

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU MẮC PHẢI SAU ĐẶT THÔNG TIỂU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

LÊ THỊ BÌNH - *Bệnh viện Bạch Mai*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 34 bệnh nhân được đặt thông tiểu dẫn lưu nước tiểu tại các khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai từ 01/5/2003 - 01/12/2004. Mục tiêu(1) Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu sau đặt thông tiểu (2) tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu sau đặt thông tiểu. Công cụ thu thập số liệu là bảng theo dõi BN, hồ sơ bệnh án, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải chiếm 23,54%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, giữa Nam giới với nữ giới, giữa đặt thông tiểu để lưu thông dưới 7 ngày với trên 7 ngày, giữa chăm sóc chân ống thông 1lần/ngày với chăm sóc chân ống thông 2 ngày/lần, với $p < 0,05$.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải, bệnh nhân, điều dưỡng, chăm sóc, bác sĩ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân khi vào nằm tại Khoa Điều trị tích cực hầu hết trong tình trạng rất nặng, có thể bị hôn mê, ã đái không tự chủ làm cho vùng đáy chậu bẩn, luôn bị ẩm ướt đó là điều kiện dẫn đến viêm nhiễm, gây loét ép. Bởi bệnh nhân (BN) ã đái không tự chủ rất khó cho điều dưỡng (ĐD) đo được số lượng nước tiểu thải ra của BN hàng ngày. Để có số liệu giúp cho việc

cân bằng dịch cho BN cũng như giúp cho bác sĩ (BS) biết được chức năng hoạt động của thận rất cần thiết, giúp cho việc thu gom nước tiểu để theo dõi số lượng, đồng thời để tránh được nhiễm khuẩn da và loét vùng cùng cụt; mặt khác khi BN được đặt thông tiểu thường có những nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu có thể do kỹ thuật đặt thông tiểu của ĐD chưa được đảm bảo vô khuẩn hoặc khi thay ống thông tiểu không được đúng qui trình kỹ thuật, do sự chăm sóc (CS) hàng ngày vùng niệu đạo chưa được tốt có thể gây ra viêm loét lỗ tiểu. Nghiên cứu của Garibaldi R.A tại Anh cho thấy 10% BN bị nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải (NKTNMP) vào thời điểm đặt thông bàng quang và tỷ lệ này tăng lên cùng với thời gian lưu ống thông tiểu, ống thông càng lưu dài ngày thì nguy cơ NKTNMP càng cao [5]. Khi bị NKTNMP do đặt thông tiểu không có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng rõ rệt, phần lớn là khó phát hiện vì họ đang trong tình trạng hôn mê. Do vậy, việc phát hiện NKTNMP của các bệnh nhân này phải dựa vào các xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm máu một cách hệ thống để đánh giá, ngăn ngừa, khống chế và tìm nguyên nhân gây ra NKTNMP nhằm có biện pháp phòng ngừa. Vì vậy đề tài "**Tình trạng NKTNMP sau đặt thông tiểu tại Khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai**", được tiến hành thực hiện nhằm mục tiêu:

1. **Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải sau**

đặt thông tiểu tại các khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai.

2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải sau đặt thông tiểu.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Người bệnh hôn mê có đặt ống thông bàng quang, toàn thân không bị nhiễm khuẩn từ trước khi vào viện.

Tổng số: có 34 người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu

2. Tiêu chuẩn loại trừ: có nhiễm khuẩn tiết niệu từ trước, cấy nước tiểu lần đầu có vi khuẩn.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKTNMP: Sau 48 giờ đặt thông tiểu

- Tiểu buốt (nếu BN tỉnh)
- Đau tức vùng BQ (nếu bệnh nhân tỉnh)
- Sốt $\geq 38^{\circ}2$
- Nước tiểu đục
- Tiểu có máu
- Xét nghiệm máu có bạch cầu $>10.000/mm^3$ hoặc $<4.000/mm^3$

- Theo tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN của Khoa vi sinh - Bệnh viện Bạch Mai khi: Cấy nước tiểu có vi khuẩn $>10^3VK/ml$ (nhỏ hơn 2 mầm bệnh được phân lập).

