

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 46 trường hợp nhồi máu não cấp tại khoa Đột quỵ đã cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 73,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử THA rất cao 84,8%, tương đồng cả 2 giới. 100% bệnh nhân vào viện muộn sau 4,5 giờ. Phần lớn bệnh nhân có điểm NIHSS khi vào viện là mức 5-14 điểm (50%). Điểm ASPECTS: có tới 95,7% BN có điểm dưới 6. Có tỷ lệ cao 45,7% BN có đờ đầy đường giữa trên phim chụp cắt lớp.

## VI. KIẾN NGHỊ

Qua kết quả khảo sát trên chúng tôi thấy có nhiều biến chứng sau đột quỵ. Nếu được điều trị tốt lúc xảy ra đột quỵ và điều trị dự phòng đầy đủ thì biến chứng sau đột quỵ sẽ giảm vì thế chúng tôi có kiến nghị như sau: Cần nâng cao nhận thức và kiến thức phát hiện đột quỵ cấp để người dân đến được các bệnh viện sớm nhất có thể, bệnh viện có khả năng cấp cứu người bệnh tích cực và toàn diện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al** (2016). Heart disease and stroke statistics.

- Update: A report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(4).
2. **Lê Thị Hương và cs** (2016). Tỷ lệ mắc đột quỵ tại 8 tỉnh thuộc 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013 – 2014, *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học, TCNCYH* 104 (6) – 2016.
  3. **Haldal S, Beary J, Nattanmai P, George P, Newey C.** Acute Ischemic Stroke Management Review for the Hospitalist. *Am J Hosp Med*. 2018;2(1).
  4. **Gupta Priya, Prasad Kameshwar, Kumar Amit, Kumar Pradeep, et al.** (2014), "Clinical predictors and outcome of patients of acute stroke requiring ventilatory support: A prospective hospital based cohort study", *J Neurol Sci*, 337(1), 14-17.
  5. **Nguyễn Hồng Quân, Nguyễn Văn Thông** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đột quỵ có đặt nội khí quản. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, số 7 (Số đặc biệt), tr. 234 – 240
  6. **Huỳnh Thị Phương Minh** (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang.
  7. **Nguyễn Bá Thắng, Lê Văn Thành** (2014). Đặc điểm hình ảnh học nhu mô não trên 121 bệnh nhân nhồi máu não tắc động mạch cảnh trong. *Bệnh viện Chợ Rẫy*.
  8. **Nguyễn Hoàng Ngọc và cs** (2004). Một số nhận xét lâm sàng của 48 bệnh nhân nhồi máu não diện rộng bán cầu. *Tạp chí Y học Việt nam*. 301: p. 29-34

# MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY DO ACINETOBACTER BAUMANII ĐA KHÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU TỪ NĂM 2023-2024

Trương Văn Phục<sup>1</sup>, Võ Minh Phương<sup>2</sup>,  
Lê Hữu Tính<sup>3</sup>, Nguyễn Việt Thu Trang<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là loại viêm phổi bệnh viện, đặc biệt thường gặp nhất trong các đơn vị chăm sóc tích cực, xảy ra trên những bệnh nhân thở máy trong quá trình điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm, kết quả điều trị và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn ở người bệnh VPLQTM do *Acinetobacter baumannii* đa kháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng ở 32 người bệnh VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ 4/2023-

1/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng là 37,2%, tuổi trung bình của người bệnh là 68,6±19,1 tuổi. Sử dụng thuốc an thần và kháng sinh trước chẩn đoán viêm phổi là hai yếu tố nguy cơ thường gặp nhất gây VPLQTM do *A. baumannii*. Người bệnh VPLQTM sớm có số ngày thở máy ít hơn so với VPLQTM muộn ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tử vong, nặng, xin về 68,7%; tỷ lệ bệnh hồi phục, chuyển khoa chiếm 15,6%. *A. baumannii* còn nhạy 34,4% với kháng sinh Colistin và 75,0% với Ampicillin/Sulbactam. **Kết luận:** VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng có tần suất mắc bệnh và tử vong cao. Với tính đề kháng kháng sinh ngày càng tăng, *A. baumannii* đang trở thành gánh nặng trong các khoa hồi sức cấp cứu. **Từ khóa:** viêm phổi liên quan thở máy, *Acinetobacter baumannii*, nội khí quản, hồi sức tích cực - chống độc.

