HIV (PrEP) lúc bắt đầu tham gia điều trị; nhận thức về rủi ro của PrEP, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và sợ kỳ thị là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc tham gia PrEP của nhóm này. Tỷ lệ tuân thủ điều trị PrEP được đánh giá ở mức trung bình khá và giảm dần qua các kỳ đánh giá. Mặc dù vậy, kết quả này khả quan hơn so với một số nước có cùng trình độ phát triển, một số khu vực lân cận trong nước.

**Lời cảm ơn:** Nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới thầy cô hướng dẫn, lãnh đạo Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cần Thơ và đối tượng nghiên cứu đã tạo điều kiện thuận lợi và tham gia nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế,** Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2021 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2022. 2022, Báo cáo số 76/BC-BYT ngày 14/01/2022 của Bộ Y tế.
2. **Cục Phòng chống HIV/AIDS,** Kết quả giám sát trọng điểm HIV/STI, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi - Nhóm MSM năm 2020. 2020.
3. **Bộ Y tế,** Tài liệu đào tạo quản lý và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP). 2020, Nhà Xuất bản Y học: Hà Nội.
4. **Hoornenborg, E., et al.,** Pre-exposure prophylaxis for MSM and transgender persons in early adopting countries. Aids, 2017. **31**(16): p. 2179-2191.
5. **Wu, L., et al.,** Patterns of PrEP Retention Among HIV Pre-exposure Prophylaxis Users in Baltimore City, Maryland. J Acquir Immune Defic Syndr, 2020. **85**(5): p. 593-600.
6. **Yi S, T.S., Mwai GW, et al**,, Awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. J Int AIDS Soc,, 2017. **20(1):21580. doi: 10.7448/IAS.20.1.21580.**
7. **Châu, N.T.L.v.L.B.**, Kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV (PrEP) ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2021 – 2022. Tạp chí Y học Dự phòng, 2022. **32**(3): p. 69-77.
8. **A Ogunbajo, N.L., S Kushwaha, et al,** Knowledge and Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM) in Ghana. AIDS Care, 2020. **32**(3): p. 330-336.
9. **Dung, N.V.L.v.T.N.,** Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV ở các đối tượng có hành vi nguy cơ cao tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022. **54**: p. 124-131.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÍNH NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA AEROMONAS HYDROPHILA GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

**Lưu Sỹ Tùng[1,3], Văn Đình Tráng[2], Tạ Thị Diệu Ngân[3]**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của Aeromonas hydrophila gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu tất cả người bệnh nhiễm khuẩn huyết do A. hydrophila điều trị trong giai đoạn 2018 đến 2024. **Kết quả**: Có 37 người bệnh được vào nghiên cứu, 27 người bệnh là nam (73%), xơ gan là bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất (67,5%). Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng: 43,2% nhiễm khuẩn da mô mềm, chủ yếu là ban phỏng nước có xuất huyết ở cẳng chân; 83,7% suy tạng, trong đó hầu hết là suy từ 2 tạng trở lên (64,8%); 35,1% sốc nhiễm khuẩn. Tỉ lệ tử vong là 29,7%. Trên 90% số chủng vi khuẩn phân lập được còn nhạy với Ceftriaxon, Cefepim, Ciprofloxacin và nhóm Carbapenem. Tỷ lệ nhạy với Ceftazidim, Amikacin và Levofloxacin chỉ đạt trên 80%. Vi khuẩn kháng với Ampicillin (80,6%), Ampicillin/Sulbactam (40,6%), Piperacillin/ Tazobactam (18,9%). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết do A. hydrophila là nhiễm khuẩn không thường gặp, có thể gây tử vong cao. Cần nghi ngờ nhiễm khuẩn do A. hydrophila ở các bệnh nhân xơ gan, có biểu hiện ban đầu là sốt kèm các ban phỏng nước xuất huyết ở cẳng chân. Chẩn đoán sớm và điều trị kháng sinh kịp thời hiệu quả có thể cứu sống được bệnh nhân. ***Từ khoá:*** Nhiễm khuẩn huyết, xơ gan, Aeromonas hydrophila, nhạy cảm kháng sinh