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Mẫu sẽ được chọn ngẫu nhiên số bệnh nhân có đặt ống thông tiểu để lưu ống thông

5. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, so sánh trước và sau chăm sóc

6. Địa điểm: Khoa Điều trị tích cực, Cấp cứu, Khoa Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai

7. Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, số ngày nằm điều trị, chẩn đoán khi vào viện (nhóm bệnh), số ngày đặt thông tiểu, nhiệt độ, mạch, nhịp thở. Xét nghiệm máu, cấy nước tiểu

8. Công cụ nghiên cứu: Đúng mẫu thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu (protocol). Đó là bảng theo dõi BN, bệnh án theo một mẫu thống nhất với thời gian điều trị BN có đặt ống thông tiểu, các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

9. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được chăm sóc theo đúng quy trình (17 BN nhóm nghiên cứu chăm sóc chân ống thông tiểu 1 lần/ngày, chăm sóc vùng sinh dục 1 lần/ngày, rửa bàng quang cho bệnh nhân 1 lần /ngày hoặc cách một ngày rửa bàng quang 1 lần. 17 BN nhóm chứng chăm sóc chân ống thông tiểu 2 -3 ngày/1 lần, chăm sóc vùng sinh dục 1 lần/ngày, rửa bàng quang cho bệnh nhân 3 ngày/1 lần /ngày hoặc cách một ngày rửa bàng quang 1 lần.

10. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 để tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, mối liên quan giữa các biến.

11. Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu đã được giải thích rõ cho gia đình họ về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia

vào nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Người bệnh có đặt thông tiểu		
	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	TC
< 35	1(5,9%)	2(11,8%)	3(8,82%)
35 – 55	5(29,4%)	6(35,3%)	11(32,35%)
≥ 55	11(64,7%)	9(52,9%)	20(58,82%)
Tổng	17(100%)	17(100%)	

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 55 chiếm phần lớn (58,82%), tiếp đến nhóm tuổi 35-55 chiếm 32,35%, thấp nhất < 35 tuổi (8,82%).

Bảng 2: Giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Người bệnh có đặt thông tiểu		TC
	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	
Nam	9 (26,47%)	10 (29,4%)	19 (55,87%)
Nữ	8 (23,53%)	7 (20,6%)	15 (44,15%)

Nhận xét: Số bệnh nhân nam giới nhiều hơn nữ (55,87% so với 44,15%)

Đặc điểm bệnh lý ở bệnh nhân có đặt thông tiểu

Bảng 3. Các bệnh lý ở bệnh nhân có đặt thông tiểu

Đặc điểm bệnh lý	Người bệnh có đặt thông tiểu			
	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	N	Tỷ lệ%	N	Tỷ lệ%
Nhóm bệnh hô hấp	6	35,3%	8	47%
Nhóm bệnh thần kinh	7	41,2%	6	35,3%
Nhóm bệnh tim mạch	3	17,6%	2	11,76%
Nhóm bệnh khác	1	5,9%	1	5,9%
	17	100%	17	100%

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm bệnh lý thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất cả ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng (41,2% và 35,3%), tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm các bệnh khác ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng (5,9%).

2. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân có đặt ống thông tiểu

Bảng 4: Các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân có đặt thông tiểu và sự chăm sóc

Dấu hiệu lâm sàng	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
	Trước CS	Sau CS	Trước CS	Sau CS
Đau tức bàng quang	0,0	0,0	0,0	0,0
Nước tiểu có máu	0,0	0,0	1(5,9%)	0,0
Nước tiểu đục	7 (41,2%)	3 (17,64%)	7 (41,2%)	5 (29,4%)
Sốt $\geq 38^{\circ}$	7 (41,2%)	4 (23,5%)	6 (35,3%)	4 (23,5%)
Trợt loét cùng cụt	1 (5,9%)	0,0	2 (11,76%)	2 (11,76%)
Loét chân ống thông tiểu	2 (11,76%)	1(5,9%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)

Không có các triệu chứng trên	0,0	9 (52,94%)	0,0	5 (29,4%)
-------------------------------	-----	---------------	-----	--------------

Nhận xét: Hầu hết BN có đặt thông tiểu đều có các dấu hiệu lâm sàng như sốt cao, nước tiểu đục chiếm tỷ lệ khá cao, riêng tiểu buốt và đau tức vùng

bàng quang không có dấu hiệu này bởi bệnh nhân bị hôn mê không có cảm nhận về triệu chứng. Các triệu chứng giảm hẳn hơn 50% ở nhóm nghiên cứu sau khi được chăm sóc và thấp hơn so với nhóm chứng (8 bệnh nhân so với 12 bệnh nhân)

3. Loại vi khuẩn gây bệnh

Bảng 5: Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu

Vi khuẩn	Bệnh Thần kinh	Bệnh Hô hấp	Bệnh Tim mạch	Bệnh Tiết niệu	Các bệnh Khác	Tổng
P.aeruginosa	1(2,94%)	1(2,94%)	0,0%	0,0%	0,0%	2(5,9%)
E.coli	1(2,94%)	0	0,0%	0,0%	1(2,94%)	2(5,9%)
A.cinetobacter	0,0%	1(2,94%)	0,0%	0,0%	0,0%	1(2,94%)
Enterococci	1(2,94%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1(2,94%)
Liên cầu D	0,0%	0,0%	1(2,94%)	0,0%	0,0%	1(2,94%)
S.anrcus Enterobacter	1(2,94%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1(2,94%)
TC	4(11,76%)	2(5,9%)	1(2,94%)	0,0%	1(2,94%)	8(23,56%)

Nhận xét: Loại vi khuẩn hay gặp nhất là P.aeruginosa và E.coli chiếm 5,9%.

4. Tỷ lệ bệnh nhân bị NKTNMP khi có đặt ống thông tiểu

Bảng 6: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải

Giới	Người bệnh có đặt thông tiểu (n =34)			p
	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	TC	
NKTNMP	2 (5,9%)	6 (17,6%)	8(23,54%)	< 0,05
Không NKTNMP	15 (44,11%)	11 (32,35%)	26(76,46%)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị NKTNMP chiếm khá cao với 8/34 bệnh nhân (23,54%)

5. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải ở BN có đặt thông tiểu

Bảng 7. Các yếu tố liên quan với NKTNMP

Biến số nghiên cứu	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	
Giới: Nam	9	26,47	10	29,4	< 0,05
Nữ	8	23,53	7	20,6	
Mối liên quan giữa số ngày đặt ống thông với NKTNMP					
Ngày	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		< 0,05
< 7 ngày	14	41,17	6	17,64	
> 7 ngày	3	8,82	11	32,35	
Mối liên quan giữa chăm sóc ống thông tiểu với nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải					
Phân loại	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		< 0,05
CS chân ống thông 1lần/ngày	14	41,17	2	5,9	
CS chân ống thông 2 ngày/lần	3	8,82	16	47,0	

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân có đặt thông tiểu

Về tuổi: Nhóm tuổi trên 55 chiếm phần lớn (58,82%). Nhóm tuổi này bắt đầu gặp nhiều vấn đề về sức khỏe, đặc biệt khi đã tuổi cao trên 50 tuổi, nhóm tuổi này các cơ quan đã suy yếu, tỷ lệ mắc

bệnh tật cao. Tiếp đến nhóm tuổi 35-55 chiếm 32,35%, là nhóm tuổi đang cống hiến cho xã hội được nhiều, tuy nhiên khi đã ngoài 50 tuổi thì cơ thể có thay đổi về tâm sinh lý làm bệnh tật nặng thêm.

