

đối tượng thu thập nhưng cho kết quả rất khác nhau vì có định nghĩa khác nhau về biến số đó. Chúng tôi ghi nhận ĐH không đạt mục tiêu trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ bệnh nhân mắc các biến chứng như suy hô hấp ($p = 0,005$) và tử vong ($p = 0,043$) sau phẫu thuật.

Khi phân tích về kết quả ĐH mao mạch và biến chứng sau phẫu thuật cho thấy những BN có biến chứng sau phẫu thuật có ĐH cao hơn so với nhóm không biến chứng ở thời điểm ngay trước phẫu thuật ($p=0,011$) và ngày 1 sau phẫu thuật ($p=0,001$). Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Wang và cộng sự (2019) cho thấy ĐH mao mạch trung bình sau phẫu thuật tăng (OR = 1,13 mỗi 1 mmol/L) có liên quan đến biến cố bất lợi sau phẫu thuật [10]. Tương tự, các nghiên cứu ở bệnh nhân ĐTĐ có phẫu thuật cho thấy kiểm soát ĐH làm giảm suy thận cấp, giảm thời gian nằm viện và điều trị tại khoa hồi sức tích cực, giảm thời gian thở máy, giảm tử vong và giảm nhiễm trùng. Tuy nhiên việc kiểm soát ĐH quá chặt chẽ làm tăng tỉ lệ hạ ĐH. Chúng tôi ghi nhận những BN đạt mục tiêu ở cả ba thời điểm ngay trước phẫu thuật và ngày 1, ngày 2 sau phẫu thuật có tỉ lệ biến chứng thấp hơn 0,33 lần với $p=0,031$. Các nhóm đạt từ 1 đến 2 thời điểm trong ba thời điểm xét nghiệm trên chưa thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân có ĐH mao mạch đạt mục tiêu cao nhất ở ngày phẫu thuật và thấp nhất ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Những BN trải qua phẫu thuật lớn và thuộc nhóm chương trình có mức ĐH đạt mục tiêu cao. Những biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ và suy thận cấp. ĐH cao trước phẫu thuật có liên quan đến gia tăng nguy cơ biến chứng suy

hô hấp và tử vong. Những BN có biến chứng có mức ĐH cao hơn so với nhóm không biến chứng ở thời điểm trước và ngày 1 sau phẫu thuật. Việc kiểm soát tốt ĐH ở cả ba thời điểm làm giảm tỉ lệ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Passaro M Levetan CS, Jablonski K (1998), "Unrecognized diabetes among hospitalized patients", *Diabetes Care*, 246-249.
2. Smiley D Umpierrez GE, Jacobs S (2011). "Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes undergoing general surgery RABBIT 2 surgery". *Diabetes Care*, 34:256-261.
3. WHO (2016). Global report on diabetes. Place. Published.
4. Galloway, C. R. Shuman (1963). "Diabetes and surgery. A study of 667 cases". *Am J Med*, 34:177-191.
5. International diabetes federation. IDF diabetes atlas ninth edition. Place. Published. 2019
6. Shetty, R Bhat S Rai, S Rao, P Thejeswi, P, S R HS (2013). "Comparison Of Early Postoperative Complications Of Laparotomies In Diabetics And Non-Diabetics - A Study On South Indian Population". *The Internet Journal of Surgery*, 30(4):1
7. American Diabetes Association. Diabetes care in the hospital: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020;43(1):193-202.
8. Nguyễn Cao Thúy Hằng, Trần Quang Nam (2019). "Kiểm soát đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân đái tháo đường phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân". *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 23(1):187-192.
9. The International Surgical Outcomes Study group. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. *British Journal of Anaesthesia*. 2016;117(5):60-609.
10. J. Wang, Chen, K., Li, X., Jin, X., An, P., Fang, Y., Mu, Y (2019). "Postoperative adverse events in patients with diabetes undergoing orthopedic and general surgery". *Medicine*, 98(14):e15089.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN BẰNG LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ADROGEN

Dương Thị Sen^{1,2}, Vũ Hồng Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn bằng liệu pháp ức chế Adrogen.