*[1]Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
*[2]Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương*
*[3]Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân
Email: dr.dieungan@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024
Ngày duyệt bài: 28.10.2024

## SUMMARY

### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY OF AEROMONAS HYDROPHILA CAUSING SEPTICEMIA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

**Objectif:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and antibiotic susceptibility of Aeromonas hydrophila causing septicemia at the National Hospital of Tropical Diseases. **Methods**: Cross-sectional, retrospective study of all patients diagnosed with septicemia caused by Aeromonas

hydrophila during period 2018 to 2024. **Result:** 37 patients were enrolled in the study, 27 of which was males (73%), cirrhosis was the underlying disease with the highest rate (67.5%). Clinical manifestations were diverse: 43.2% had skin and soft tissue infections, mainly blisters with bleeding on the lower legs; 83.7% had organ failure, of which most had failure of more than 2 organs (64.8%). The rate of septic shock was 35.1%, the overall fatality rate was 29.7%. Over 90% of isolated bacterial strains were sensitive to ceftriaxone, cefepime, ciprofloxacin and carbapenem groups. The sensitivity rate to ceftazidime, amikacin and levofloxacin was just over 80%. Aeromonas hydrophila were resistant to ampicillin (80.6%), ampicillin/sulbactam (40.6%), and piperacillin/tazobactam (18.9%). **Conclusion:** A. hydrophila septicemia is uncommon, but can cause notable rates of morbidity and mortality. It is important to have a suspicion of A. hydrophila infection in cirrhosis patients with fever and blisters with bleeding on the lower legs at initial presentation. Prompt diagnosis and early treatment with effective antibiotics are vital. ***Từ khóa:*** septicemia, cirrhosis, Aeromonas hydrophila, antibiotic susceptibility.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aeromonas hydrophila là vi khuẩn gram âm, có thể sống trong môi trường nước, thực phẩm, đất, và gây bệnh ở cả động vật và con người. Bệnh cảnh lâm sàng do vi khuẩn này gây ra ở người rất đa dạng, từ nhiễm khuẩn đường tiêu hóa đến nhiễm khuẩn huyết (NKH) và các biến chứng nghiêm trọng khác. Vi khuẩn thường hay gây bệnh ở những người có suy giảm miễn dịch hoặc có bệnh lý nền như bệnh lý xơ gan (54%), bệnh ác tính (21%) [1], bệnh bạch cầu, u lympho, loạn sản tủy, đái tháo đường, rối loạn chức năng thận.... Tỷ lệ nhiễm khuẩn do Aeromonas cũng thay đổi tùy theo vùng địa dư khác nhau, tỷ lệ tử vong dao động từ 23,1% đến 56% tuỳ thuộc từng nghiên cứu [2,3], với các trường hợp sốc nhiễm trùng tỉ lệ tử vong lên đến 100% [4].

Trong các nghiên cứu trước đây về NKH do Aeromonas nói chung và do A. hydrophila nói riêng, các tác giả nhận thấy rằng bệnh cảnh lâm sàng không khác biệt nhiều so với bệnh cảnh lâm sàng chung của NKH do vi khuẩn Gram âm. Tuy nhiên tính nhạy cảm với kháng sinh có thể thay đổi và khác nhau tuỳ thuộc từng nghiên cứu. Hầu hết các chủng Aeromonas đều kháng penicillin, ampicillin, và ticarcillin. Vi khuẩn cũng đã được báo cáo có kháng với ciprofloxacin [5], imipenem [8] . Tại Việt Nam, cho đến nay chỉ có duy nhất một nghiên cứu lâm sàng liên quan đến nhiễm khuẩn huyết Aeromonas hdrophila tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Để nâng cao hiệu quả trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị người bệnh nhiễm khuẩn huyết do A. hydrophila chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của Aeromonas hydrophila gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh trên 16 tuổi điều trị tại bệnh viện được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết do Aeromonas hydrophila khi có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Có ít nhất 2/4 tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: (1) Nhiệt độ > 38$^{o}$C hoặc < 36$^{o}$C; Nhịp tim > 90 lần/phút; (3) Nhịp thở > 20 lần/ phút hoặc $PaCO_2$ < 32 mmHg (không có hỗ trợ oxy); (4) Bạch cầu máu > 12000 hoặc < 4000/mm$^3$, hoặc bạch cầu non > 10%
- Có kết quả nuôi cấy máu và/hoặc dịch nốt phỏng phân lập được Aeromonas hydrophila.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Thu thập các bệnh án nghiên cứu của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2024.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

**Cỡ mẫu**: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, được thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án chung của nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện, kết quả cấy máu và các dịch cơ thể, mức độ nhạy cảm kháng sinh, kết cục điều trị.

