



Tổng kết tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa HSTC-CĐ từ 2004-2012



Ths.Bs Lê Bảo Huy



MỤC LỤC

I/ ĐẶT VẤN ĐỀ

II/ TỔNG QUAN

III/ ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

IV/ KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

V/ KẾT LUẬN



I-ĐẶT VẤN ĐỀ

- Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới.
- NKBV kéo dài thời gian điều trị, tăng đề kháng kháng sinh, tăng chi phí y tế và tỉ lệ tử vong.
- Tình trạng đa kháng kháng sinh tăng cao, đặc biệt với *P. aeruginosa* và *A. baumannii*, nhất là kháng sinh nhóm Carbapenem ¹.

¹J. Nemeth, Journal of Hospital Infection 82 (2012) 254-259



I-ĐẶT VẤN ĐỀ

- Hướng dẫn điều trị nhấn mạnh việc tối ưu hóa liệu pháp kháng sinh dựa trên dữ liệu vi sinh tại từng cơ sở điều trị ².
- Sử dụng kháng sinh thích hợp, áp dụng PK/PD, xoay vòng sử dụng kháng sinh cũng cho thấy hiệu quả, được khuyến cáo áp dụng.
- Theo dõi tác nhân gây bệnh, sự đề kháng kháng sinh luôn được xem như một trong những nhiệm vụ quan trọng của công tác điều trị.



MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Xác định tỷ lệ, phân bố loại NKBV theo vị trí cơ thể học.
2. Tần suất tác nhân gây NKBV.
3. Sự kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKBV tại khoa Hồi sức tích cực từ 2004-2012.
4. Hiệu quả của biện pháp xoay vòng kháng sinh nhóm Cephalosporin.



II-TỔNG QUAN



2.1 Nhiễm khuẩn bệnh viện

- NKBV là các nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian bệnh nhân nằm viện, thường xảy ra sau 48 giờ nhập viện và không hiện diện tại thời điểm nhập viện.
- Chiếm 5-10% số bệnh nhân nhập viện vì cần chăm sóc y tế.
 - ¼ NKBV xảy ra tại khoa Sản sóc tích cực.
 - 4 vị trí nhiễm khuẩn hay gặp: VPBV, NK tiết niệu, NK huyết, NK vết mổ
 - Tử vong 90,000/ năm

Weinstein RA. Emerg Infect Dis 1998;4:416-420.

Jarvis WR. Emerg Infect Dis 2001;7:170-173.

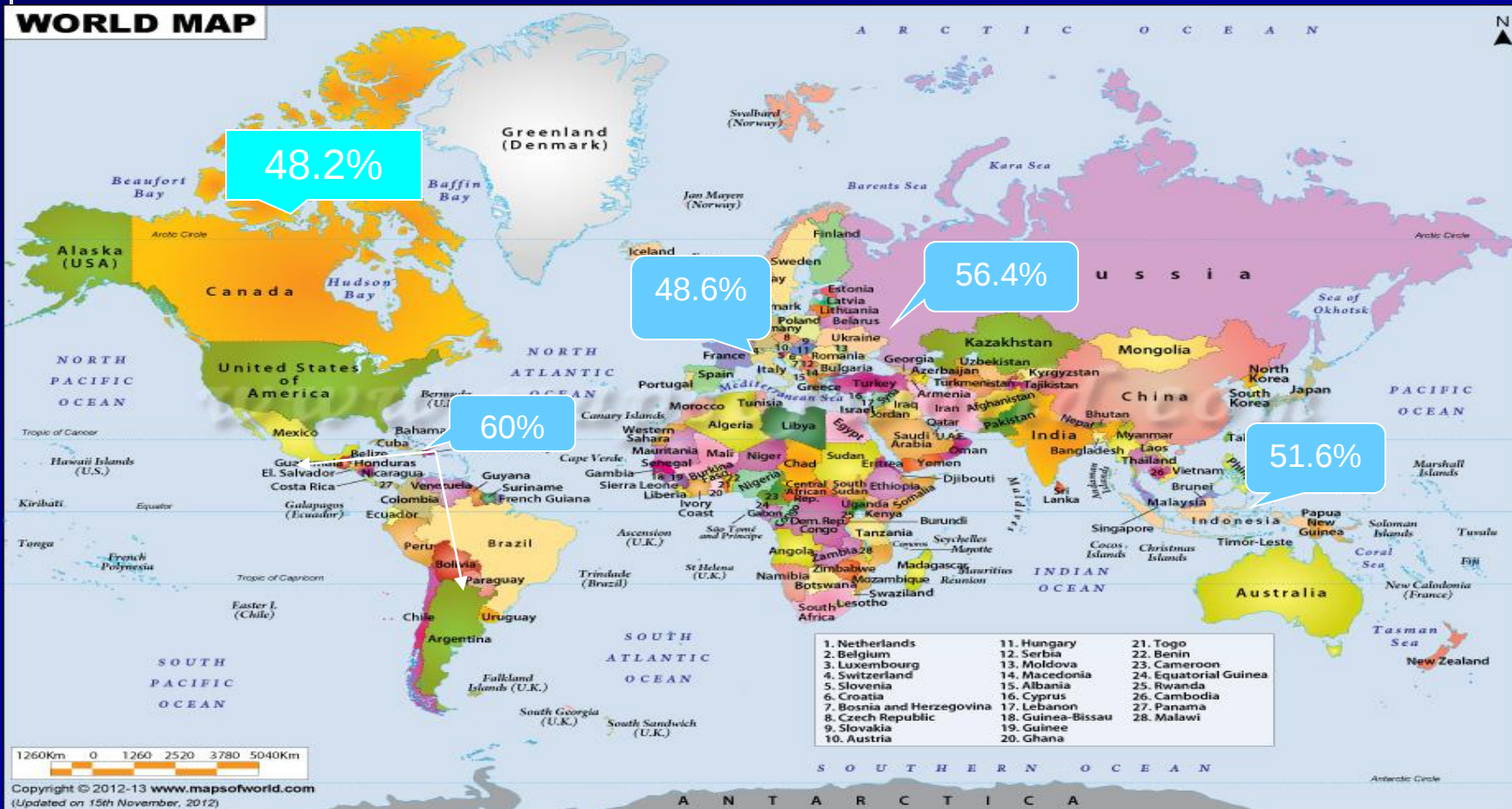


2.1 Nhiễm khuẩn bệnh viện

- Tại Việt Nam, NKBV chưa được xác định đầy đủ, còn ít tài liệu được công bố.
- Có ba điều tra cắt ngang (quốc gia):
 - 1998 (901 BN/12 bệnh viện): tỉ lệ NKBV là 11.5%, NK vết mổ chiếm 51%.
 - 2001 (11 bệnh viện): tỉ lệ NKBV là 6.8% và VPBV là thường gặp nhất (41.8%).
 - 2005 (19 bệnh viện): tỉ lệ NKBV là 5.7% và VPBV chiếm 55.4%.



