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Cơ hội	Đối tượng: Y sĩ, Điều dưỡng <input type="checkbox"/>	
	Chỉ định	Động tác
5	<input type="radio"/> Trước tiếp xúc BN	<input type="radio"/> Găng/ mới
	<input type="radio"/> Trước thủ thuật vô khuẩn	<input type="radio"/> RT nhanh - Cồn
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc dịch, máu	<input type="radio"/> RT xà phòng nước
	<input type="radio"/> Sau điều trị, sau TXBN	<input type="radio"/> Quên rửa tay
	<input type="radio"/> Sau tiếp xúc quanh BN	- QT <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> sai

Người giám sát :.....

Người giám sát: .....



MẪU 2

**PHIẾU GIÁM SÁT PHƯƠNG TIỆN BẢO VỆ CÁ NHÂN**

KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Mặc áo blouse đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Mang khẩu trang đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Đội nón đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương										
<input type="radio"/> Mang tấm che mặt khi điều trị có phun sương										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Mặc áo blouse đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Mang khẩu trang đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Đội nón đúng quy định khi điều trị										
<input type="radio"/> Mang kính bảo vệ mắt khi điều trị có phun sương										
<input type="radio"/> Mang tấm che mặt khi điều trị có phun sương										

*Ghi chú: X Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẪU 3

**PHIẾU GIÁM SÁT TIÊM AN TOÀN**

KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Dùng kim mới sử dụng một lần										
<input type="radio"/> Dùng thuốc tê mới sử dụng một lần										
<input type="radio"/> Dùng ống chích nha khoa mới / BN										
<input type="radio"/> Đậy kim bằng kỹ thuật 1 tay										
<input type="radio"/> Phân loại rác thải sắc nhọn đúng quy định										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Dùng kim mới sử dụng một lần										
<input type="radio"/> Dùng thuốc tê mới sử dụng một lần										
<input type="radio"/> Dùng ống chích nha khoa mới / BN										
<input type="radio"/> Đậy kim bằng kỹ thuật 1 tay										
<input type="radio"/> Phân loại rác thải sắc nhọn đúng quy định										

*Ghi chú: X : Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẪU 4

**PHIẾU GIÁM SÁT SỬ DỤNG VẬT LIỆU TRONG NHÀ KHOA**  
KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Sử dụng mũi khoan đã tiệt khuẩn cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng trâm tủy đã tiệt khuẩn cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng ống hút nước bọt một lần cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng ly nhựa 1 lần cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng khăn che ngực 1 lần cho BN										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Sử dụng mũi khoan đã tiệt khuẩn cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng trâm tủy đã tiệt khuẩn cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng ống hút nước bọt một lần cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng ly nhựa 1 lần cho BN										
<input type="radio"/> Sử dụng khăn che ngực 1 lần cho BN										

*Ghi chú: X: Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẪU 5

**PHIẾU GIÁM SÁT - CHE PHỦ TRONG THỰC HÀNH NHA KHOA**  
KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Có che phủ tay chính đèn trước khi điều trị bằng giấy chuyên dụng										
<input type="checkbox"/> Có che phủ bàn phím, nút chỉnh ghế bằng giấy chuyên dụng										
<input type="checkbox"/> Có che phủ bàn dụng cụ khi điều trị										
<input type="checkbox"/> Có khăn che ngực bệnh nhân khi điều trị										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/> Có che phủ tay chính đèn trước khi điều trị bằng giấy chuyên dụng										
<input type="checkbox"/> Có che phủ bàn phím, nút chỉnh ghế bằng giấy chuyên dụng										
<input type="checkbox"/> Có che phủ bàn dụng cụ khi điều trị										
<input type="checkbox"/> Có khăn che ngực bệnh nhân khi điều trị										

*Ghi chú: X Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẪU 6

**PHIẾU GIÁM SÁT SỬ DỤNG DỤNG CỤ NHA KHOA**  
KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Sử dụng DC đã tiệt khuẩn điều trị cho BN, từ túi chuyên dụng										
○ Túi DC có ghi hạn sử dụng										
○ Sử dụng DC đã tiệt khuẩn điều trị cho BN, từ hộp lưu trữ										
○ Sau khi sử dụng, DC được ngâm và xử lý ban đầu tại khoa theo quy trình										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Sử dụng DC đã tiệt khuẩn điều trị cho BN, từ túi chuyên dụng										
○ Túi DC có ghi hạn sử dụng										
○ Sử dụng DC đã tiệt khuẩn điều trị cho BN, từ hộp lưu trữ										
○ Sau khi sử dụng, DC được ngâm và xử lý ban đầu tại khoa theo quy trình										

*Ghi chú: X : Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện Khoa: .....