**Các kỹ thuật, định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu gồm:**

- Cấy máu: sử dụng máy BACTEC FX top và BACTEC virtuo. Định danh vi khuẩn bằng phương pháp Malditof hoặc Vitek. Xác định mức độ nhạy cảm bằng phương pháp Kirby-Bauer hoặc E-test. Dựa vào đường kính vùng ức chế và điểm gãy trong tài liệu hướng dẫn phiên giải kết quả kháng sinh đồ (cơ sở CLSI theo từng năm), mức độ nhạy cảm có thể phân chia thành phân loại S (susceptible - nhạy cảm), I (intermediate – trung gian), R (resistant - đề kháng) hoặc NS (non-susceptible - không nhạy cảm).
- Xét nghiệm huyết học và hoá sinh theo thường quy tại Bv Bệnh Nhiệt đới Trung ương.
- Định nghĩa suy các tạng dựa vào tiêu chuẩn của Hội nghị quốc tế về sepsis 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS và tham khảo từ nghiên cứu của Jelena Dumančić [6].

**Xử lý số liệu**. Các số liệu được thu thập và được xử lí bằng phần mềm SPSS 20.0

**Đạo đức nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu

hồi cứu nên không lấy phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân trong nghiên cứu đều được mã hoá và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/1/2018 đến 30/6/2024 có 37 người bệnh được chọn vào nghiên cứu. Trong đó có 27 nam chiếm 73%, tuổi trung bình 51,2±11,2tuổi, từ 29 đến 72 tuổi.

Có 13 người bệnh có sốc (gồm 7 sốc lúc nhập viện và 6 sốc trong quá trình điều trị). Kết cục có 11 người bệnh nặng xin về để tử vong, chiếm 29,7%.

***Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý nền và các yếu tố nguy cơ***

| Bệnh lý nền và yếu tố nguy cơ | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Xơ gan | 14 | 37,8 |
| Xơ gan + bệnh lý khác | 11 | 29,7 |
| Ung thư | 4 | 10,8 |
| Đái tháo đường | 6 | 16,3 |
| HIV | 2 | 5,4 |
| Dùng corticoid | 3 | 8,1 |
| Vết thương tiếp xúc nước, đất bẩn | 8 | 21,6 |
| Lạm dụng rượu | 14 | 37,8 |

***Nhận xét:*** - Tất cả người bệnh đều có bệnh lý nền hoặc yếu tố nguy cơ, trong đó xơ gan chiếm tỷ lệ cao nhất (67,5%).

- Tỷ lệ người bệnh lạm dụng rượu khá cao (37,8%), và có 21,6% có vết thương tiếp xúc với nước, đất bẩn.

***Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng suy tạng lúc nhập viện***

| Đặc điểm | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Sốc | 7 | 18,9 |
| Nhiễm trùng da mô mềm | 16 | 43,2 |
| Viêm dạ dày ruột | 6 | 16,2 |
| Viêm thận – bể thận | 1 | 2,7 |
| Viêm màng não | 1 | 2,7 |
| Suy hô hấp | 7 | 18,9 |
| Suy thận | 6 | 16,2 |
| Suy gan | 14 | 37,8 |
| Rối loạn đông máu | 9 | 24,3 |
| Tỷ lệ suy các tạng | | |
| - Suy 1 tạng | 7 | 18,9 |
| - Suy > 2 tạng | 24 | 64,8 |

***Nhận xét: -*** Bệnh cảnh lâm sàng gây ra bởi Aeromonas hydrophila đa dạng, biểu hiện ở đa cơ quan, trong đó biểu hiện nhiễm trùng da mô mềm chiếm tỷ lệ khá cao (43,2%). Tại thời điểm nhập viện có 18,9% người bệnh có sốc.