2.2 TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

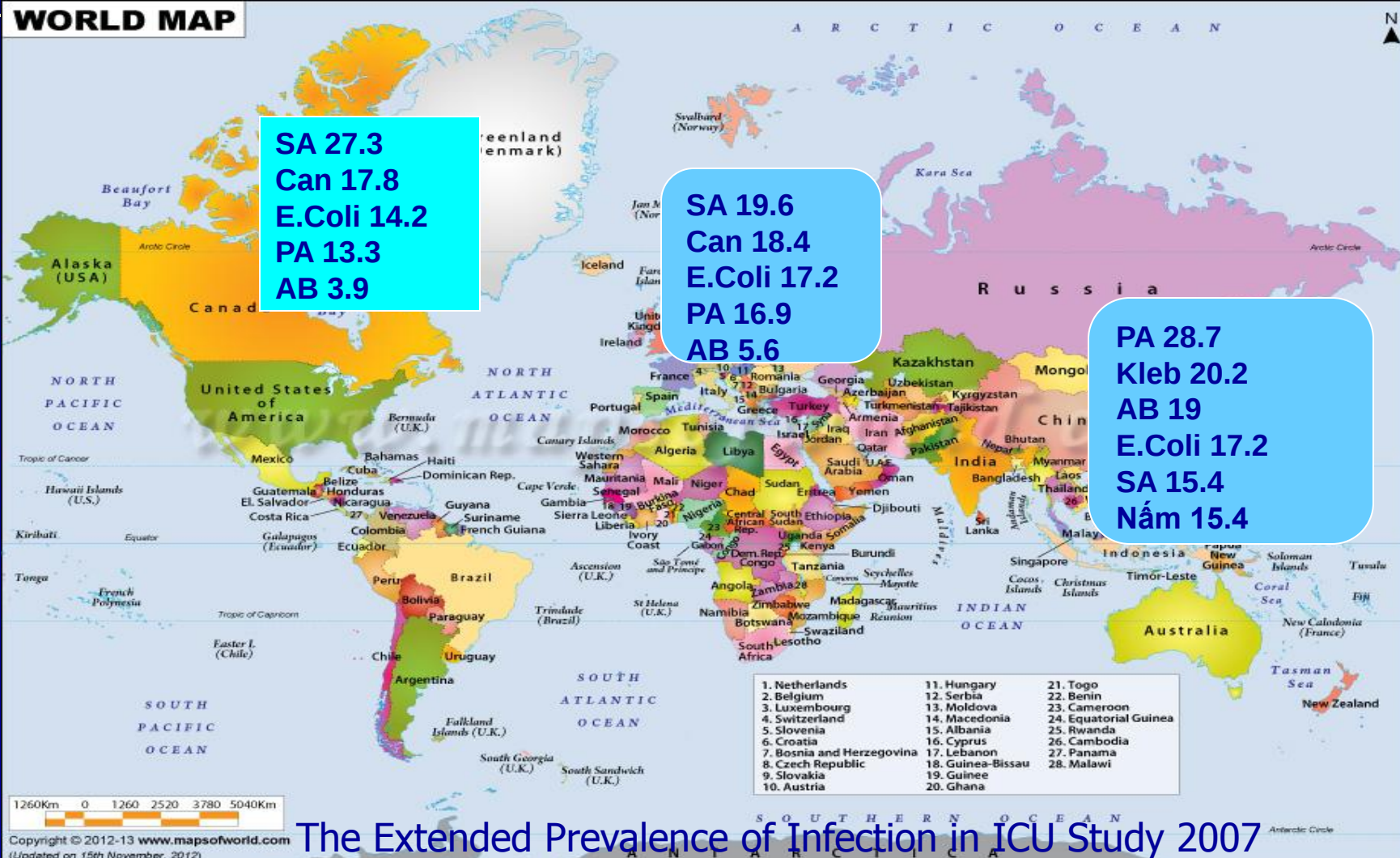


The Extended Prevalence of Infection in ICU Study 2007



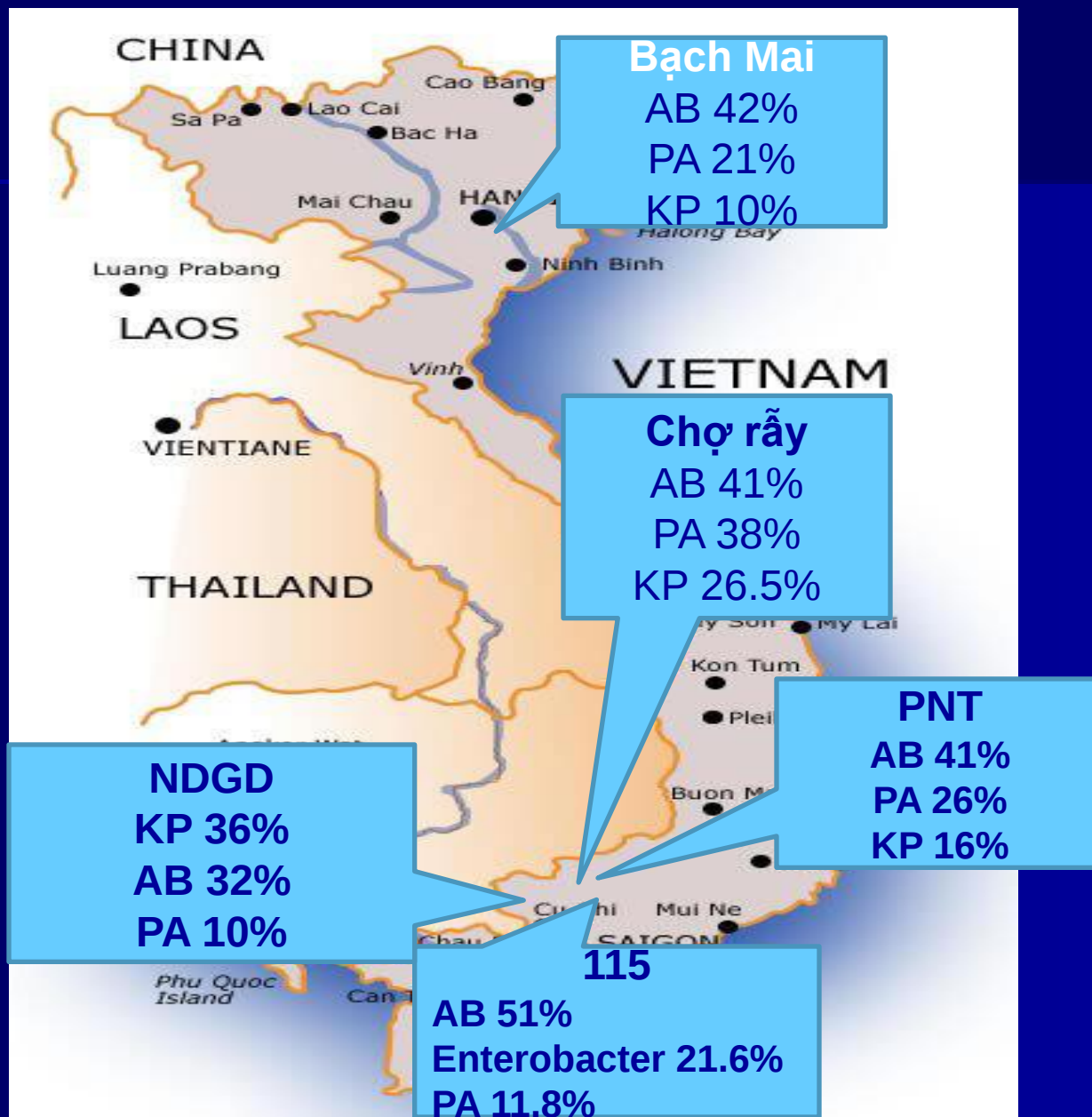
2.3 TÁC NHÂN GÂY BỆNH

WORLD MAP





2.3 TÁC NHÂN GÂY BỆNH





2.4 Tình hình kháng kháng sinh

- Tại BV Thống Nhất:
 - P.aeruginosa kháng IMP 70%, C3 (90%), CIP 80%.³
- Tại BV Chợ Rẫy ⁴:
 - A.B kháng C3 (90%), IMP 80%,
 - P.aeruginosa kháng C3 (45%), IMP 32%.
- Khu vực Tây TBD: gia tăng VK sinh ESBL⁵



2.5 Xoay vòng kháng sinh

- Một loại KS đặc thù bị ngưng sử dụng và được đưa vào sử dụng trở lại sau khi hết thời hạn đó, có khả năng hạn chế VK đề kháng với các KS được xoay vòng.
- Xoay vòng có giám sát và hạn chế sử dụng ceftazidime, ciprofloxacin, dựa vào thông tin “cập nhật”.
- Giảm tần suất VPTM do giảm số lượt nhiễm các VK Gram (-) kháng thuốc: *P. aeruginosa*, *B. cepacia*, *S. maltophilia*, và *A. baumannii*.



III- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP



3.1 ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

A/ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