MẪU 7

**PHIẾU GIÁM SÁT XỬ LÝ – KHỬ KHUẨN TAY KHOAN NHA KHOA**

KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Xả hơi, nước 15 - 20 giây										
○ Tháo rời mũi khoan										
○ Lau khử khuẩn tay khoan sau điều trị bằng khăn khử khuẩn hay dung dịch khử khuẩn nhanh										
○ Tay khoan được xử lý và tiệt khuẩn sau điều trị										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Xả hơi, nước 15 - 20 giây										
○ Tháo rời mũi khoan										
○ Lau khử khuẩn tay khoan sau điều trị bằng khăn khử khuẩn hay dung dịch khử khuẩn nhanh										
○ Tay khoan được xử lý và tiệt khuẩn sau điều trị										

*Ghi chú: X: Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẪU 8

**PHIẾU GIÁM SÁT GIAI ĐOẠN NGÂM XỬ LÝ DỤNG CỤ BAN ĐẦU**

KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Có nơi ngâm xử lý dụng cụ riêng, đúng quy định										
○ Pha dung dịch khử khuẩn đúng quy định										
○ Làm sạch DC trước khi ngâm khử nhiễm - khử khuẩn										
○ Ngâm ngập DC, đủ thời gian và có nắp đậy kín										
○ Rửa sạch DC dưới vòi nước chảy và để khô DC trước khi chuyển về trung tâm tiệt khuẩn.										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○ Có nơi ngâm xử lý dụng cụ riêng, đúng quy định										
○ Pha dung dịch khử khuẩn đúng quy định										
○ Làm sạch DC trước khi ngâm khử nhiễm - khử khuẩn										
○ Ngâm ngập DC, đủ thời gian và có nắp đậy kín										
○ Rửa sạch DC dưới vòi nước chảy và để khô DC trước khi chuyển về trung tâm tiệt khuẩn.										

**Ghi chú:** **X** : Có và làm tốt, **O** : Không làm hoặc làm không đúng quy định

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

MẤU 9

**PHIẾU GIÁM SÁT - CÓ NHÂN VIÊN HỖ TRỢ KHI ĐIỀU TRỊ NHA KHOA**  
KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD chuẩn bị DC trước khi điều trị										
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD hỗ trợ khi nhổ răng, chữa răng, làm phục hình, điều trị nha chu... khi quan sát										
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD phụ trách hồ sơ bệnh án										
<input type="radio"/> Thực hiện kỹ thuật 4 tay khi điều trị nha khoa										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD chuẩn bị DC trước khi điều trị										
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD hỗ trợ khi nhổ răng, chữa răng, làm phục hình, điều trị nha chu... khi quan sát										
<input type="radio"/> Có YS hay ĐD phụ trách hồ sơ bệnh án										
<input type="radio"/> Thực hiện kỹ thuật 4 tay khi điều trị nha khoa										

*Ghi chú: X : Có và làm tốt, O : Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....



MẪU 10

**PHIẾU GIÁM SÁT PHÂN LOẠI RÁC THẢI**

KHOA .....

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Phân loại rác thải sinh hoạt đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác thải y tế đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác tái chế đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác sắc, nhọn đúng quy định										
<input type="radio"/> Hộp chứa rác sắc, nhọn không quá >2/3 quy định										

Ngày: .....

Nội dung	Kết quả 10 cơ hội quan sát									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/> Phân loại rác thải sinh hoạt đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác thải y tế đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác tái chế đúng quy định										
<input type="radio"/> Phân loại rác sắc, nhọn đúng quy định										
<input type="radio"/> Hộp chứa rác sắc, nhọn không quá >2/3 quy định										

*Ghi chú: X : Có và làm tốt, O: Không làm hoặc làm không đúng quy định*

Người đánh giá: ..... Đại diện khoa: .....

**Phụ lục 6.**

**HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN DÀNH CHO CÁN BỘ QUẢN LÝ  
VỀ CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
TẠI CÁC CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

*Anh, chị vui lòng cho biết thực trạng, lý do và góp ý  
nhằm làm tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở RHM*

**PHẦN 1. HÀNH CHÍNH**

- Số người tham gia: .....
- Họ tên: .....,
- Trình độ chuyên môn, chức vụ: .....