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Sen

Email: bssenn1683@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 56 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến tiền liệt di căn được điều trị bằng liệu pháp ức chế Adrogen tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/01/2018 - 01/01/2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán: đau xương (66,1%), mất ngủ (62,5%), tiểu khó (39,3%), 83,9% bệnh nhân có nồng độ PSA > 100ng/mL, di căn xương (94,6%), di căn hạch (64,3%), bệnh nhân cắt tinh hoàn bằng phẫu thuật (46,4%), bệnh nhân cắt tinh hoàn bằng nội khoa (53,6%). Nồng độ PSA sau 3 tháng đạt thấp nhất. Thời gian sống không tiến

triển (PFS) trung bình là 24,8±1,9 tháng, PFS ở nhóm cắt tinh hoàn bằng phẫu thuật là 20,8±1,5 tháng, PFS ở nhóm cắt tinh hoàn bằng nội khoa là 29,8±3,3 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Liệu pháp ức chế Androgen là điều trị nền tảng, xuyên suốt và có hiệu quả trong ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, di căn, liệu pháp ức chế Androgen.

SUMMARY

RESULTS OF METASTATIC PROSTATE CANCER TREATMENT WITH ANDROGEN INHIBITION THERAPY

Objective: Evaluation of the treatment results of metastatic prostate cancer with androgen deprivation therapy. **Patients and methods:** Retrospective cross-sectional study of 40 patients diagnosed with metastatic prostate cancer treated with Androgen inhibition therapy at Nghe An Oncology Hospital from January 1, 2018 to January 1, 2023. **Results:** Clinical characteristics at the time of diagnosis: bone pain (66.1%), insomnia (62.5%), dysuria (39.3%), 83.9% of patients had PSA levels >100ng/mL, bone metastasis (94.6%), lymph node metastasis (64.3%), patients with surgical orchiectomy (46.4%), patients with medical orchiectomy (53.6%). PSA levels were lowest after 3 months. Median progression-free survival (PFS) was 24.8±1.9 months, PFS in the surgical orchiectomy group was 20.8±1.5 months, PFS in the medical orchiectomy group was 29.8±3.3 months, the difference was not statistically significant. **Conclusion:** Androgen deprivation therapy is a fundamental, consistent and effective treatment in metastatic prostate cancer. **Keywords:** prostate cancer, metastasis, androgen deprivation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tiền liệt tuyến là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt là tại các nước phát triển. Theo ước tính của GLOBOCAN 2022, trên thế giới có 1.467.584 trường hợp mắc mới, và 397.430 trường hợp tử vong do UTTTL[1].

Ung thư tiền liệt tuyến là bệnh diễn biến chậm trong nhiều năm, và khi có biểu hiện lâm sàng, bệnh đã ở giai đoạn muộn. Trên thực tế, tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm còn rất thấp, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Nếu như ở Mỹ, nơi có tỉ lệ UTTTL cao và bệnh nhân được chẩn đoán sớm do việc sàng lọc PSA và sinh thiết tiền liệt tuyến thực hiện tốt, tỉ lệ UTTTL giai đoạn IV là 6,4% [2], thì tỉ lệ này tại Việt Nam là trên 50% [3].

Ung thư tiền liệt tuyến có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau, gồm phẫu thuật, xạ trị, nội tiết, hóa trị và miễn dịch tùy theo giai đoạn bệnh, yếu tố nguy cơ và tiên lượng sống thêm của bệnh nhân. Khi bệnh nhân ở giai đoạn di căn, liệu pháp ức chế androgen

bao gồm cắt tinh hoàn nội khoa và ngoại khoa là điều trị nền tảng, đóng vai trò quan trọng hàng đầu. Cho tới nay còn ít nghiên cứu trong nước đánh giá về hiệu quả của liệu pháp ức chế androgen trong điều trị ung thư tiền liệt tuyến di căn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư tiền liệt tuyến di căn bằng liệu pháp ức chế androgen.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Chọn các bệnh nhân được điều trị từ 01/2018 đến 01/2023 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Chẩn đoán ung thư TTL di căn:
- + Có kết quả chẩn đoán mô bệnh học khẳng định ung thư TTL.
- + Có bằng chứng di căn trên xạ hình xương và/hoặc tổn thương di căn trên CT/MRI. Nếu hạch bạch huyết là bằng chứng di căn duy nhất, kích thước hạch phải ≥ 2 cm, mất cấu trúc hạch.