Về giới: Trong số các bệnh nhân phải đặt thông tiểu, số bệnh nhân nam giới nhiều hơn nữ, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (55,87% so với 44,15%). Tuy nhiên, tỷ lệ NKTNMP ở nữ giới lại chiếm cao hơn nam giới (nữ có 6 bệnh nhân chiếm 17,6% Nam giới chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 5,9% NKTNMP trong NC này). Điều này có thể lý giải rằng, Nữ giới có nguy cơ bị NKTNMP cao hơn nam giới bởi lẽ do đặc điểm cấu tạo hệ tiết niệu, ở nữ giới, niệu đạo ngắn (3 – 4 cm) trong khi ở nam giới là 12 – 14 cm, nên vi khuẩn dễ lây nhiễm từ môi trường. Hơn nữa, lỗ tiểu của nữ gần hậu môn hơn, nguy cơ nhiễm bẩn sau mỗi lần đi đại tiện cũng tăng lên. Chưa kể đến cấu tạo phức tạp của cơ quan sinh dục ngoài của nữ giới cũng góp phần khiến khả năng NKTN cao hơn

Nhóm bệnh lý: Bệnh nhân gặp vấn đề về thần kinh và hô hấp như hen phế quản ác tính phải thở máy, COPD giai đoạn cuối đều thở máy, các bệnh nhân này có thể bị hôn mê, rối loạn cơ tròn gây khó khăn trong việc tiểu tiện. Mà bệnh lý về bệnh hô hấp và bệnh lý về thần kinh khá thường gặp. Điều này lý giải vì sao số bệnh nhân có bệnh lý về bệnh hô hấp (và bệnh lý về thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Tiếp đến nhóm bệnh lý về tim mạch ở nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn nhóm chứng (17,6% so với 11,8%) và thấp nhất nhóm bệnh khác (chỉ 5,9%), hai nhóm sau tỷ lệ thấp nhất bởi lẽ tình trạng bệnh lý nền cũng không bị trầm trọng, không phải thở máy.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân có đặt thông tiểu: Hầu hết BN có đặt thông tiểu đều có các dấu hiệu lâm sàng như sốt nhẹ >38^o2 là một trong số các triệu chứng dễ phát hiện nhất và nhận thấy sớm nhất với một phản ứng viêm, do đó cần đặc biệt chú ý đến nhiệt độ của các bệnh nhân có thông tiểu để phát hiện sớm NKTN. Nước tiểu đục chiếm tỷ lệ khá cao, nước tiểu có máu chỉ có 1 bệnh nhân trong cả 2

nhóm, riêng tiểu buốt và đau tức vùng bàng quang không có dấu hiệu này bởi bệnh nhân [3] bị hôn mê không có cảm nhận về triệu chứng (0,0%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng giảm hẳn hơn 50% ở nhóm nghiên cứu sau khi được chăm sóc và thấp hơn so với nhóm chứng (8 bệnh nhân so với 12 bệnh nhân). Điều này có thể giải thích rằng, khi chọn bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu, điều dưỡng phải thực hiện theo đúng quy trình nghiên cứu, bệnh nhân được chăm sóc tốt hơn nhóm chứng là nhóm mà điều dưỡng thực hiện không đầy đủ các bước của quy trình, đây là lý do mắc NKTN ở nhóm này cao hơn.

Theo nghiên cứu này, P.aeruginosa và E.coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 5,9%. Ngoài ra các loại vi khuẩn khác như A.cinetobacter, Enterococci, Liên cầu D và S.anrcus Enterobacter cũng phân lập được trong nghiên cứu này, cùng chiếm tỷ lệ là 2,94%. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân bị NKTNMP khi có đặt ống thông tiểu chiếm khá cao tới 23,54%. Cũng theo nghiên cứu của Lê Quốc Thịnh (2003) có thể nói đây là những loại vi khuẩn tồn tại thường xuyên trong môi trường bệnh viện, đa kháng thuốc và là nguyên nhân chủ yếu gây nhiễm khuẩn bệnh viện trong giai đoạn hiện nay và đang là vấn đề lớn đặt ra đối với cả ngành y tế [4].