BN điều trị tại khoa HSTC Bệnh viện Thống Nhất trên 48 giờ, được giám sát tình trạng NKBV dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng theo protocol có sẵn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn

- (1) Dấu hiệu viêm phổi bệnh viện, viêm phổi liên quan thở máy ¹
- (2) Dấu hiệu nhiễm khuẩn huyết ²
- (3). Dấu hiệu nhiễm khuẩn da, mô mềm.
- (4). Dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

B/ Tiêu chuẩn loại trừ:

BN điều trị tại khoa < 48 giờ hay tử vong trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện.



2 Phương pháp nghiên cứu

- 1- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiến cứu. Tổng kết qua từng năm từ 2004-2012 tại Khoa HSTC, BV Thống Nhất.
- 2- Các biến số nghiên cứu:
 - Tuổi, giới, bệnh cơ bản.
 - Tỷ lệ NKBV: vị trí
 - Tác nhân gây bệnh
 - Kháng sinh đồ.
- 3- Xử lý số liệu: SPSS 16.0, mức khác biệt có ý nghĩa với $p < 0.05$



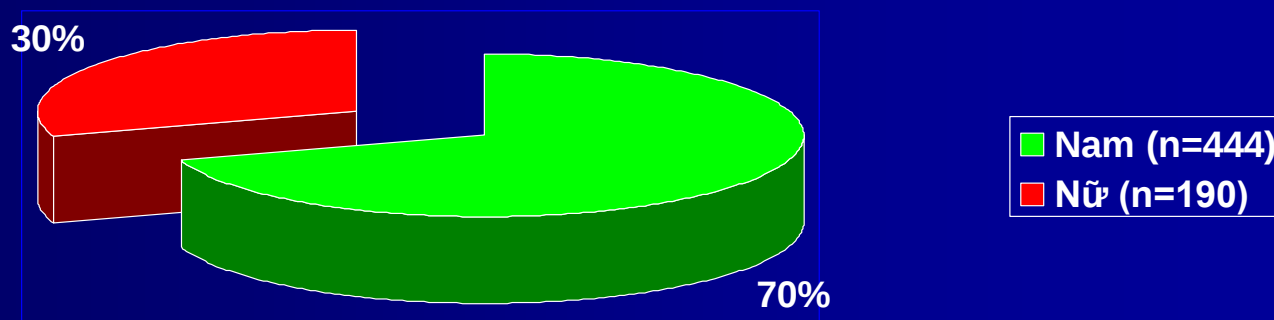
IV- KẾT QUẢ -BÀN LUẬN



4.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG

- Tỷ lệ NKBV: 634/1953 ca (32.6%)
- Tuổi TB: 77,7 (lớn nhất 95, nhỏ nhất 48)
- Giới

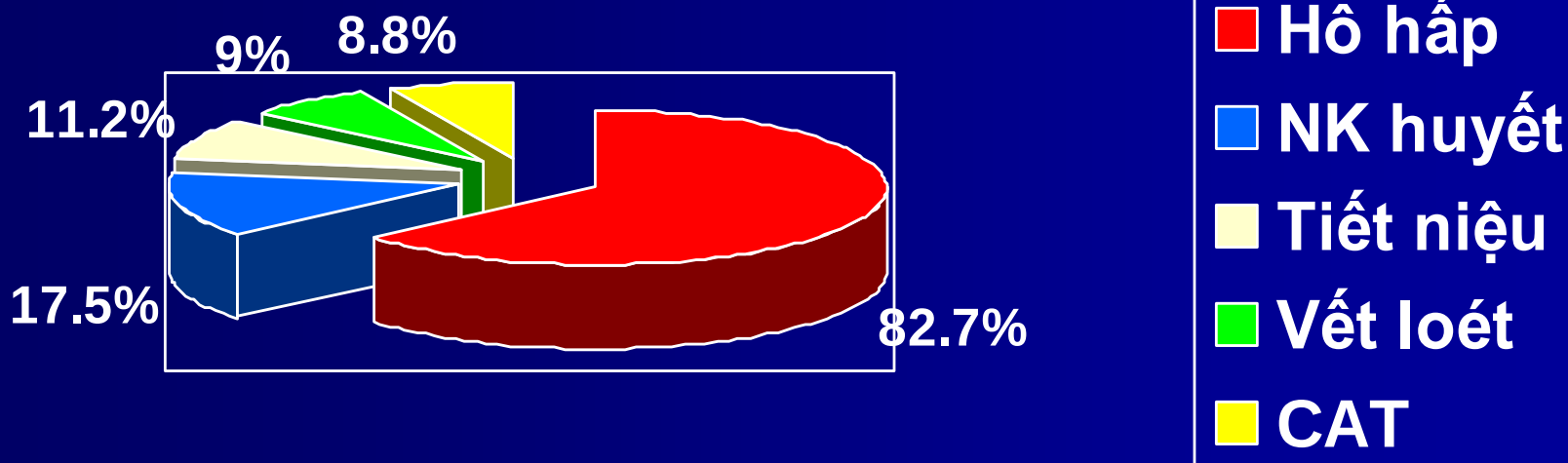
Biểu đồ 4.1 Phân bố về giới:





4.2 Vị trí nhiễm khuẩn

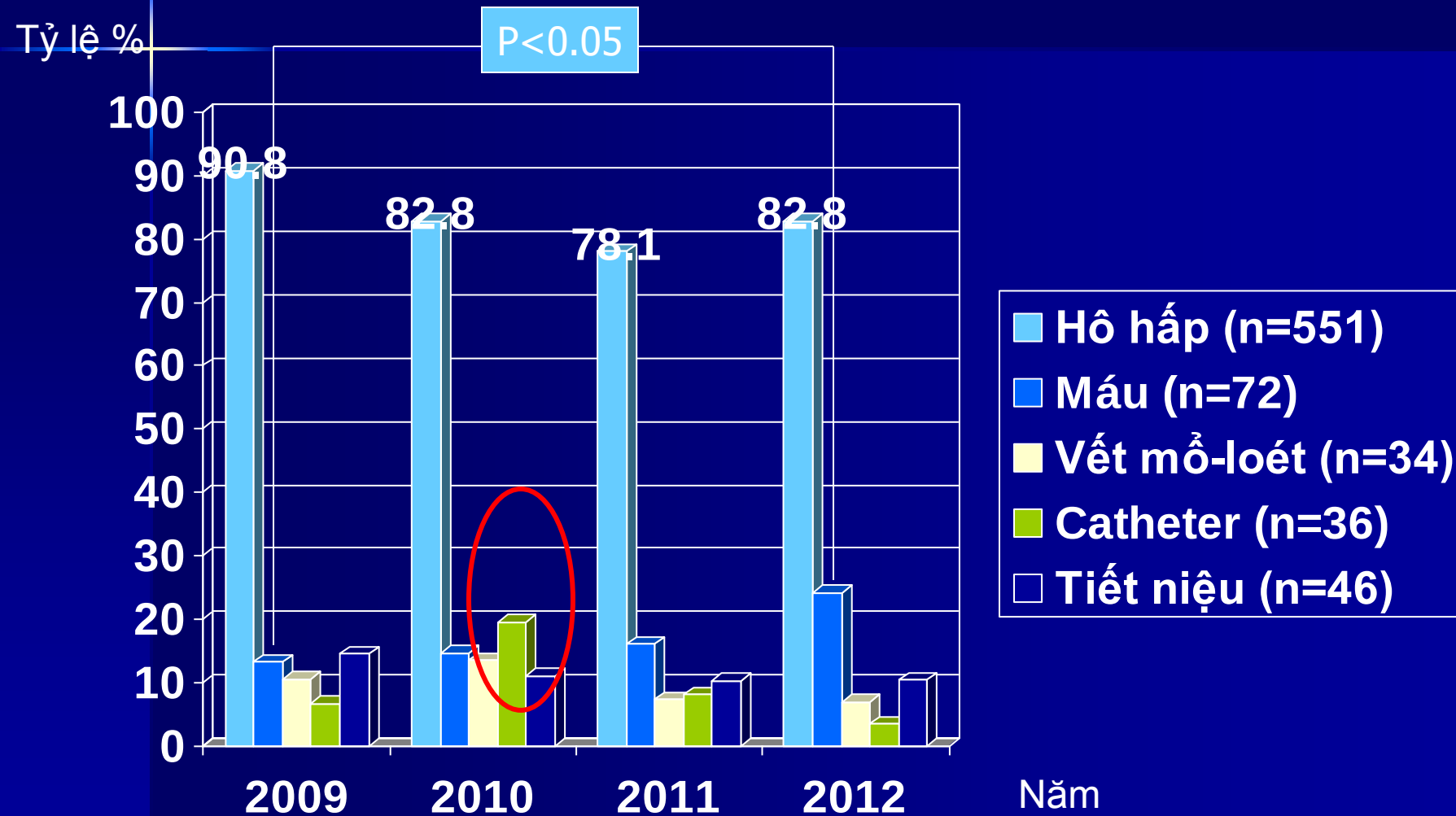
Biểu đồ 4.2 Phân bố chung vị trí nhiễm khuẩn bệnh viện