- Được điều trị bằng liệu pháp ức chế androgen có thể kết hợp với thuốc kháng androgen thế hệ thứ nhất (Bicalutamide).

- Hồ sơ lưu trữ đủ thông tin nghiên cứu

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Giải phẫu bệnh không phải là ung thư biểu mô tiền liệt tuyến

- Có ung thư thứ hai

- Bệnh nhân được điều trị kết hợp với hóa chất, các thuốc nội tiết khác (docetaxel, abiraterone,...)

2.3. Cỡ mẫu: cỡ mẫu toàn bộ (các bệnh án đầy đủ thông tin từ 01/2018–01/2023)

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Cách thức tiến hành:

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án
- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu
- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước khi điều trị
- Đánh giá bệnh nhân sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng điều trị.

2.6. Phân tích số liệu: số liệu được nhập và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 21.0. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Tỷ lệ đáp ứng trên triệu chứng lâm sàng.
- Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS)

2.7. Đạo đức nghiên cứu

- Phương pháp điều trị đã được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới.

- Có sự cho phép của bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình mắc bệnh là 70,84 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 65-79 là nhóm tuổi hay gặp nhất (62,5%). Tuổi lớn nhất là 93 tuổi, thấp nhất 56 tuổi.

Đái tháo đường (21,4%) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh mạn tính kèm theo.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

| Triệu chứng lâm sàng | Tần suất | Tỷ lệ % |
|----------------------|----------|---------|
| Đau xương | 37 | 66,1 |
| Mất ngủ | 35 | 62,5 |
| Tiểu khó | 22 | 39,2 |
| Mệt mỏi | 20 | 35,7 |

Nhận xét: Đau xương (66,1%), mất ngủ (62,5%), tiểu khó (39,3%) là 3 triệu chứng thường gặp nhất trên lâm sàng.

Bảng 2: Đặc điểm phương pháp điều trị

| Phương pháp | Số BN | Tỷ lệ % |
|--------------------------|-------|---------|
| Cắt tinh hoàn ngoại khoa | 26 | 46,4 |
| Cắt tinh hoàn nội khoa | 30 | 53,6 |

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu điều trị cắt tinh hoàn nội khoa chiếm 53,6%.

3.2. Đánh giá đáp ứng

3.2.1. Đáp ứng trên PSA

Bảng 3. Sự thay đổi tPSA tại các thời điểm

| Thời điểm | Trước điều trị | Sau 1 tháng | Sau 3 tháng | Sau 6 tháng | Sau 12 tháng |
|--------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| tPSA (ng/ml) | 470,10 | 43,38 | 15,75 | 18,84 | 59,04 |

Nhận xét: Nồng độ PSA sau 3 tháng đạt thấp nhất.

3.2.2 Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS)

Bảng 4. PFS với phương pháp cắt tinh hoàn

| Phương pháp điều trị | PFS (tháng) | Giá trị p |
|--------------------------|-------------|-----------|
| Cắt tinh hoàn ngoại khoa | 20,8±1,5 | 0,39 |
| Cắt tinh hoàn nội khoa | 29,8±3,3 | |
| PFS trung bình | 24,8±1,9 | |

Nhận xét: Thời gian sống thêm không tiến triển trung bình là 24,8±1,9 tháng. PFS ở nhóm cắt tinh hoàn bằng nội khoa cao hơn ở nhóm cắt tinh hoàn bằng ngoại khoa, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,039.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 70 tuổi, thấp nhất là 58 tuổi, cao nhất là 93 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 65- 79 tuổi chiếm 65%. Kết quả này cũng tương đương với độ tuổi của bệnh nhân ung thư giai đoạn di căn được báo cáo trong nghiên cứu của Lê Thị Khánh Tâm [4] trung bình là 71,8 tuổi (từ 54 đến 83 tuổi), nhóm tuổi

thường gặp nhất là từ 65- 79 tuổi chiếm 74,7%.

