

chủ yếu ở nhóm bệnh nhân > 50 tuổi. Điều đó chứng minh, tuổi càng cao đối tượng nghiên cứu càng có nguy cơ tổn thương thận nặng nề.

Qua bảng 7, cho thấy có sự liên quan giữa giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu, cụ thể tỉ lệ bệnh nhân nữ có bệnh thận mạn giai đoạn III,IV (78,6%) cao hơn nhiều lần so với nhóm bệnh nhân nam (35,5%). Chứng tỏ, bệnh nhân nữ mắc bệnh gút có khả năng tổn thương thận thận nhiều hơn bệnh nhân nam.

Có sự khác biệt giữa số đợt viêm/năm với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, cụ thể là tỉ lệ bệnh thận mạn giai đoạn III,IV ở nhóm bệnh nhân có từ 2 đợt viêm/năm trở lên (59,3%) cao hơn so với nhóm có một đợt viêm/năm (35,0%). Điều đó chứng minh, càng tái phát nhiều đợt viêm/năm thì nguy cơ tổn thương thận của bệnh thận càng tăng.

Qua nghiên cứu, không phát hiện mối liên quan giữa biến chứng sỏi thận hay tổn thương thận qua xét nghiệm nước tiểu với các đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu: $\geq 60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ chiếm 58,9% và $< 60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ chiếm 41,1%. Trong số đó có 44,9% bệnh thận mạn giai đoạn II, giai đoạn III là 36,4% và chỉ có 4,7% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV. Có 35,5% bệnh nhân có thiếu máu và 43,0% bệnh nhân có creatinin máu tăng và 76,6% bệnh nhân có tăng acid uric máu. Tỉ lệ protein niệu, hồng cầu niệu, protein niệu và/hoặc hồng cầu niệu dương tính lần lượt là 40,2%, 24,3% và 48,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân gút mạn tính xuất hiện sỏi thận là 9,3%, bất thường hình thái thận là

4,6%. Có sự khác biệt giữa tuổi, giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$. Có sự khác biệt giữa đợt viêm/năm với bệnh thận mạn ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa biến chứng sỏi thận hay tổn thương thận qua xét nghiệm nước tiểu với các đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bình, Lưu Thị và Anh, Võ Thị Ngọc** (2014), "Tình trạng tăng huyết áp trên các bệnh nhân gút tại bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên", Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 68, tr. 183.
2. **Khoa, Nguyễn Việt, Nghi, Trần Hồng và Anh, Bùi Hoàng** (2019), "Biến chứng sỏi thận và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân gút", Tạp chí y dược lâm sàng 108. 14(5).
3. **Virak, Khim, Trang, Trần Huyền và Hùng, Nguyễn Văn** (2023), "Nhận xét đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút tại bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam. 531, tr. 283-287.
4. **Neogi, T. và các cộng sự.** (2015), "2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative", Ann Rheum Dis. 74(10), tr. 1789-98.
5. **Thiele, R. G. và Schlesinger, N.** (2007), "Diagnosis of gout by ultrasound", Rheumatology (Oxford). 46(7), tr. 1116-21.
6. **Nephrology, International society of** (2012), KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, Kidney International Supplements.
7. **Nephrology, International society of** (2012), "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International Supplements.
8. **Ostermann, M. và các cộng sự.** (2020), "Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference", Kidney Int. 98(2), tr. 294-309.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN GÂY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY ĐƯỢC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VIS KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹, Nguyễn Tường Anh¹,
Nguyễn Anh Kiệt¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Võ Trường Toản
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh
Email: ntcanh@vtu.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024
Ngày duyệt bài: 8.8.2024

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân gây kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa ở khoa Ngoại chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2019

đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy xương: tai nạn giao thông chiếm 66,1%, tai nạn sinh hoạt chiếm 22,6%; cơ chế: 83,9% chấn thương trực tiếp; tay gãy: 58,1% gãy tay phải, 41,9% gãy tay trái; phân độ theo AO: 75,8% loại A, 22,6% loại B; vị trí gãy: 83,8% gãy 1/3G. **Từ khóa:** gãy xương, kết hợp xương, nẹp vis, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CLOSED HUMAN BODY FRACTURES WHO RECEIVED VIS-LOCKING BONE JOINT SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of patients with closed humeral shaft fractures undergoing surgery with locking screw plates at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 48 patients diagnosed with closed humeral shaft fractures who were operated on with a locking screw splint in the Department of Trauma Surgery at Can Tho Central General Hospital since March. 2019 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Causes of bone fractures: traffic accidents account for 66.1%, daily life accidents account for 22.6%; mechanism: 83.9% direct trauma; broken arms: 58.1% broke the right arm, 41.9% broke the left arm; grading according to AO: 75.8% type A, 22.6% type B; Fracture location: 83.8% fractured 1/3G. **Keywords:** fracture, bone fusion, splint, clinical, paraclinical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương cánh tay là một xương dài ở cánh tay bắt đầu từ vai cho đến khuỷu, là cánh tay đòn cho hoạt động chức năng của chi trên, khi xương cánh tay bị tổn thương sẽ ảnh hưởng đến chức năng chung của cả chi trên [4]. Chẩn đoán gãy thân xương cánh tay dựa vào lâm sàng và X-quang. Chú ý các tổn thương kèm theo đặc biệt là tổn thương thần kinh quay chiếm khoảng 10% [3],[5]. Vì vậy, việc thăm khám đánh giá tổn thương thần kinh quay là rất cần thiết. Hiện nay, nẹp vis được chỉ định dùng nhiều trong các trường hợp phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương cánh tay. Nhằm để hiểu rõ tính ưu việt cũng như hạn chế và đánh giá kết quả điều trị sớm của phương pháp kết hợp xương nẹp vis điều trị gãy kín thân xương cánh tay chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân gãy kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh

nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa ở khoa Ngoại chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vis khóa điều trị gãy kín thân xương cánh tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024. bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án, phim X-quang trước và sau mổ, có địa chỉ liên lạc rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: Gãy xương bệnh lý. Bệnh nhân không hợp tác, tử vong vì bất kỳ lý do gì trong quá trình nghiên cứu. Bệnh nhân gãy thân xương cánh tay kèm tổn thương đám rối thần kinh cánh tay ngay từ đầu vì rất khó đánh giá được hồi phục của thần kinh quay khi đã liệt cả 3 dây thần kinh. Bệnh nhân có tình trạng tổn thương phổi hợp là chấn thương sọ não kín gây liệt nửa người bên gãy thân xương cánh tay ngay từ đầu. Bệnh nhân có gãy thân xương cánh tay kèm cắt cụt cẳng tay cùng bên do đập nát không có khả năng hồi phục.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \left(\frac{1-q}{2} \right) \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, $d = 0,07$.

- p: tỷ lệ thành công dự kiến, dựa vào nghiên cứu của Nguyễn Thanh Chơn (2020), tỷ lệ liền vết mổ kỹ đầu sau phẫu thuật chiếm 93,5% nên chúng tôi chọn p là 0,935 [1].

Thay vào công thức trên: $n \approx 47,65$. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 48 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, loại bỏ các mẫu có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào, lấy tối thiểu 48 mẫu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: nguyên nhân gãy xương; cơ chế chấn thương; chi gãy;

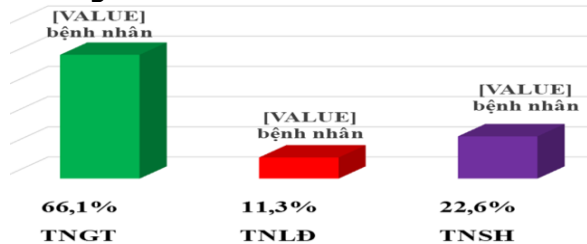
tổn thương phổi hợp; thời gian trước mổ; triệu chứng lâm sàng: điểm đau chói, cử động bất thường, tiếng lạo xạo xương, biến dạng chi, gãy chi; xếp loại bệnh nhân theo ASA; phân loại gãy theo AO theo X-quang và hình ảnh CTscanner.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0 và Excel 2013. Các test kiểm định: Sử dụng test Chi-Square (χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Sử dụng T-Test để so sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình. Các phép so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình.

2.3. Y đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản.

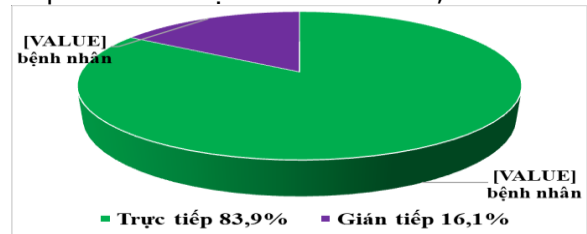
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nguyên nhân – Cơ chế chấn thương



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân gây xương

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nguyên nhân gây kín thân xương cánh tay là tai nạn giao thông với 41/62 bệnh nhân chiếm 66,1%, tiếp theo đứng thứ hai là nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt với 14/ 62 bệnh nhân chiếm 22,6%. Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7 bệnh nhân chiếm 11,3%.