4.2 Vị trí nhiễm khuẩn

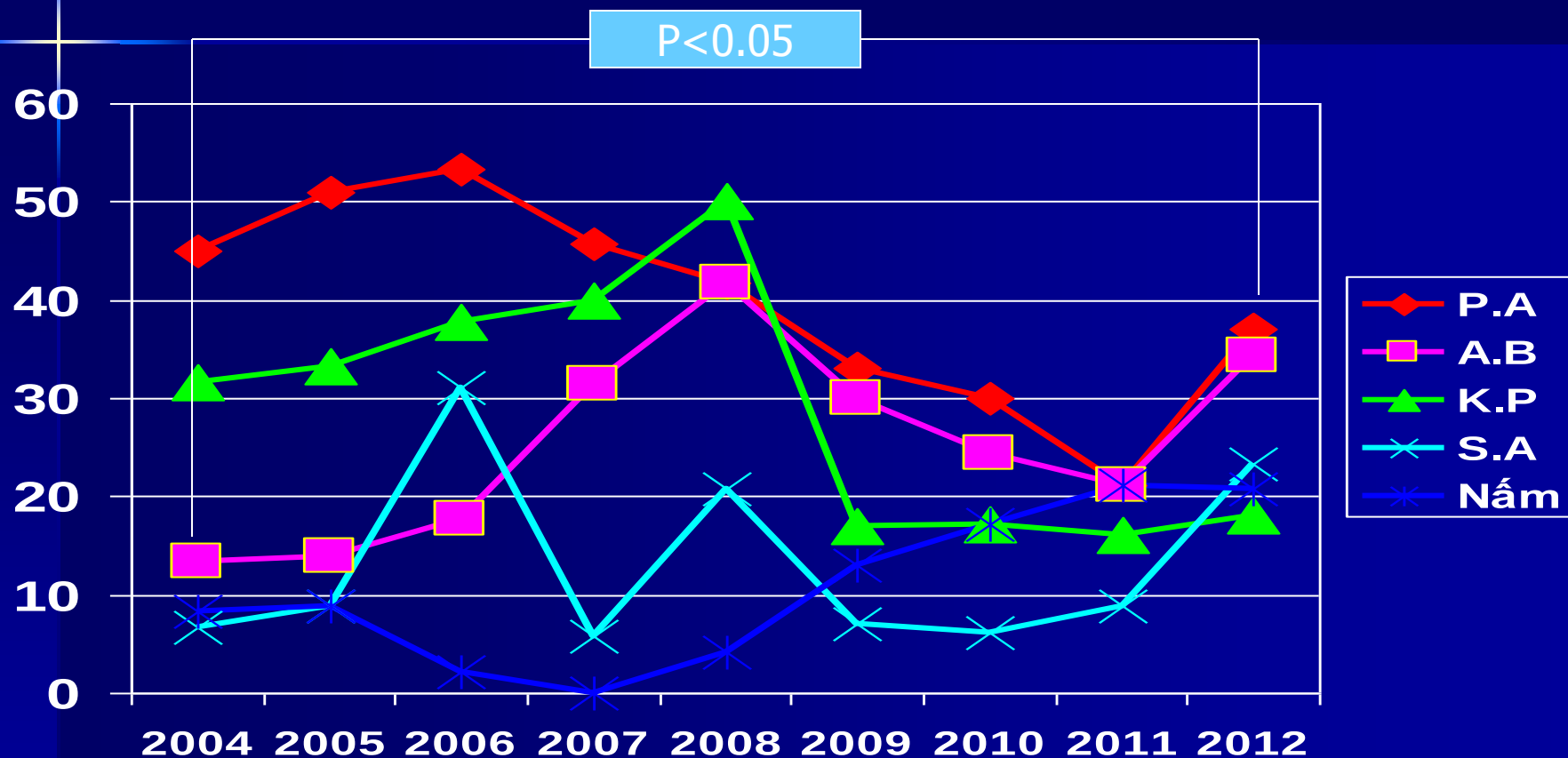
Biểu đồ 4.3 Phân bố vị trí nhiễm khuẩn bệnh viện