**PHẦN 2. NỘI DUNG THẢO LUẬN**

(Các câu hỏi hướng dẫn thảo luận)

- 1) Đánh giá về điều kiện thực hành công tác KSNK tại cơ sở RHM.
  - Máy ghế nha khoa sạch.
  - Điều kiện làm việc, khoa phòng sạch, thoáng mát.
  - Đủ điều kiện phục vụ cho công tác điều trị và công tác KSNK.
- 2) Đánh giá về điều kiện vệ sinh tay.
  - Phương tiện vệ sinh tay.
  - Xà bông, dung dịch vệ sinh tay.
  - Phương tiện làm khô tay.
  - Thực hiện đúng các thời điểm vệ sinh tay.
  - Kinh phí cho chương trình vệ sinh tay.
- 3) Đánh giá về phương tiện bảo vệ.
  - Cách sử dụng áo choàng, găng tay, khẩu trang, kính che mặt.
  - Kinh phí cho các phương tiện bảo vệ.
- 4) Đánh giá về nhân lực thực hiện công tác KSNK.
  - Đủ, thiếu nhân viên phụ trách công tác KSNK.
  - Nhân viên có an tâm công tác.
- 5) Đánh giá về giá viện phí, thu có đủ chi cho công tác KSNK.
  - Giá viện phí hiện nay là hợp lý hay chưa.
  - Giá viện phí, thu có đủ chi cho các công tác KSNK theo quy định của Bộ Y tế.
- 6) Đánh giá về sự quan tâm về công tác KSNK
  - Sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện.
  - Sự quan tâm của lãnh đạo khoa.
  - Sự quan tâm của nhân viên y tế về công tác KSNK.

7) Đánh giá, nhận xét về công tác KSNK tại cơ sở

- Tốt, chưa tốt.
- Lý do.
- Giải pháp.

8) Các góp ý của cán bộ quản lý giúp làm tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

.....

.....

.....

.....

**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THAM GIA CỦA ANH/ CHỊ !**

Phụ lục 7.

**HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ  
VỀ CÔNG TÁC KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN  
TẠI CÁC CƠ SỞ RĂNG HÀM MẶT**

*Anh, chị vui lòng cho biết thực trạng, lý do và góp ý  
nhằm làm tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở RHM*

**PHẦN 1. HÀNH CHÍNH**

- Số người tham gia: .....
- Họ tên: .....,  
.....
- Trình độ chuyên môn, chức vụ: .....

**PHẦN 2. NỘI DUNG THẢO LUẬN**  
(Các câu hỏi hướng dẫn thảo luận)

- 1) Đánh giá về điều kiện thực hành công tác KSNK tại cơ sở RHM.
  - Máy ghế nha khoa sạch.
  - Điều kiện làm việc, khoa phòng sạch, thoáng mát.
  - Đủ điều kiện phục vụ cho công tác điều trị và công tác KSNK.
- 2) Đánh giá về điều kiện vệ sinh tay.
  - Phương tiện vệ sinh tay.
  - Xà bông, dung dịch vệ sinh tay.
  - Phương tiện làm khô tay.
  - Thực hiện đúng các thời điểm vệ sinh tay.
  - Kinh phí cho chương trình vệ sinh tay.
- 3) Đánh giá về phương tiện bảo vệ.
  - Cách sử dụng áo choàng, găng tay, khẩu trang, kính che mặt.
  - Kinh phí cho các phương tiện bảo vệ.
- 4) Đánh giá về nhân lực thực hiện công tác KSNK.
  - Đủ, thiếu nhân viên phụ trách công tác KSNK.
  - Nhân viên có an tâm công tác.
- 5) Đánh giá về giá viện phí, thu có đủ chi cho công tác KSNK.

- Giá viện phí hiện nay là hợp lý hay chưa.
- Giá viện phí, thu có đủ chi cho các công tác KSNK theo quy định của Bộ Y tế.

6) Đánh giá về sự quan tâm về công tác KSNK

- Sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện.
- Sự quan tâm của lãnh đạo khoa.
- Sự quan tâm của nhân viên y tế về công tác KSNK.

7) Đánh giá, nhận xét về công tác KSNK tại cơ sở

- Tốt, chưa tốt.
- Lý do.
- Giải pháp.

8) Các góp ý của cán bộ quản lý giúp làm tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn.