## SUMMARY

**SOME CHARACTERISTICS OF CLINICAL, PARACLINICAL AND RESULTS OF TREATMENT OF VENTILATION-**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Phục

Email: phuc.tv.77@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

## ASSOCIATED PNEUMONIA CAUSED BY MULTIDRUG-RESISTANT ACINETOBACTER BAUMANNII AT BAC LIEU GENERAL HOSPITAL

**Background:** Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a type of hospital-acquired pneumonia, especially most common in intensive care units, occurring in mechanically ventilated patients during treatment. **Objectives:** Describe the characteristics, treatment results and antibiotic resistance of bacteria in patients with VAP caused by multi-drug resistant *Acinetobacter baumannii*. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, clinical intervention without control group in 32 patients with VAP caused by multi-drug resistant *A. baumannii* at Bac Lieu General Hospital from April 2023 to January 2024. **Results:** The rate of VAP caused by multi-drug resistant *A. baumannii* was 37,2%, the average age of patients was 68,6±19,1 years old. Using sedatives and antibiotics before diagnosing pneumonia are the two most common risk factors for VAP caused by *A. baumannii*. Patients with early VAP had fewer days of mechanical ventilation compared to late VAP ( $p<0,001$ ). Rate of death, serious illness, return home 68,7%; The rate of recovery and transfer to the clinical department is 15,6%. *A. baumannii* is also 34,4% sensitive to the antibiotic Colistin and 75,0% sensitive to Ampicillin/Sulbactam. **Conclusion:** VAP caused by multi-drug resistant *A. baumannii* has a high frequency of morbidity and mortality. With increasing antibiotic resistance, *A. baumannii* is becoming a burden in intensive care units. **Keywords:** ventilator-associated pneumonia, *Acinetobacter baumannii*, endotracheal intubation, intensive care - toxicology.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là tình trạng nhiễm khuẩn của nhu mô phổi. Trong đó, viêm phổi được phân loại thành viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng, viêm phổi mắc phải trong bệnh viện, hay viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM). Đó là tình trạng viêm phổi liên quan thở máy là viêm phổi xuất hiện sau khi người bệnh được đặt nội khí quản hay mở khí quản và thở máy từ 48 giờ trở lên mà không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng và ủ bệnh tại thời điểm nhập viện [1]. Các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy tỷ lệ vVPLQTM, tác nhân gây bệnh và kết cục điều trị viêm phổi liên quan thở máy là không giống nhau giữa các quốc gia. Trong những năm gần đây, *Acinetobacter baumannii* nổi lên như là tác nhân chính gây nhiễm khuẩn bệnh viện, bên cạnh các tác nhân khác như *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* và *Staphylococcus aureus* kháng methicillin [2]. Sự bùng nổ nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn đa kháng *A. baumannii* đã trở thành vấn đề sức khỏe đáng báo động tại nhiều quốc gia. Tại Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về VPLQTM và thông qua đó ghi nhận tác nhân

chính là *A. baumannii*, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về viêm phổi liên quan thở máy do vi khuẩn này, đặc biệt ở khoa Hồi sức cấp cứu. Các yếu tố giúp theo dõi hậu quả của VPLQTM do *A. baumannii* vẫn còn nhiều tranh cãi và bàn luận.