4.3 Tần suất tác nhân gây bệnh

Biểu đồ 4.4 Tần suất tác nhân gây NKBV

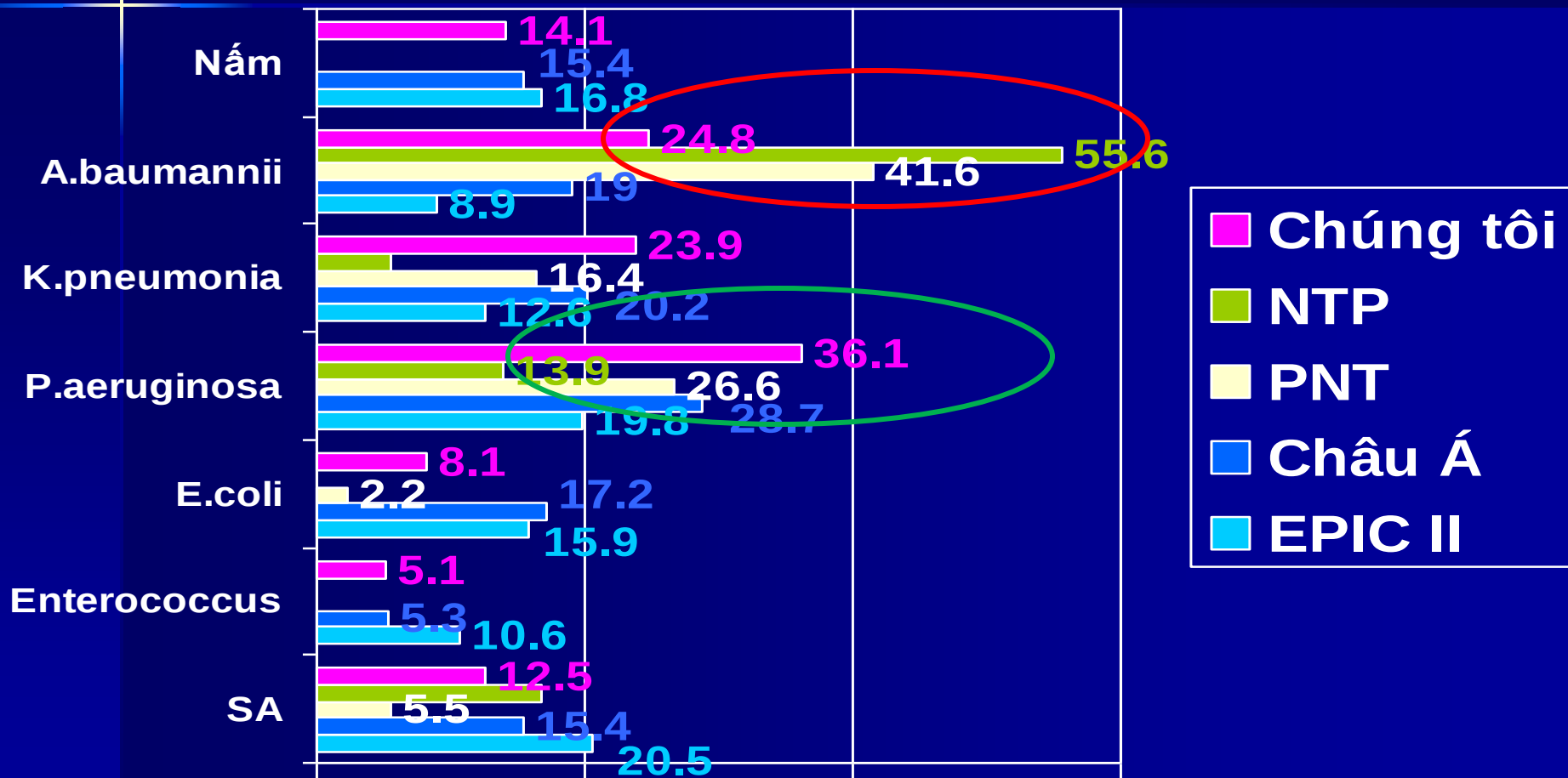


PA 36.1%; AB 24.8%; Năm 6.8%-20%



4.3 Tần suất tác nhân gây bệnh

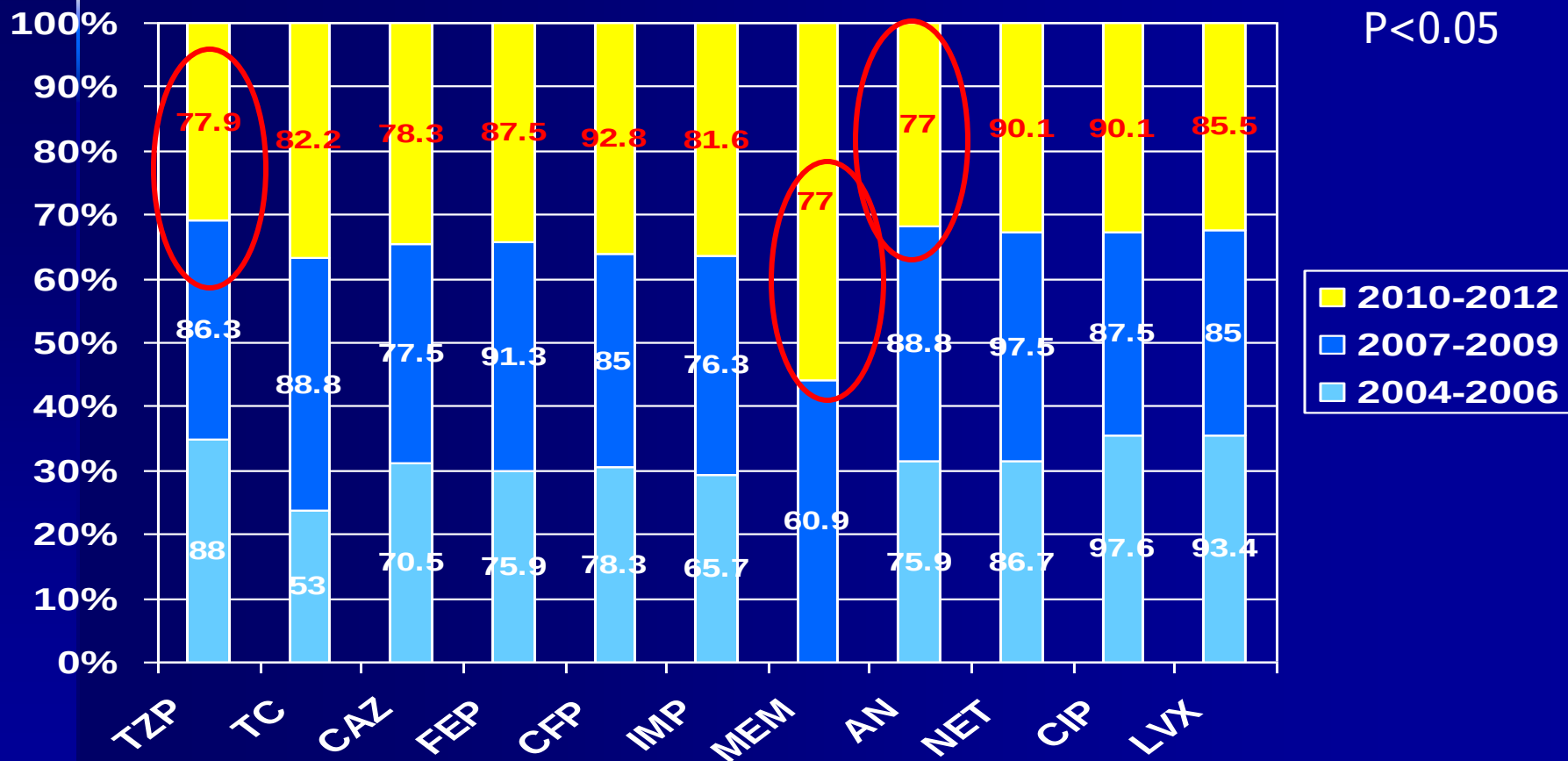
Biểu đồ 4.5 So sánh tần suất tác nhân gây VPBV





4.4 Tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*

Biểu đồ 4.6 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh theo thời gian

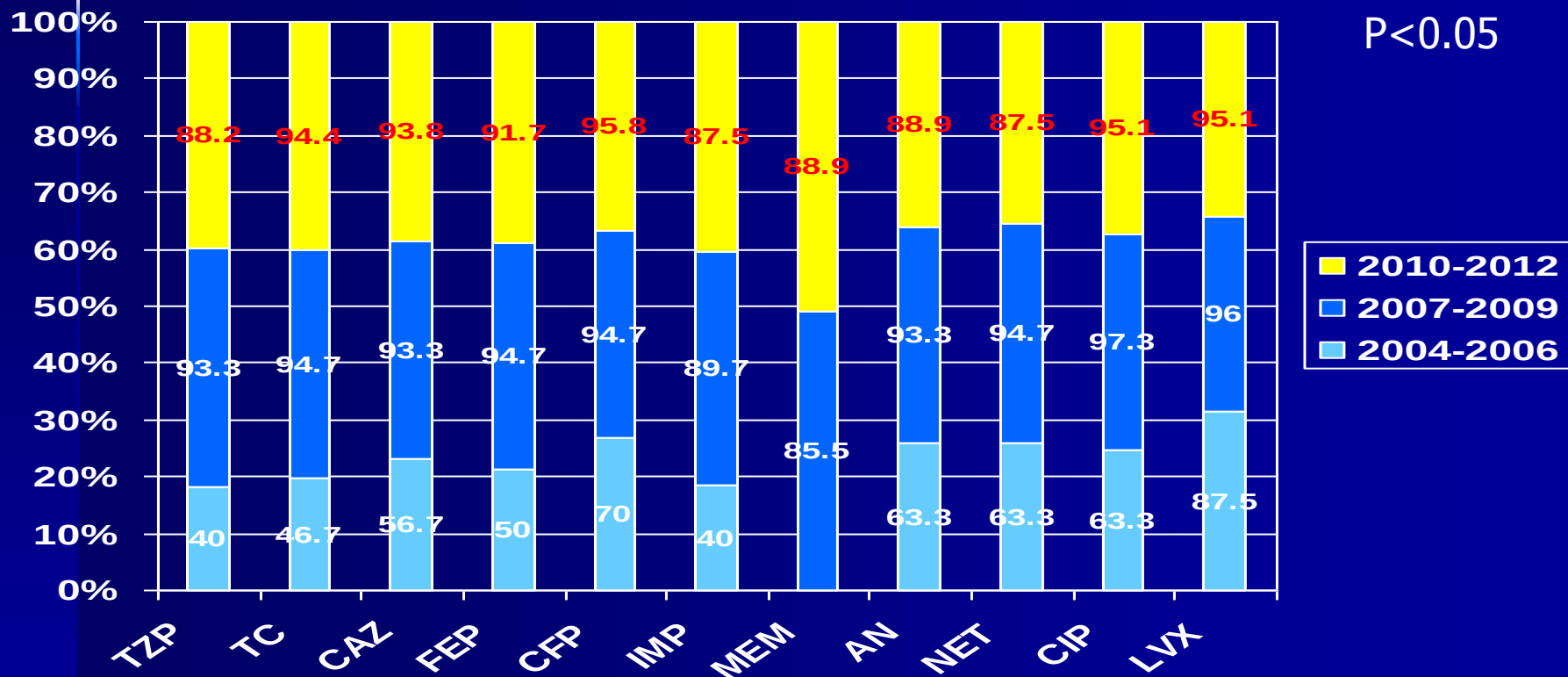


Pham Luc: CRO 98.2%, CTZ 78.1%, TZR 64.2%; IMP 80.6%; MEM 80%; LVX 86.3%



4.5 Tỷ lệ kháng kháng sinh của *A. baumannii*

Biểu đồ 4.7 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh theo thời gian