- Có 83,7% người bệnh có suy tạng, trong đó hầu hết là có suy từ 2 tạng trở lên (64,8%).

***Bảng 3. Đặc điểm tổn thương da mô mềm trong NKH do A. hydrophyla***

| Tổn thương da | | Số trường hợp | Tỷ lệ % trên số ca có tổn thương mô mềm (n=16) | Tỷ lệ % trên tổng số bệnh nhân (n=37) |
|---|---|---|---|---|
| Tính chất | Ban xuất huyết đám mảng dưới da | 4 | 25,0 | 10,8 |
| | Ban phỏng nước | 6 | 37,5 | 16,2 |
| | Áp xe | 1 | 6,25 | 2,7 |
| | Viêm mô tế bào | 4 | 25,0 | 10,8 |
| | Viêm cân hoại tử | 1 | 6,25 | 2,7 |
| Vị trí | Cẳng chân | 8 | 50,0 | 21,6 |
| | Bàn chân | 4 | 25,0 | 10,8 |
| | Đùi | 1 | 6,25 | 2,7 |
| | Cẳng tay | 2 | 12,5 | 5,4 |
| | Bụng | 1 | 6,25 | 2,7 |

***Nhận xét:*** Có 16 trường hợp có tổn thương da, mô mềm. Trong số các trường hợp có tổn thương da mô mềm, ban phỏng nước thường hay gặp nhất, tiếp theo là viêm mô tế bào và mảng xuất huyết lớn dưới da. Các tổn thương gặp chủ yếu ở vị trí cẳng chân, bàn chân.

***Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm máu lúc nhập viện***

| Đặc điểm | Số trường hợp n=37 | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Hb < 120 (g/l) | 21 | 56,8 |
| Bạch cầu >12 G/l | 8 | 21,6 |
| Bạch cầu < 4 G/l | 9 | 24,3 |
| GOT ≥ 80 IU/ml | 22 | 59,5 |
| GPT ≥ 80 IU/ml | 14 | 37,8 |
| PLT ≤ 100 G/l | 24 | 64,9 |
| CRP > 30 mg/l | 16 | 43,2 |
| PCT > 2 ng/ml | 23 | 62,2 |
| Creatinin > 120 µmol/l | 9 | 24,3 |
| Bilirubin TP > 17µmol/l | 31 | 83,8 |
| Albumin < 35 g/l | 29 | 80, 6 |
| INR > 1,5 | 23 | 62,2 |
| Fibrinogen < 1,5 g/l (n= 29) | 3 | 10,3 |
| d-Dimer > 1000 µg/l (n= 17) | 15 | 88,2 |

***Nhận xét:*** - Trên 80% người bệnh có xét nghiệm Bilirubin toàn phần tăng kèm theo có hạ albumin máu và tăng D-dimer; 64,9% có tiểu cầu giảm ≤ 100 G/l.

- Có 24,3% có bạch cầu dưới 4000 G/l và

tăng Creatinin >120 µmol/l.

***Bảng 5. Tỷ lệ nuôi cấy xác định được vi khuẩn từ các bệnh phẩm***

| Bệnh phẩm | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Máu | 36 | 97,3 |
| Dịch nốt phỏng | 6 | 16,2 |
| Mủ vết thương | 2 | 5,4 |
| Dịch màng phổi | 1 | 2,7 |

***Nhận xét:*** Hầu hết người bệnh đều được phát hiện vi khuẩn gây bệnh từ mẫu bệnh phẩm máu nuôi cấy (97,3%), tỷ lệ cấy dịch nốt phỏng thấp 16,2%.