.....

.....

.....

.....

**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THAM GIA CỦA ANH/ CHỊ !**

## Phụ lục 8

### MỘT SỐ HÌNH MINH HỌA KHI TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU TẠI CÁC QUẬN HUYỆN CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

#### 1. Tập huấn cho nhóm nghiên cứu



Ảnh 1. Tập huấn cho các điều tra viên tham gia nhóm nghiên cứu



Ảnh 2. Tập huấn kiến thức và thực hành KSNK cho nhân viên y tế

Bệnh viện Quận Tân Phú – TP.HCM

## 2. Hướng dẫn thực hành KSNK cho NVYT tại cơ sở RHM



Ảnh 4. Hướng dẫn thực hành che phủ tay chính đèn của ghế nha khoa



Ảnh 5. Thảo luận tại các khoa RHM bệnh viện quận Tân Bình

### 3. Giám sát tại trung tâm tiệt khuẩn dụng cụ của bệnh viện tuyến quận, huyện



Ảnh 6. Một số dạng lò hấp hơi nước còn sử dụng tại các khoa RHM và khoa KSNK



Ảnh 7. Nhóm nghiên cứu làm việc tại khoa KSNK của BV Quận Bình Thạnh



#### 4. Giám sát chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ tại khoa RHM và khoa KSNK



Ảnh 8. Đánh giá chất lượng tiệt khuẩn dụng cụ tại các khoa RHM và khoa KSNK



Ảnh 9. Dụng cụ còn chứa trong hộp – chưa đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng



Ảnh 10. Kềm và nạy nhổ răng còn chứa trong hộp chưa đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng

## 5. Đóng gói dụng cụ trước và sau can thiệp



Dụng cụ được đóng gói bằng khăn vải

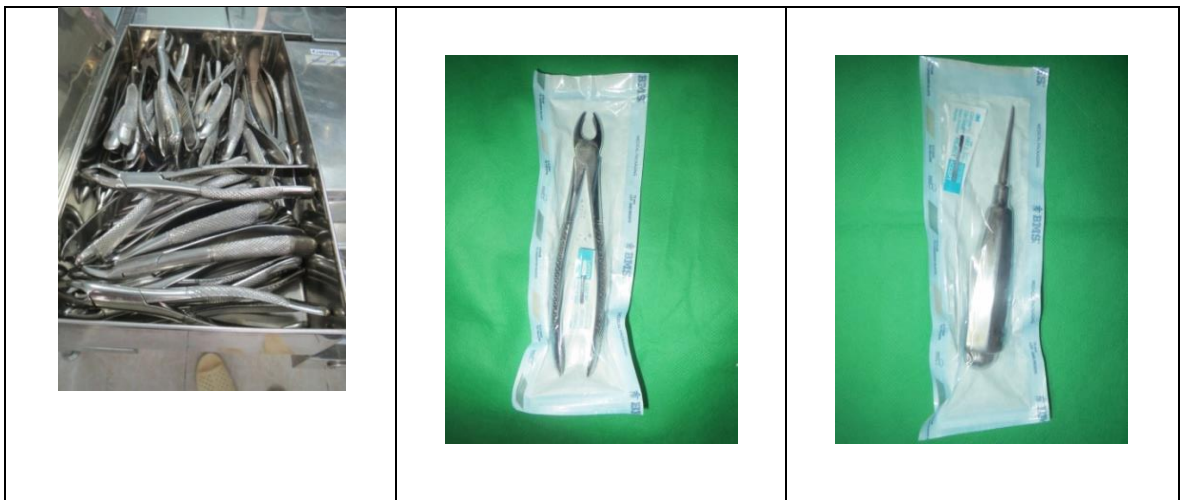


Dụng cụ được đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng

Ảnh 11. Đóng gói dụng cụ



Ảnh 12. Tay khoan nha khoa được đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng



Ảnh 13. Kềm nhổ răng được đóng gói bằng túi giấy chuyên dụng sau can thiệp

## 6. Nhân viên y tế điều trị cho bệnh nhân



Ảnh 14. Bác sĩ điều trị không có trợ thủ hỗ trợ



Ảnh 15. Bác sĩ điều trị có điều dưỡng trợ thủ hỗ trợ



## 7. Lấy mẫu đánh giá vi sinh dụng cụ nha khoa



Ảnh 16. Lấy mẫu đánh giá vi sinh tay khoan nha khoa



Ảnh 17. Lấy mẫu đánh giá vi sinh tay chỉnh đèn của ghế nha khoa

## 8. Tài liệu tập huấn kiến thức và thực hành KSNK chuyên ngành RHM

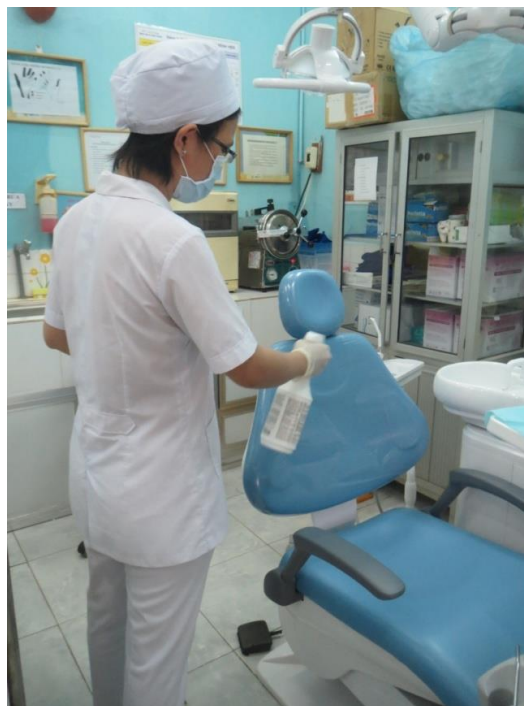
<p style="text-align: center;"><b>TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN CHUYÊN NGÀNH RĂNG HÀM MẬT</b></p> <p style="text-align: center;">Theo QĐ: 3671/QĐ-BYT, 27/9/2012 Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Hướng dẫn KSNK chuyên ngành RHM của CDC - Hoa Kỳ năm 2016</p> <p style="text-align: center;"><b>Phụ trách chuyên môn BS CK II. NGUYỄN ĐỨC HUỆ</b></p> <p style="text-align: center;">Trưởng khoa KSNK Bệnh viện Răng Hàm Mật Trung Ương - Thành phố Hồ Chí Minh</p>  <p style="text-align: center;"><b>NAM 2016</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>HƯỚNG DẪN CHE PHU CÁC THIẾT BỊ NHA KHOA</b></p> <p style="text-align: center;"><small>(Theo Quyết định của Bộ Y tế về thực hiện Chuẩn Chuẩn - 117/2008/ĐQ-BYT)</small></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Các bước thực hiện</th> <th>Hình minh họa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Che phủ tay chỉnh đèn ghế nha khoa.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Che phủ bàn phím chỉnh đèn, nước của ghế nha khoa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Che phủ phần tựa đầu của ghế nha khoa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Che phủ bàn dụng cụ của ghế nha khoa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Che phủ tay xịt hơi - nước, tay cao vôi.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><b>BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẬT TRUNG ƯƠNG - TP. HỒ CHÍ MINH</b></p> <p style="text-align: center;"><b>HỘI ĐỒNG KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN</b></p>	Các bước thực hiện	Hình minh họa	1. Che phủ tay chỉnh đèn ghế nha khoa.		2. Che phủ bàn phím chỉnh đèn, nước của ghế nha khoa		3. Che phủ phần tựa đầu của ghế nha khoa		4. Che phủ bàn dụng cụ của ghế nha khoa		5. Che phủ tay xịt hơi - nước, tay cao vôi.	
Các bước thực hiện	Hình minh họa												
1. Che phủ tay chỉnh đèn ghế nha khoa.													
2. Che phủ bàn phím chỉnh đèn, nước của ghế nha khoa													
3. Che phủ phần tựa đầu của ghế nha khoa													
4. Che phủ bàn dụng cụ của ghế nha khoa													
5. Che phủ tay xịt hơi - nước, tay cao vôi.													
	<p>Năm 2012, Quyết định 3671/QĐ-BYT, ngày 27/9/2012 của Bộ Y Tế về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn tại các cơ sở khám chữa bệnh.</p>												
													

Ảnh 17. Tài liệu tập huấn kiến thức và thực hành KSNK chuyên ngành RHM

**9. Thực hành che phủ máy ghế nha khoa trước và sau can thiệp**



Ảnh 18. Thực hành che phủ tay chỉnh đèn của máy ghế nha khoa



Ảnh 19. Nhân viên y tế đang thực hành xử lý ghế nha khoa