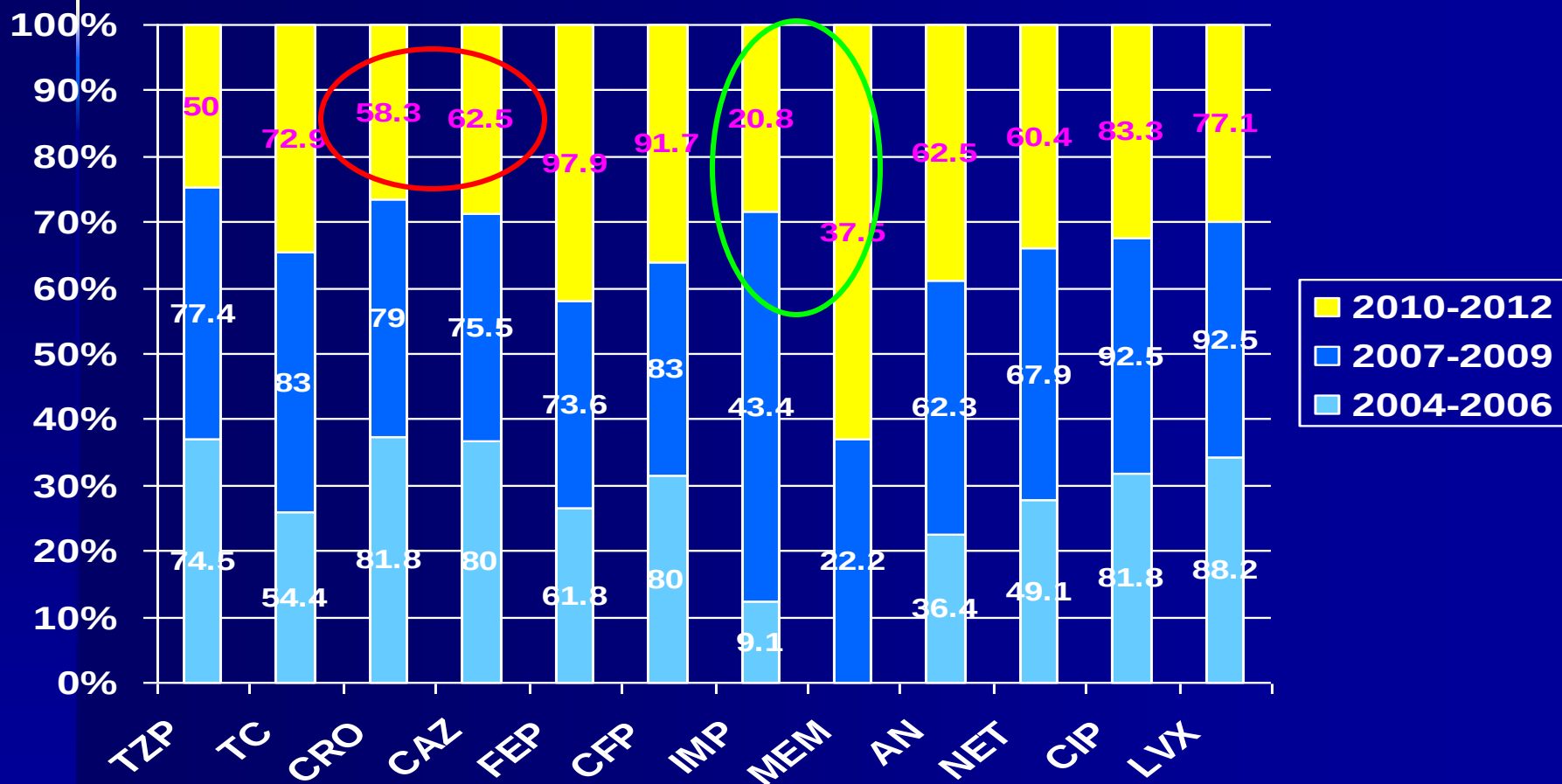


Pham Luc: CRO 99.1%, CTZ 100%, TZP 94.4%; IMP 92.8%; MEM 96.6%; LVX 99.1%



4.6 Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumonia*

Biểu đồ 4.8 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh theo thời gian