Nhằm làm sáng tỏ thêm vấn đề này, giúp cho việc chẩn đoán sớm, chọn lựa, sử dụng kháng sinh một cách hợp lý, góp phần giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và tình kháng kháng sinh của vi khuẩn ở người bệnh VPLQTM do A. baumannii đa kháng.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả người bệnh được chẩn đoán VPLQTM, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc (HSTC - CD), Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ 04/2023 đến 01/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả người bệnh vào khoa HSTC - CD thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: được chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy theo tiêu chuẩn ATS/IDSA 2016 [3], được đặt nội khí quản (NKQ) hoặc mở khí quản, thở máy trên 48 giờ; cấy dịch khí - phế quản có vi khuẩn *A. baumannii*.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng trước đó hoặc trước 48 giờ thở máy.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

#### - Nội dung nghiên cứu:

+ Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng:

Các yếu tố nguy cơ được chia làm 7 nhóm: tuổi; sử dụng thuốc an thần, sử dụng thuốc giãn cơ; tăng pH dịch dạ dày (do dùng kháng H<sub>2</sub>, ức chế bơm proton); bệnh mạn tính (suy tim, suy thận, COPD...); tiền sử sử dụng kháng sinh; thời gian thở máy; đặt lại NKQ.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng:

. Thân nhiệt chia làm 3 nhóm: < 36°C; 36°C - 38°C; > 38°C

. Rạn phổi: rạn phổi mới xuất hiện hay tăng.

. Thay đổi tính chất đờm: tăng số lượng đờm khạc, thay đổi màu sắc hoặc tăng số lần hút đờm.

. Tổn thương trên X-quang ngực: tổn thương mới hay tổn thương tiến triển theo thời gian, đồng đặc phổi, tràn dịch màng phổi.

+ Kết quả điều trị:

. Thời gian điều trị: tính theo ngày từ khi

nhập viện đến khi xuất viện.

. Thời gian thở máy: tính theo ngày từ khi bệnh nhân bắt đầu thở máy đến khi ngưng thở máy hoặc ra viện.

. Đáp ứng lâm sàng, cận lâm sàng sau khi kết thúc điều trị kháng sinh kinh nghiệm. Chia thành 2 nhóm: có đáp ứng và không đáp ứng.

. Tỷ lệ bệnh nhân ổn chuyển khoa, tỷ lệ tử vong: gồm tử vong trong bệnh viện và xin về tử vong.

. Tình trạng ra viện: là khi người bệnh bỏ được thở máy, là khi người bệnh đỡ hoặc khỏi được cho ra viện hoặc chuyển tuyến dưới, chuyển khoa khác.

**- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:**

Số liệu được thu thập theo mẫu phiếu thu thập số liệu, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 86 bệnh nhân, trong đó 32 bệnh nhân được chẩn đoán VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii và 54 bệnh nhân được chẩn đoán VPLQTM do các loại vi khuẩn khác.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung	VPLQTM do A. baumannii	VPLQTM do vi khuẩn khác	Tổng
Tuổi	68,6±19,1	70,7±15,2	86
Giới tính, n (%)			
Nam	20 (62,5)	30(55,6)	50
Nữ	12 (37,5)	24(44,4)	36
Tỷ lệ mắc VPLQTM, n (%)	32(37,2)	54(62,8)	86(100)
Tổng số ngày thở máy trung bình	19,8±12,7	12,7±9,3	86

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 68,6±19,1 tuổi, nhỏ nhất là 18, lớn nhất là 93 tuổi. Nhóm tuổi có tỉ lệ VPLQTM cao nhất là từ 61 đến 80 tuổi. Tỉ lệ nam giới mắc VPLQTM cao hơn nữ giới.