Biểu đồ 3.2. Cơ chế chấn thương

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm đa số với 52 bệnh nhân

chiếm 83,9%, cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm thấp hơn với 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16,1%. Không có bệnh nhân nào có cơ chế chấn thương phổi hợp.

3.2. Tay gãy

Bảng 3.1. Tay gãy – Tay thuận

Tay tổn thương – Tay thuận	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Tay tổn thương	Tay phải	36	58,1
	Tay trái	26	41,9
Tay thuận	Tay phải	62	100
	Tay trái	0	0
Tổng	62	100	

Nhận xét: Số bệnh nhân bị gãy kín thân xương cánh tay bên phải chiếm đa số với 36 bệnh nhân chiếm 58,1%, số bệnh nhân bị gãy tay trái gặp ít hơn với 26 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 41,9%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tay thuận là tay phải.

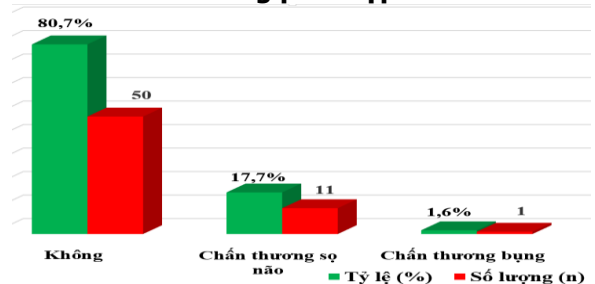
3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm đau chói	62	100,0
Sưng nề	62	100,0
Cử động bất thường	24	38,7
Lạo xạo xương	21	33,9
Biến dạng chi	62	100,0
Tổn thương thần kinh	9	14,5
Tổn thương ĐM cánh tay	0	0
Bầm tím muôn	14	22,5

Nhận xét: Triệu chứng sưng nề, điểm đau chói và biến dạng chi có 100% bệnh nhân có kết quả dương tính. Dấu hiệu cử động bất thường ghi nhận (+) trong 24 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 38,7%. Dấu hiệu lạo xạo xương (+) chiếm thấp hơn với 21 bệnh nhân (33,9%). Dấu hiệu bầm tím muôn chỉ ghi nhận được ở 14 bệnh nhân chiếm 22,5%. Dấu hiệu tổn thương thần kinh quay ghi nhận được ở 9 bệnh nhân chiếm 14,5%. Không ghi nhận dấu tổn thương ĐM cánh tay.

3.4. Tổn thương phổi hợp



Biểu đồ 3.3. Tổn thương phổi hợp

Nhận xét: Bệnh nhân có tổn thương phổi hợp kèm theo gãy thân xương cánh tay là 12

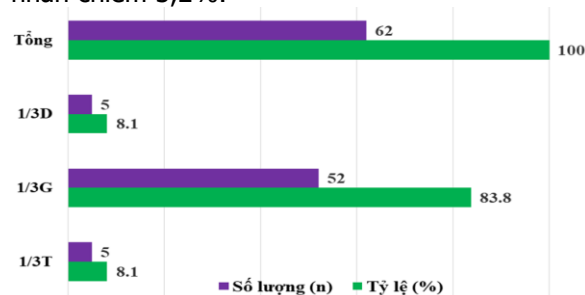
bệnh nhân chiếm tỷ lệ 19,3%. Chấn thương sọ não kèm theo ghi nhận có 11 bệnh nhân chiếm 17,7%, chấn thương bụng gặp ở 1 bệnh nhân chiếm 1,6%.

3.5. Phân loại xương gãy

Bảng 3.3. Tính chất đường gãy

Tính chất đường gãy	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy ngang	24	38,7
Gãy chéo	28	45,2
Gãy có mảnh rời	8	12,9
Đoạn trung gian	2	3,2
Tổng	62	100

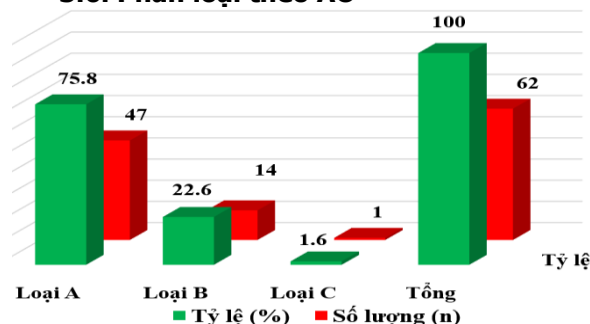
Nhận xét: Đường gãy chéo chiếm nhiều nhất với 28 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 45,2%, đường gãy ngang có 24 bệnh nhân chiếm 38,7%, gãy có mảnh rời ít hơn với có 8 bệnh nhân chiếm 12,9%, chiếm thấp nhất là gãy 2 tầng (gãy có đoạn trung gian) chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 3,2%.