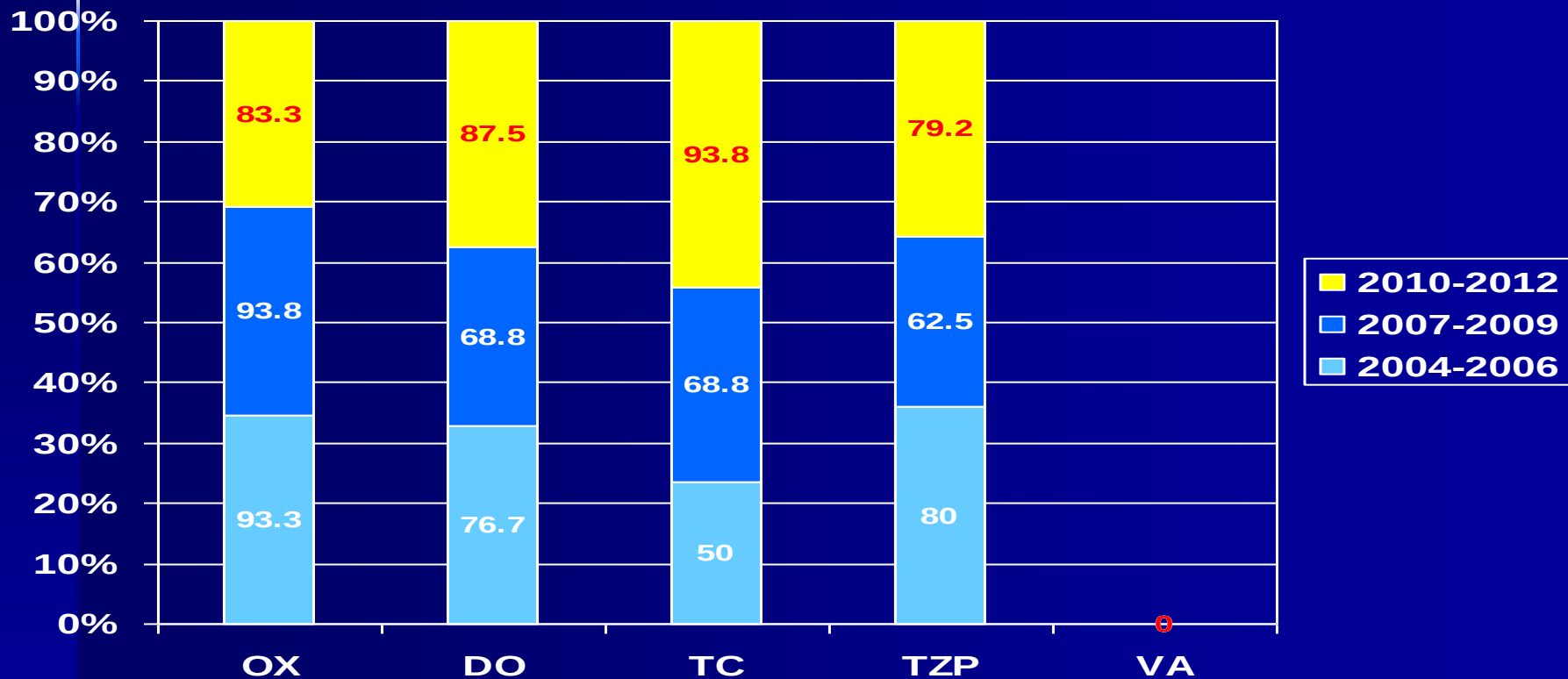


Pham Luc: CRO 95.3%, CTZ 91.1%, TZP 59.5%; IMP 35.7%; MEM 33.3%; LVX 88.4%



4.6 Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*

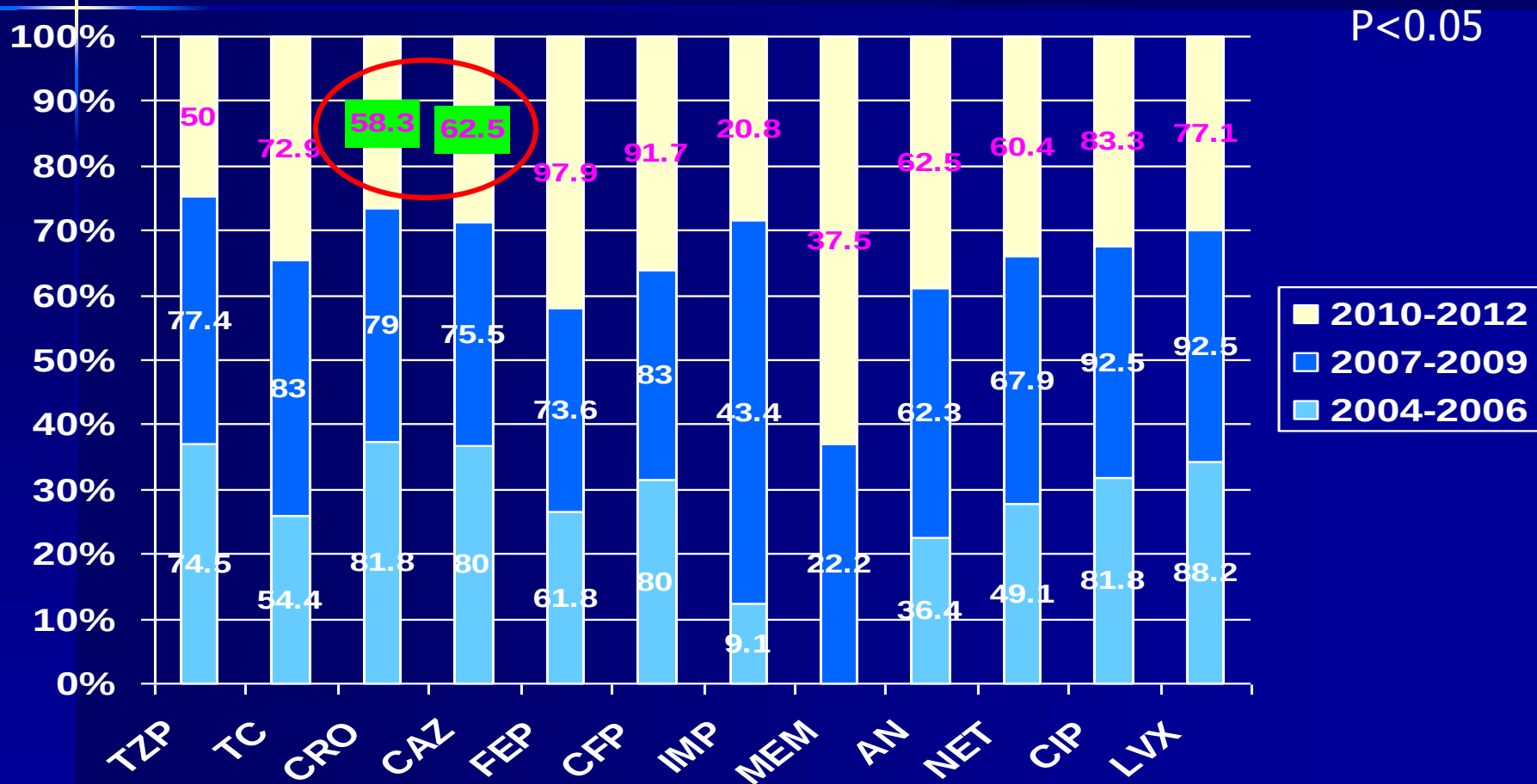
Biểu đồ 4.9 Tỷ lệ đề kháng kháng sinh theo thời gian





4.7 XOAY VÒNG KHÁNG SINH

Biểu đồ 4.10 Hiệu quả xoay vòng kháng sinh





KẾT LUẬN

- Vị trí NKBV: hô hấp, NK huyết, tiết niệu.
- Tác nhân gây NKBV hàng đầu: *P. aeruginosa*. *Acinetobacter baumannii* chiếm vị trí thứ 2.
- PA và A.B đã đề kháng cao với kháng sinh nhóm Carbapenem (Imipenem, Meropenem)
- Trên invitro, xoay vòng kháng sinh cho thấy tăng nhạy cảm của *K.pneumonia* với Ceftriaxon và Ceftazidim.

CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ THẦY CÔ VÀ ĐỒNG NGHIỆP