Tỉ lệ VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii là 37,2%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 2. Yếu tố nguy cơ liên quan bị VPLQTM do A. baumannii và vi khuẩn khác**

Yếu tố nguy cơ	VPLQTM do A. baumannii n(%)	VPLQTM do vi khuẩn khác
Sử dụng thuốc an thần	19(59,4)	31(57,4)

Sử dụng thuốc giãn cơ	10(31,3)	17(31,5)
Sử dụng thuốc ức chế H2, bơm Proton	3(9,4)	2(3,7)
Suy tim	12(37,5)	5(9,3)
Suy thận	6(18,8)	9(16,7)
Đã sử dụng kháng sinh trước	20(62,5)	20(37,0)
COPD	7(21,9)	3(5,6)
Đặt lại nội khí quản	10(31,3)	8(14,8)

**Nhận xét:** Trong các yếu tố nguy cơ gây VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii, sử dụng thuốc an thần và sử dụng kháng sinh trước chẩn đoán viêm phổi là hai yếu tố nguy cơ thường gặp nhất.

**Bảng 3. Liên quan giữa VPLQTM do A. baumannii và ngày điều trị trung bình**

Liên quan giữa loại VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii và số ngày điều trị			
Đặc điểm	n	Ngày điều trị trung bình	p
VPLQTM sớm	16	16,7 ± 13,2	0,72
VPLQTM muộn	16	23,7±11,6	
Liên quan giữa loại VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii và số ngày thở máy			
VPLQTM sớm	16	2,8±0,8	<0,001
VPLQTM muộn	16	7,4±2,8	
Liên quan giữa loại VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii và số ngày nằm viện			
VPLQTM sớm	16	23,1±16,2	0,11
VPLQTM muộn	16	31,3±12,0	

**Nhận xét:** Bệnh nhân VPLQTM sớm có số ngày thở máy ít hơn so với bệnh nhân VPLQTM muộn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,001$ ). Không có sự khác biệt giữa loại VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii và số ngày điều trị, số ngày nằm viện.

**Bảng 4. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Chi số	n	Tỉ lệ (%)
Nhiệt độ (>38° C)	32	100
Ran phổi	32	100
Tăng tiết đàm	32	100
Bạch cầu tăng $\geq 12 \times 10^9/L$	27	84,4
Bạch cầu bình thường ( $4 \times 10^9/L - 12 \times 10^9/L$ )	5	15,6
Bạch cầu giảm ( $< 4 \times 10^9/L$ )	0	0
X-quang phổi	Thâm nhiễm lan tỏa	31 96,9
	Đông đặc phổi	1 3,1
	Tạo hang	0 0
Nồng độ Procalcitonin $\geq 0,5 \text{ ng/ml}$	22	59,4
CRP trung bình	15	104,6±82,0

**Nhận xét:** 100% đối tượng nghiên cứu có sốt >38° C, ran ở phổi, tăng tiết đàm, 84,4% số lượng bạch cầu tăng trên 12.000/mL, 96,9% X-

quang phổi có thâm nhiễm lan tỏa. Tỷ lệ nồng độ Procalcitonin  $\geq 0,5$  ng/ml là 59,4%.

**Bảng 5. Tỷ lệ nhạy kháng sinh của A. baumannii**

Kháng sinh	Nhạy cảm (n,%)	Trung gian (n,%)	Đề kháng (n,%)
Piperacilin/tazobactam	0(0)	0(0)	32(100)
Ceftazidime	0(0)	0(0)	32(100)
Imipenem	0(0)	0(0)	32(100)
Gentamycine	0(0)	0(0)	32(100)
Levofloxacin	0(0)	0(0)	32(100)
Ciprofloxacin	0(0)	0(0)	32(100)
Ticarcillin	0(0)	0(0)	32(100)
Ticarcillin/Clavulanic acid	0(0)	0(0)	32(100)
Meropenem	0(0)	0(0)	32(100)
Colistin	11(34,4)	21(65,6)	0(0)
Ampicillin/Sulbactam	24(75,0)	3(9,4)	5(15,6)

**Nhận xét:** Kháng sinh Colistin ghi nhận tỷ lệ trung gian 65,6% và còn nhạy cảm 34,4%, kháng sinh Ampicillin/Sulbactam ghi nhận tỷ lệ nhạy 75,0% và đề kháng 15,6%.