Bệnh nhân chủ yếu đến khám vì đau xương (67,5%), mất ngủ (52,5%) và tiểu khó (45%). Các triệu chứng cơ năng biểu hiện phong phú vì nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân bị giai đoạn muộn của UTTTL. Nhiều bệnh nhân đến viện khám không chỉ một triệu chứng mà có nhiều triệu chứng khác nhau vì các triệu chứng lâm sàng là do u tuyến tiền liệt tổn thương và lan rộng tại chỗ hoặc biểu hiện của các cơ quan di căn. Kết quả nghiên cứu tương tự với kết quả của tác giả Lê Thị Khánh Tâm [4] với tỷ lệ đau xương thường gặp nhất chiếm 58,7%, tiếp theo là mất ngủ 46,7%, tiểu khó chiếm 41,3%.

Trong UTTTL, di căn xương là phổ biến nhất (92,5%), do đó, đau do di căn xương cũng là tình trạng phổ biến nhất ở bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn di căn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 46,4% bệnh nhân cắt tinh hoàn bằng phẫu thuật, 53,6% bệnh nhân điều trị bằng nhóm thuốc đồng vận LHRH tương đương với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm, tỷ lệ bệnh nhân điều trị bằng phương pháp cắt tinh hoàn là 52%, cắt tinh hoàn bằng thuốc là 48% [4]. Cắt tinh hoàn bằng nội khoa hay ngoại khoa đều đạt hiệu quả tương đương và đều nên bắt đầu sớm ngay sau khi bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn di căn. Nghiên cứu của tác giả Kaisary và cộng sự tiến hành trên 292 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến được cắt tinh hoàn bằng zoladex và ngoại khoa cho thấy rằng không có sự khác biệt về tỉ lệ đáp ứng (lần lượt là 71% và 72%, p=0,91), thời gian đến khi đáp ứng (9,0 và 10,2 tuần, p=0,51) và thời gian duy trì đáp ứng (53,7 tuần và 50,1 tuần)[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đáp ứng với điều trị ADT có thể được quan sát thấy ngay từ tháng thứ nhất sau điều trị (PSA trước điều trị 466,23ng/ml, sau 1 tháng điều trị ADT 45,15 ng/ml). Điều này có nghĩa tất cả bệnh nhân đều có mức giảm PSA 100% so với mức PSA ban đầu. Bảng 3.9 cho thấy PSA của bệnh nhân đạt nồng độ thấp nhất tại thời điểm 3 tháng điều trị ADT (13,40 ng/ml), sau đó có xu hướng tăng dần. Kết quả này có chút khác biệt với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm [4] khi nghiên cứu 75 bệnh nhân UTTTL giai đoạn di căn điều trị bằng phương pháp ADT. Theo đó, mức giảm PSA thấp nhất tại thời điểm 6 tháng (22,8 ng/ml) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, PFS với cắt tinh hoàn ngoại khoa là 31,7 tháng cao hơn so với nhóm cắt tinh hoàn nội khoa 22,8 tháng, tuy nhiên sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý

ngĩa thống kê. Kết quả này có chút khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn cho thấy PFS với cắt tinh hoàn nội khoa là 31,44 tháng cao hơn so với nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa 22,62 tháng, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [6].

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp ức chế androgen là điều trị nền tảng và hiệu quả trong ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn di căn. Cụ thể là:

- Sau 3 tháng điều trị, nồng độ PSA đạt mức thấp nhất.

- Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung bình là 24,8 ± 1,9 tháng

- PFS ở nhóm cắt tinh hoàn ngoại khoa là 20,8 ± 1,5 tháng, ở nhóm cắt tinh hoàn nội khoa là 29,8 ± 3,3 tháng, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 08/10/2023.
2. **Cetin K, Beebe-Dimmer J.L., Fryzek J.P. và cộng sự.** (2010). Recent time trends in the epidemiology of stage IV prostate cancer in the United States: analysis of data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. *Urology*, 75(6), 1396–1404.
3. **Vũ Xuân Huy.** (2011), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Ung thư Tuyến Tiền Liệt giai đoạn IV, Luận văn thạc sỹ ung thư, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
4. **Lê Thị Khánh Tâm.** (2021), Đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV.
5. **Kaisary A.V., Tyrrell C.J., Peeling W.B. and et al.** (1991). Comparison of LHRH analogue (Zoladex) with orchiectomy in patients with metastatic prostatic carcinoma. *Br J Urol*, 67(5), 502–508
6. **Nguyễn Anh Tuấn.** (2021), Kết quả điều trị ung thư tiền liệt tuyến di căn bằng liệu pháp ức chế androgen, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG MYCOPLASMA PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Nguyễn Văn An^{1,2}, Lê Hạ Long Hải^{3,4}

TÓM TẮT

Mycoplasma hominis và *Ureaplasma urealyticum* (gọi tắt là *Mycoplasma*) là những vi khuẩn có thể gây nhiều bệnh đường tiết niệu-sinh dục ở cả hai giới. *Mycoplasma* đề kháng tự nhiên với nhiều loại kháng sinh, và đang gia tăng khả năng đề kháng với các kháng sinh thường dùng để điều trị. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và tính kháng kháng sinh của các chủng *Mycoplasma* phân lập được tại bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2022. **Kết quả:** Trong 314 mẫu bệnh phẩm sinh dục, 81 (25,8%) mẫu dương tính với *Mycoplasma*, bao gồm: 3 mẫu đơn nhiễm với *M. hominis*, 53 mẫu đơn nhiễm với *U. urealyticum* và 25 mẫu đồng nhiễm. Độ tuổi dưới 23 và nữ giới là những yếu tố ảnh hưởng tới khả năng nhiễm *Mycoplasma* sinh dục. *U. urealyticum* đơn nhiễm nhạy cảm cao nhất với pristinamycin (100%), josamycin (98,1%) và doxycycline (96,2%), đề kháng cao nhất với ciprofloxacin (58,5%) và ofloxacin (39,6%). Không có chủng *M. hominis* đơn nhiễm nào nhạy cảm với ofloxacin và erythromycin, và cũng không có chủng nào đề kháng với doxycycline, josamycin và

tetracycline. Trong các mẫu đồng nhiễm, hai vi khuẩn này nhạy cảm cao nhất với pristinamycin (72,0%) và doxycycline (60,0%), trong khi đề kháng cao nhất với ciprofloxacin (96,0%), erythromycin (84,0%) và ofloxacin (80,0%) và có 5 mẫu đề kháng lại tất cả các kháng sinh thử nghiệm. **Kết luận:** Sự kháng thuốc của *Mycoplasma* với các kháng sinh thông dụng đã đặt ra thách thức lớn trong việc điều trị các bệnh nhiễm khuẩn do *Mycoplasma* gây ra.

Từ khóa: kháng kháng sinh, *Mycoplasma*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL CHARACTERISTICS OF MYCOPLASMA ISOLATED IN NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY

Mycoplasma hominis and *Ureaplasma urealyticum* (collectively called *Mycoplasma*) are pathogenic bacteria responsible for various genitourinary infections in both males and females. These bacteria inherently exhibit resistance to many antibiotics and are showing increasing resistance to the others commonly used for treatment. **Methods:** This cross-sectional study aimed to determine the infection rate and antibiotic resistance profile of *Mycoplasma* strains isolated at the National Hospital of Dermatology and Venereology in 2022. **Results:** A total of 314 genital specimens were collected and analyzed, yielding an overall *Mycoplasma* positivity rate of 25.8% (81/314). Of these, 3 samples were single infected with *M. hominis*, 53 with *U. urealyticum*, and 25 presented co-

¹Bệnh viện quân y 103

²Học viện Quân Y

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024