Biểu đồ 3.4. Vị trí gãy

Nhận xét: Trong các bệnh nhân gãy kín thân xương cánh tay thì vị trí gãy chiếm nhiều nhất là 1/3G với 52/62 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 83,8%, gãy 1/3D và gãy 1/3T có số bệnh nhân bằng nhau với 5 bệnh nhân ở mỗi nhóm chiếm tỷ lệ 8,1%.

3.6. Phân loại theo AO



Biểu đồ 3.5. Phân loại gãy theo AO

Nhận xét: Phân loại gãy AO ghi nhận chiếm nhiều nhất là loại A với 47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 75,8%, tiếp theo là loại B với 14 bệnh nhân chiếm 22,6%, chiếm thấp nhất là gãy loại C với 1 bệnh nhân chiếm 1,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cơ chế chấn thương. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân bị gãy thân xương cánh tay do cơ chế trực tiếp với 52 bệnh nhân chiếm 83,9%, cơ chế chấn thương gián tiếp chiếm thấp hơn với 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 16,1%. Không có bệnh nhân nào có cơ chế chấn thương phối hợp. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác với cơ chế chấn thương trực tiếp là chủ yếu. nghiên cứu của Đào Văn Hải có cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm đến 86,76% [2].

4.2. Tay gãy. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong 62 bệnh nhân có số bệnh nhân bị gãy kín thân xương cánh tay bên phải chiếm đa số với 36 bệnh nhân chiếm 58,1%, số bệnh nhân bị gãy tay trái gặp ít hơn với 26 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 41,9%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tay thuận là tay phải. Nguyễn Thanh Chơn ghi nhận trong nghiên cứu 280 bệnh nhân gãy thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis của Vladimir Boschi (2013) thì gãy tay bên phải có 179/280 bệnh nhân chiếm 63,9%, gãy tay bên trái có 101/280 bệnh nhân chiếm 36,1% [1].

4.3. Đặc điểm, tính chất ổ gãy. Nghiên cứu ghi nhận đặc điểm đường gãy với gãy chéo chiếm nhiều nhất với 28 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 45,2%, đường gãy ngang có 24 bệnh nhân chiếm 38,7%, gãy có mảnh rời ít hơn với 8 bệnh nhân chiếm 12,9%, chiếm thấp nhất là gãy 2 tầng (gãy có đoạn trung gian) chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 3,2%. nghiên cứu của Đào Văn Hải ghi nhận có đường gãy chéo vát chiếm cao nhất với 32 bệnh nhân (chiếm 47%), đường gãy ngang gặp ở 30 bệnh nhân (chiếm 44,1%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là loại gãy có mảnh rời và gãy phức tạp với 4,4% [2].

4.4. Phân loại gãy xương theo AO. Theo phân loại AO, loại A được ghi nhận nhiều nhất với 47 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 75,8%, tiếp theo là loại B với 14 bệnh nhân chiếm 22,6%, chiếm thấp nhất là gãy loại C với 1 bệnh nhân chiếm 1,6%. nghiên cứu của Đào Văn Hải ghi nhận gãy loại A là chiếm đa số với 89,71%, loại B và C chiếm tỷ lệ gần bằng nhau với kết quả lần lượt là 5,88% và 4,41% [2].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân gãy xương: tai nạn giao thông chiếm 66,1%, tai nạn sinh hoạt chiếm 22,6%; cơ chế: 83,9% chấn thương trực tiếp; tay gãy: 58,1%

gãy tay phải, 41,9% gãy tay trái; phân độ theo AO: 75,8% loại A, 22,6% loại B; vị trí gãy: 83,8% gãy 1/3G.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Chơn (2020), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Luận án CK II, Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Đào Văn Hải (2017), "Kết quả điều trị phẫu thuật gãy thân xương cánh tay bằng nẹp vis tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang", Luận văn tốt