**Bảng 6. Kháng sinh kết hợp với Colistin**

Kháng sinh	n	Tỷ lệ (%)
Ampicillin/Basultam	25	78,1
Imipenem	3	9,4
Meropenem	9	28,1
Gentamycin	1	3,1
Vacomycin	1	3,1
Linezolid	1	3,1

**Nhận xét:** Kháng sinh kết hợp với Colistin cao nhất là Ampicillin/Basultam với 78,1% kể đến là Meropenem chiếm 28,1%.

**3.3. Kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy**

**Bảng 7. Thời gian điều trị tại khoa Hồi sức tích cực chống độc**

Đặc điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian điều trị tại HSTC-CĐ (ngày)	6	60	27,2	14,6
Thời gian thở máy (ngày)	5	52	20,2	12,8

**Nhận xét:** Thời gian điều trị tại khoa HSTC - CĐ trung bình là  $27,2 \pm 14,6$  ngày, trường hợp điều trị dài nhất là 60 ngày. Thời gian thở máy trung bình là  $20,2 \pm 12,8$  ngày.

**Bảng 8. Kết quả điều trị viêm phổi liên quan thở máy**

Kết quả ra viện	n	Tỷ lệ (%)
Nặng hơn, tử vong	22	68,7
Chuyển viện	5	15,6
Chuyển khoa	5	15,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ tử vong, nặng hơn chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,7%. Tỷ lệ bệnh hồi phục chuyển khoa chiếm 15,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 32 bệnh nhân VPLQTM do A. baumannii thỏa tiêu chí chọn mẫu. Tỷ lệ nam giới mắc VPLQTM cao hơn nữ giới với 62,5%. Tương tự các kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Quang (68,8%) [4] đều có tỷ lệ nam cao hơn so với nữ giới. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Almomani B.A. (53,8%) [5]. Sự khác nhau này có thể do lựa chọn đối tượng nghiên cứu và đặc điểm bệnh khoa Hồi sức cấp cứu khác nhau ở từng bệnh viện.

Tỷ lệ VPLQTM do A. baumannii là 37,2% cao hơn so với nghiên cứu của Hà Tấn Đức (2011) cũng thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ [2]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Quang [4] đều cho kết quả A. baumannii chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tác nhân gây VPLQĐTM. Đây thật sự là một thử thách trong điều trị viêm phổi do các tác nhân đa kháng. Trên thế giới, một phân tích gộp 27 khoa ICU của 8 quốc gia Châu Âu cho thấy tỷ lệ Staphylococcus aureus cao nhất ở Tây Ban Nha, Pháp, Bỉ và Ireland, Pseudomonas aeruginosa ở Ý và Bồ Đào Nha, Acinetobacter baumannii ở Hy Lạp và Thổ Nhĩ Kỳ, Escherichia coli ở Đức [6]. Tại Châu Á cũng cho kết quả tương tự A. baumannii chủ yếu ở các quốc gia Ấn Độ, Pakistan, Malaysia, Thái Lan Pseudomonas aeruginosa chủ yếu ở Trung Quốc, Philipin, Đài Loan, đặc biệt tại Hàn Quốc Staphylococcus aureus lại chiếm ưu thế [7].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ VPLQTM sớm và muộn là 1:1. Tỷ lệ VPLQTM sớm này cao hơn so với tác giả Geetika R. với tỷ lệ VPLQTM khởi phát sớm là 19%, VPLQTM khởi phát muộn là 81% và nghiên cứu của tác giả Patil H.V. ghi nhận tỷ lệ VPLQTM khởi phát sớm và khởi phát muộn với tỷ lệ lần lượt là 17,56% và 82,43% [7].