Kết quả cho thấy ở bảng 3.6, tỷ lệ nhiễm khuẩn mắc phải khá cao chiếm tới 23,54%. Nhóm nghiên cứu chỉ có 2/34 bệnh nhân chiếm 5,9%. Trong khi đó nhóm chứng cao gấp 3 lần nhóm nghiên cứu (6 bệnh nhân chiếm 17,6%). Điều này có thể lý giải rằng, mặc dù bệnh nhân đều phải đặt thông tiểu dẫn lưu như nhau nhưng khi bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu được chăm sóc tốt hơn thì nguy cơ bị NKTNMP thấp hơn nhóm chứng (5,9% so với 17,6%)

2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải ở BN có đặt thông tiểu

Bảng 7 cho thấy, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nam giới và nữ giới khi có đặt ống thông tiểu với $p < 0,05$. Có thể do đặc điểm cấu tạo hệ tiết niệu, ở nữ giới ngắn hơn nam giới nên vi khuẩn dễ lây nhiễm từ môi trường. Hơn nữa, lỗ tiểu của nữ gần hậu môn hơn, nguy cơ nhiễm bẩn sau mỗi lần đi đại tiện cũng tăng lên. Chưa kể đến cấu tạo phức tạp của cơ quan sinh dục ngoài của nữ giới cũng góp phần khiến khả năng NKTN cao hơn [2]. Một phần thời gian lưu ống thông của nữ lâu hơn nam (nam giới khi đái được sẽ bọc bao cao su để dẫn lưu nước tiểu). Cũng bằng 3.7 cho biết, tỷ lệ bệnh nhân có đặt thông tiểu > 7 ngày sẽ bị NKTNMP gấp 3 lần so với thời gian < 7 ngày, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể lý giải rằng, nguy cơ NKTN do lưu ống thông bàng quang là tăng lên theo thời gian nằm viện vì ống thông là cầu nối vi khuẩn từ ngoài vào đường tiết niệu, trong khi đó số lượng BN quá đông, số lượng điều dưỡng quá ít so với quy định về nhân lực điều dưỡng, do đó ống thông lưu lâu ngày cộng thêm với sự chăm sóc ống thông không được chu đáo thì để lưu ống càng dài

ngày càng làm cho nguy cơ vi khuẩn xâm nhập. Đó là lý do không nên lưu ống thông lâu ngày nếu có thể rút bỏ ống sớm được.

Việc theo dõi chăm sóc của điều dưỡng viên khoa điều trị tích cực rất quan trọng, không những chăm sóc khi BN có đặt ống thông tiểu mà cần còn nhiều CS khác. Tuy nhiên, việc CS chân ống thông tiểu 1 lần/ngày so với CS chân ống thông tiểu sáng 1 lần, chiều 1 lần cũng đã phần nào làm giảm NKTNMP khi BN có đặt ống thông [2]. Nghiên cứu này cho thấy, có sự liên quan giữa chăm sóc ống thông tiểu với nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải, sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa điều dưỡng CS chân ống thông tiểu 1 lần/ngày và 2 lần/ngày với $p < 0,05$. Hiểu biết về vấn đề này, điều dưỡng cần phải quan tâm, thực hiện đúng các qui định chăm sóc, và đặc biệt qui trình kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân có ống dẫn lưu để phòng ngừa NKTNMP [1].

KẾT LUẬN.

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân nằm tại hai Khoa Điều trị tích cực, khoa Cấp cứu và khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy:

- Tỷ lệ bị NKTNMP chiếm 23,54%, nhóm nghiên cứu tỷ lệ NKTNMP thấp hơn nhóm chứng.