- nghiệp CK cấp II, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
3. Nguyễn Đức Phúc (2010), "Gãy thân xương cánh tay", Kỹ thuật mổ chấn thương chỉnh hình, NXB Y Học, Hà Nội, tr.253-255.
 4. Nguyễn Quang Quyền (2020), "Cánh tay" - Bài giảng giải phẫu học, NXB Y học, tr. 168 - 170.
 5. Gerard Chang, Asif M Ilya (2018), "Radial Nerve Palsy Humeral Shaft Fracture: The Case for Early Exploration and a New Classification to Guide Treatment and Prognosis", Hand Clinics, 34 (1), pp. 105-112.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA PSEUDOMONAS AERUGINOSA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG NĂM 2023

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Lê Huyền My², Phạm Quỳnh Hoa², Tạ Văn Thọ¹, Nguyễn Văn An^{3,4}, Lê Hạ Long Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Pseudomonas aeruginosa là một mầm bệnh cơ hội gây ra nhiều bệnh nhiễm trùng, nhiễm khuẩn bệnh viện, cùng với đó, tình trạng kháng kháng sinh trầm trọng của vi khuẩn này cũng khiến cho việc điều trị gặp nhiều trở ngại. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định đặc điểm phân bố và tình hình kháng kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa* phân lập được tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang năm 2023. **Kết quả:** Trong tổng số 162 chủng *P. aeruginosa* gây bệnh phân lập trong thời gian nghiên cứu, các chủng *P. aeruginosa* phần lớn được phân lập từ bệnh phẩm hô hấp và nước tiểu, chiếm tỷ lệ lần lượt là 59,9% và 26,5% tổng số chủng. *P. aeruginosa* có tỷ lệ phân lập cao ở nhóm người bệnh ≥ 60 tuổi (58,7%), người bệnh điều trị ở khoa ICU (hồi sức tích cực) (59,9%) và nam giới (78,4%). Các chủng *P. aeruginosa* được phân lập đề kháng thấp nhất với kháng sinh Colistin (6,1%), Ceftazidime-Avibactam (33,5%) và đề kháng cao nhất với Ciprofloxacin (67,7%). Tỷ lệ đề kháng của *P. aeruginosa* với Piperacillin-Tazobactam là 58,6%, Aztreonam 55,6%, Ceftazidime 59,3%, Cefepime 60,5%, Imipenem 65,4%, Meropenem 64,2%, Levofloxacin 66,4%. **Kết luận:** Đặc điểm phân bố *P. aeruginosa* có mối liên quan với các yếu tố độ tuổi, bệnh phẩm, khoa/phòng điều trị và giới tính. Các kháng sinh Colistin và Ceftazidime-Avibactam có thể là những lựa chọn phù hợp trong điều trị nhiễm trùng do *P. aeruginosa*.

Từ khóa: *Pseudomonas aeruginosa*, kháng kháng sinh, bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang.

SUMMARY

RESISTANCE PATTERNS OF PSEUDOMONAS AERUGINOSA ISOLATED AT BAC GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2023

Pseudomonas aeruginosa is a significant opportunistic pathogen known for causing a variety of infections, including those acquired in hospital settings. Its substantial antibiotic resistance poses challenges to effective treatment. **Method:** This cross-sectional study aimed to investigate the distribution patterns and antibiotic resistance profiles of *P. aeruginosa* strains isolated at Bac Giang province general hospital in 2023. **Results:** Of the 162 pathogenic *P. aeruginosa* strains isolated during the study period, a majority were obtained from respiratory (59.9%) and urine (26.5%) specimens. Notably, higher isolation rates were observed among patients aged 60 years and older (58.7%), those receiving treatment in intensive care units (59.9%), and male patients (78.4%). Antibiotic susceptibility testing showed varying resistance levels among the isolated strains. Colistin exhibited the lowest resistance rate (6.1%), followed by Ceftazidime-Avibactam (33.5%), whereas Ciprofloxacin showed the highest resistance rate (67.7%). Piperacillin-Tazobactam (58.6%), Aztreonam (55.6%), Ceftazidime (59.3%), Cefepime (60.5%), Imipenem (65.4%), Meropenem (64.2%), and Levofloxacin (66.4%) demonstrated moderate to high resistance rates. **Conclusion:** Distribution patterns of *P. aeruginosa* were associated with factors such as age, specimen type, departments, and sex gender. Colistin and Ceftazidime-Avibactam are potential treatment options for *P. aeruginosa* infections based on their lower resistance rates. These findings underscore the importance of continued surveillance and judicious

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương

³Bệnh viện Quân y 103

⁴Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024