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VPLQTM do A. baumannii đa kháng.** Bệnh nhân có đặt nội khí quản thở máy nằm hồi sức tích cực gần như phải áp dụng các biện pháp điều trị xâm lấn và đây là nguy cơ dẫn đến viêm phổi. Vấn đề sử dụng kháng sinh trước đó làm gia tăng nguy cơ VPLQĐTM hiện tại vẫn chưa rõ ràng nhưng sẽ làm tăng nguy cơ mắc các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố nguy cơ gây VPLQTM do vi khuẩn A. baumannii đa kháng thì

yếu tố sử dụng thuốc an thần và sử dụng kháng sinh trước chẩn đoán viêm phổi là hai yếu tố nguy cơ thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 62,5% và 43,8%. Tương tự, nghiên cứu của Ngô Thanh Bình cho thấy việc sử dụng kháng sinh toàn thân trước đó chiếm 87,1% và là yếu tố nguy cơ độc lập làm phát triển VPLQĐTM với OR=1,18, 95%CI: 1,1-1,24 [1]. Tình trạng sử dụng kháng sinh phổ biến trước khi có chẩn đoán xác định làm gia tăng tình trạng kháng thuốc và gây tổn kém trong quá trình điều trị [7]. Tuy nhiên, trong điều kiện môi trường tại các khoa hồi sức tích cực không đảm bảo, bệnh nhân phải chịu nhiều thủ thuật xâm lấn như đặt NKQ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, thông tiểu... dẫn đến tâm lý các bác sỹ có chỉ định kháng sinh toàn thân ngay từ đầu khi có can thiệp nội khí quản trên người bệnh.

Tỷ lệ xuất hiện thâm nhiễm mới trên phim X quang ngực thẳng trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, trong đó có 96,9% có thương tổn phổi thâm nhiễm, lan tỏa, xẹp phổi (6,7%) và đông đặc 3,15. Trong một khảo sát 24 bệnh nhân viêm phổi được khám nghiệm tử thi cho thấy tỷ lệ chẩn đoán chính xác của X quang ngực chỉ là 64%. Giá trị của X quang ngực được thể hiện trong việc loại trừ chẩn đoán viêm phổi [5].

Trực khuẩn gram âm *A. baumannii* đã được ghi nhận đề kháng với hầu hết các nhóm kháng sinh, bao gồm cả kháng sinh nhóm carbapenem, nhóm kháng sinh được sử dụng rộng rãi để điều trị những bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng do các loại vi khuẩn *Acinetobacter* đa kháng thuốc. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đề kháng của vi khuẩn *A.baumannii* nhóm kháng sinh Carbapenem, nhóm kháng sinh Quinolone, Aminoglycosides và nhóm kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3, thế hệ 4 có tỉ lệ đề kháng 100%. Với kháng sinh Colistin ghi nhận tỉ lệ trung gian 65,6% và còn nhạy cảm 34,4%, kháng sinh Ampicillin/Sulbactam ghi nhận tỉ lệ nhạy 75,0% và đề kháng 15,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ đề kháng tương tự so với kết quả nghiên cứu của tác giả Almomani B.A. thực hiện tại vùng phía bắc Jordan và của tác giả Shojaei L. thực hiện tại Iran với tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao của các nhóm kháng sinh như carbapenem, cephalosporins hay Quinolones và vẫn chưa ghi nhận tỉ lệ đề kháng với Colistin [5].

**4.3. Kết quả điều trị.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân tử vong, nặng về chiếm đến 68,6% cao hơn Vũ Quỳnh Nga (54,2) [1].

Đối với các nghiên cứu ngoài nước, tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tương

đương với Chaari A. (60,9%) [7] cao hơn Ju M. (37,2%) [8].