- Thời gian mắc NKTN tăng lên theo thời gian đặt ống thông tiểu, chiếm nhiều nhất khi lưu ống thông > 7 ngày, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Các vi khuẩn gây NKTN: P.aeruginosa và E.coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 5,9%. Ngoài ra các loại vi khuẩn khác như A.cinetobacter, Enterococci, Liên cầu D và S.anrcus Enterobacter là 2,94%.

- Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa nam giới và nữ giới khi có đặt ống thông tiểu với $p < 0,05$, có đặt thông tiểu > 7 ngày sẽ bị NKTNMP gấp 3 lần so với thời gian < 7 ngày. Và có sự liên quan NKTNMP giữa 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về chăm sóc ống thông tiểu, sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa điều dưỡng CS chân ống thông tiểu 1 lần/ngày và 2 lần/ngày ở 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với $p < 0,05$

KHUYẾN NGHỊ

- Điều dưỡng phải được đào tạo nhắc lại 1 lần/năm về các QTKTCS người bệnh để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh khi đặt thông bàng quang.

- Cần phải có bộ dụng cụ vô khuẩn đầy đủ theo qui trình kỹ thuật để điều dưỡng thực hiện chăm sóc các ống thông được tốt, tránh để bị nhiễm khuẩn ngược dòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2002) Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh, Nhà xuất bản y học, Bộ Y tế
2. Vũ Văn Đính (1997) Điều dưỡng nội khoa trung học, Nhà xuất bản y học, 1997
3. Vũ Văn Đính, Nguyễn Thị Dụ (1999) Hôn mê - Hồi sức cấp cứu. Nhà xuất bản Y học 1999.
4. Lê Quốc Thịnh và CS (2003), Tình hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được tại

bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2003. Hội nghị tổng kết hoạt động theo dõi sự kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Việt Nam (ASTS), tr. 49-56.

5. Meaatal colonization and catheter – aspciated bacteriuria. N. Engl. J. Med., 1980, 303:316 – 318

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

NGUYỄN THỊ THANH TRUNG

TÓM TẮT

NMCT cấp đã và đang là vấn đề nghiêm trọng ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển, là nguyên nhân thường gặp nhất đối với đau thắt ngực ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nguy hiểm. NMCT cấp có ST chênh lên là bệnh khá phổ biến hiện nay. Đây là vấn đề được nhiều người quan tâm và cũng là mục tiêu nghiên cứu của đề tài này. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị NMCT có ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo trình tự thời gian với 76 bệnh nhân điều trị nội khoa và 64 bệnh nhân được chuyển đi Hà Nội để can thiệp ĐMV qua da. Các thông số về lâm sàng và cận lâm sàng tình hình điều trị và theo dõi được thu thập và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Trong thời điểm chúng tôi nghiên cứu tỷ lệ gặp NMCT có ST chênh lên ở nam nhiều hơn nữ, lứa tuổi gặp nhiều nhất là ≥ 65 tuổi. Rối loạn Lipid máu là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (60,7%). Triệu chứng đau ngực điển hình chiếm tỷ lệ cao (82,1%). Phân độ suy tim theo Killip ở độ III-IV chiếm tỷ lệ cao nhất (42,85%). Tỷ lệ hết đau ngực ở nhóm can thiệp ĐMV kết hợp với điều trị nội khoa cao hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (93,2%; 69,6%, $p=0,008$). Số ngày điều trị trung bình ở nhóm điều trị nội khoa đơn thuần cao hơn so với nhóm can thiệp mạch vành kết hợp với điều trị nội khoa ($10,15 \pm 4,47$; $7,45 \pm 1,69$). Tỷ lệ gặp biến chứng loạn nhịp nguy hiểm ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần. **Kết luận:** NMCT cấp có ST chênh lên gặp ở nam nhiều hơn nữ, yếu tố nguy cơ hay gặp là rối loạn Lipid máu. Tỷ lệ hết đau ngực, thời gian nằm điều trị trung bình và tỷ lệ gặp các biến chứng về rối loạn nhịp tim nguy hiểm ở nhóm can thiệp mạch vành phối hợp với điều trị nội khoa thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần.

ĐẶT VẤN ĐỀ

NMCT cấp đã và đang là vấn đề nghiêm trọng ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển, là nguyên nhân thường gặp nhất đối với đau thắt ngực ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nguy hiểm, là bệnh tim mạch khá thường gặp ở người sau tuổi trung niên. Ở nhiều nước tiên tiến trên thế giới NMCT cấp do xơ vữa động mạch vành vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, đồng thời cũng để lại nhiều hậu quả về kinh tế và xã hội.

NMCT thường gặp ở người có tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (trước 55 tuổi), người hút thuốc lá, người mắc bệnh tăng huyết áp, tăng mỡ máu (cholesterol), đái tháo đường (các yếu tố này

cũng có tính chất gia đình). Béo phì, ít hoạt động thể lực và stress cũng đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển của xơ vữa động mạch. Nguy cơ mắc NMCT tăng theo tuổi và cao hơn ở nam giới, cho dù nguy cơ ở nữ gia tăng đáng kể ở độ tuổi 5 đến 10 năm sau mãn kinh. Thay đổi lối sống, điều trị thuốc hoặc kết hợp cả hai biện pháp có thể giúp điều chỉnh được các yếu tố nguy cơ ngoại trừ yếu tố di truyền, tuổi và giới.

Theo Tổ chức Sức khỏe Thế giới, tình trạng xơ vữa động mạch vành tim có thể đã xuất hiện rất sớm từ những năm 30 - 40 tuổi và tỉ lệ bệnh tim mạch ngày càng cao ở các nước đang phát triển. Năm 2002 có khoảng 12,6% tỷ lệ tử vong chung trên toàn cầu là do NMCT.

Cũng như những cơ quan khác trong cơ thể tim được nuôi bởi động mạch có tên là động mạch vành và trong quá trình lão hóa thì động mạch này cũng bị xơ vữa và tắc hẹp. Khi động mạch vành tim bị tắc nghẽn hoàn toàn sẽ gây NMCT. Tai biến nguy hiểm nhất của thiếu máu cục bộ cơ tim là chết đột ngột có thể do nhồi máu cơ tim hoặc rung thất.

Theo các thống kê ở Mỹ, hàng năm có khoảng một triệu bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp. Ở Việt Nam trước đây tần suất mắc NMCT rất thấp, song những năm gần đây NMCT cấp có khuynh hướng tăng lên rõ rệt. Theo thống kê của Viện Tim mạch quốc gia Việt Nam, trong 10 năm (từ 1980-1990) mới có 108 trường hợp NMCT vào viện nhưng chỉ trong 5 năm (1/91- 10/95) đã có 82 trường hợp vào viện vì nhồi máu cơ tim và riêng 10 tháng đầu năm 1995 đã có 31 bệnh nhân NMCT vào cấp cứu tại viện tim mạch. Tỷ lệ bệnh này ngày càng tăng cao trong những năm gần đây. Ước tính, mỗi ngày Viện Tim mạch tiếp nhận khoảng 5, 6 trường hợp bị nhồi máu cơ tim, thường từ các cơ sở điều trị tuyến dưới chuyển lên.

Tại Bệnh Viện Đa Khoa Thái Bình tỷ lệ mắc NMCT khá cao đặc biệt là nhóm NMCT có ST chênh lên vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là NMCT cấp có ST chênh lên, nằm điều trị nội trú tại khoa nội Tim Mạch Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình từ Tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2013. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được làm ĐTĐ, SA tim và làm các xét nghiệm cần thiết khác, một số bệnh nhân được chuyển đi viện Tim Mạch Trung