Do điều kiện khoa phòng, sự quá tải ở các bệnh viện và do điều kiện kinh tế của bệnh nhân hiện nay, việc đánh giá hiệu quả điều trị thông qua kết quả điều trị tại bệnh viện thật khó khăn. Nhiều bệnh nhân chưa hoàn toàn ổn định hoặc sắp ổn định thì đã được chuyển về bệnh viện tuyến dưới để tiếp tục theo dõi và điều trị. Nhiều gia đình do hoàn cảnh kinh tế khó khăn nên xin về trước khi kết thúc liệu trình kháng sinh.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ VPLQTM do *A. baumannii* đa kháng là 37,2%, tuổi trung bình của người bệnh là 68,6±19,1 tuổi. Sử dụng thuốc an thần và kháng sinh trước chẩn đoán viêm phổi là hai yếu tố nguy cơ thường gặp nhất gây VPLQTM do *A. baumannii*. Người bệnh VPLQTM sớm có số ngày thở máy ít hơn so với VPLQTM muộn ( $p<0,001$ ). 100% người bệnh có sốt  $>38^{\circ}$  C, ran ở phổi và tăng tiết đàm; 84,4% có số lượng bạch cầu tăng trên 12.000/ml; 96,9% X-quang phổi có thâm nhiễm lan tỏa.

- Tỷ lệ tử vong, nặng, xin về 68,7%; tỷ lệ bệnh hồi phục, chuyển khoa chiếm 15,6%.

- Các nhóm kháng sinh Carbapenem, Quinolone, Aminoglycosides và Cephalosporin thế hệ 3, thế hệ 4 có tỉ lệ đề kháng 100%. *A. baumannii* còn nhạy 34,4% với kháng sinh Colistin và 75,0% với Ampicillin/Sulbactam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Hô hấp Việt Nam và Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam** (2017), "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Hà Tân Đức, Nguyễn Văn Yên** (2011), "Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy, viêm phổi liên quan đến chăm sóc y tế tại khoa Hồi sức tích cực", Tạp chí Lao và Bệnh phổi 6(3), tr. 80-81.
3. **Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al.** (2016), "Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society", *Clin Infect Dis.*, 63(5):e61- e111.
4. **Nguyễn Việt Quang** (2013), "Tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc ở bệnh nhân viêm phổi do thở máy tại phòng Hồi sức sau mổ A bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y học thực hành, Số 12(889), tr.36-39.
5. **Almomani B.A., McCullough A., et al.** (2015), "Incidence and predictors of 14-day mortality in multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in ventilator-associated pneumonia", *J Infect Dev Ctries*, 9(12), pp. 1323-1330.
6. **Kourenti D., Tsigou E., et al.** (2016), "Nosocomial pneumonia in 27 ICUs in Europe:

- perspectives from the EU-VAP/CAP study", EU-VAP/CAP Study Investigators, Electronic, pp. 152-159.
7. **Geetika R., Shweta S.** (2017), " Ventilator associated pneumonia in the ICU: microbiological profile", Journal of Bacteriology & Mycology: Open Access, Volume 4 (Issue 5), pp. 165-168.
8. **Ju M., Hou D., et al.** (2018), "Risk factors for mortality in ICU patients with Acinetobacter baumannii ventilator-associated pneumonia: impact of bacterial cytotoxicity", J Thorac Dis, 10(5), pp. 2608-2617.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI DO VI RÚT HỢP BÀO HỒ HẤP (RSV) Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Hoàng Minh Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Anh<sup>1</sup>, Đinh Văn Điệp<sup>1</sup>, Trần Văn Dũng<sup>1</sup>, Mạc Tú Chi<sup>1</sup>, Phạm Văn Vĩnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Viêm phổi là bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp thường gặp ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi, là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em. Vi rút là nguyên nhân hàng đầu gây viêm phổi ở trẻ em, trong đó vi rút hợp bào hô hấp (Respiratory Syncytial Virus – RSV) là nguyên nhân thường gặp nhất. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do RSV ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. **Đối tượng nghiên cứu:** 352 bệnh nhân dưới 5 tuổi viêm phổi do RSV trong thời gian từ 01/06/2022 đến 31/12/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu. **Kết quả:** Viêm phổi do RSV có tỷ lệ tăng dần từ tháng 6 đến tháng 9, cao nhất vào tháng 7 (28,3%), chủ yếu gặp ở nhóm tuổi từ 2 đến 24 tháng tuổi (69,6%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (98,9%), thở nhanh (81,2%), sốt (66,2%), khò khè (44%), nghe phổi có ran ẩm (97%), ran rít (51,4%), tỷ lệ trẻ có viêm phổi nặng chiếm 7,7%. Hầu hết bệnh nhân có hình ảnh tổn thương trên Xquang là dày thành phế quản/ tổ chức kẽ (90,3%), số lượng bạch cầu và CRP trung bình là  $9,55 \pm 3,8$  G/L và  $5,97 \pm 9,24$  mg/L. **Kết luận:** Trong 6 tháng cuối năm 2022, tỷ lệ viêm phổi do RSV tập trung từ tháng 6 đến tháng 9, cao nhất vào tháng 7. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ho, thở nhanh, sốt, phổi có ran ẩm. Cận lâm sàng: có hình ảnh dày thành phế quản/tổ chức kẽ trên X quang ngực, phần lớn không có sự thay đổi số lượng bạch cầu và CRP. Tỷ lệ viêm phổi nặng do RSV là 7,7%. **Từ khóa:** viêm phổi trẻ em, virus hợp bào hô hấp, RSV.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PNEUMONIA CAUSED BY RESPIRATORY SYMPTOM VIRUS (RSV) IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2022

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền  
Email: hienlamsang@hmtu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 8.5.2024  
Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024  
Ngày duyệt bài: 19.7.2024

Pneumonia is an acute respiratory infection common in young children, especially children under 5 years old, and is the main cause of death in children. Viruses are the leading cause of pneumonia in children, of which Respiratory Syncytial Virus (RSV) is the most common cause. **Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristics of RSV pneumonia in children under 5 years old at Hai Duong Children's Hospital. **Study subjects:** 352 patients under 5 years old with RSV pneumonia from June 1, 2022 to December 31, 2022. **Research method:** Retrospective. **Results:** RSV pneumonia rates gradually increase from June to September, highest in July (28.3%), mainly in the age group from 2 to 24 months old (69.6%). Common clinical symptoms are cough (98.9%), rapid breathing (81.2%), fever (66.2%), wheezing (44%). On auscultation, there was coarse crackle (97%), sibilant rhonchus (51.4%), and the rate of severe pneumonia is 7.7%. Most patients have a general picture on X-ray of bronchial wall/adrenal tissue thickening (90.3%), the average white blood cell count and CRP are  $9.55 \pm 3.8$  G/L and  $5.97 \pm 9.24$  mg/L. **Conclusion:** In the last 6 months of 2022, the rate of RSV pneumonia is concentrated from June to September, highest in July. The most common clinical symptoms are cough, rapid breathing, fever, and coarse crackle. There are images of managed/organized thickening on X-ray, mostly no change in white blood cell count and CRP. The rate of severe pneumonia due to RSV is 7.7%.

**Keywords:** Pneumonia in children, respiratory syncytial virus, RSV.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em<sup>7</sup>. Nguyên nhân phổ biến gây viêm phổi ở trẻ em là vi rút, trong đó RSV là nguyên nhân hàng đầu<sup>1</sup>. Theo nghiên cứu tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Nhi Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2019, có 3472 ca nhập viện vì viêm phổi, trong đó 7,2% là viêm phổi nặng do RSV. Tuổi nhập viện trung bình  $4,94 \pm 6,04$  tháng tuổi<sup>5</sup>. Theo nghiên cứu của Nair H và cộng sự, ước tính có khoảng 33,8 triệu trường hợp