***Bảng 6. Độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn***

| Kháng sinh | Nhạy cảm(S) | | Trung gian(I) | | Kháng(R) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) | Số trường hợp (n) | Tỷ lệ (%) |
| Ampicillin (n=31) | 4 | 12,9 | 2 | 6,5 | **25** | **80,6** |
| Piperacillin + Tazobactam (n= 37) | 25 | 67,6 | 5 | 13,5 | 7 | 18,9 |
| Ampicillin + Sulbactam (n=32) | 13 | 40,6 | 6 | 18,8 | **13** | **40,6** |
| Ceftazidime (n=37) | 31 | 83,8 | 3 | 8,1 | 3 | 8,1 |
| **Ceftriaxone (n=33)** | **35** | **97,2** | 1 | 2,8 | 0 | 0 |
| **Cefepim (n=36)** | **35** | **97,2** | 1 | 2.8 | 0 | 0 |
| Levofloxacin(n=34) | 30 | 88,2 | 4 | 11,8 | 0 | 0 |
| **Ciprofloxacin(n=37)** | **35** | **94,6** | 2 | 4,4 | 0 | 0 |
| Amikacin(n=37) | 30 | 81,1 | 5 | 13,5 | 2 | 5,4 |
| Gentamycin(n=37) | 28 | 75,7 | 4 | 10.8 | 5 | 13.5 |
| **Imipenem(n=36)** | **34** | **94.4** | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| **Meropenem(n=36)** | **34** | **94,4** | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 |
| Trimethoprim/ sulfamethoxazole (n=36) | 26 | 72,2 | 5 | 13,9 | 5 | 13,9 |

***Nhận xét:*** - Trên 90% số chủng vi khuẩn phân lập được còn nhạy cảm với Ceftriaxon và Cefepim, Ciprofloxacin và nhóm Carbapenem. Tỷ lệ nhạy với Ceftazidim, Amikacin và Levofloxacin giảm chỉ còn trên 80%.

- Vi khuẩn kháng với Ampicillin (80,6%), tiếp theo đến Ampicillin + Sulbactam (40,6%), và Piperacillin + tazobactam (18,9%).

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là 51 tuổi (từ 29 - 72 tuổi). Đa số là nam giới, chiếm 73%. Nghiên cứu của Hung-Jen Tang tại Đài Loan cũng cho kết quả tương tự với 70% là nam [7], của Kaki tại Arab Saudi có 91,7% nam giới [8]. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ít nhất 1 bệnh lý nền hoặc có yếu tố nguy cơ kèm theo, trong đó xơ gan, đái tháo đường là 2 bệnh lý nền thường hay gặp nhất. Ngoài ra có 21,6% người bệnh có tiền sử vết thương tiếp xúc với nước hoặc đất bẩn và 37,8% có lạm dụng rượu. Kết quả của Chuang H.C trên 87 người bệnh NKH do A. hydrophila tại Đài Loan cho thấy các bệnh lý nền thường gặp là xơ gan 62%, đái tháo đường 31% [9]. Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm của Rhee J.Y trên 198 người bệnh tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ ung thư 42,3%, xơ gan 39,4%, đái tháo đường 21,2% [10].

Tỷ lệ bệnh nặng xin về để tử vong trong nghiên cứu là 29,7%. Nghiên cứu của Ko và công sự tại Đài Loan[1] cho thấy tỷ lệ tử vong trong 14 ngày là 32%. Tỷ lệ tử vong thay đổi từ 25%-46% đối với các trường hợp NKH và khoảng 50% với các trường hợp viêm phổi [8]. Các trường hợp có tỷ lệ tử vong thấp thường chỉ có nhiễm trùng da và mô mềm đơn thuần, không có hoại tử cân cơ.

Các đặc điểm lâm sàng của NKH do A. hydrophila trong nghiên cứu này rất đa dạng. Tại thời điểm vào viện tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 18,9%, suy hô hấp 18,9%, suy gan 37,8%, suy thận 16,2%, rối loạn đông máu 24,3%, viêm dạ dày ruột 16,2%, gặp một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có viêm thận bể thận (2,7%), viêm màng não (2,7%). Tỷ lệ suy tạng khá cao trong nghiên cứu, với 64,8% bệnh nhân có suy từ 2 tạng trở lên. Nghiên cứu của Bùi Thị Thuý tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn trước đó cũng cho thấy 84,4% có suy tạng, trong đó 44,4% có suy từ 2 tạng trở lên. Chuang H.C năm 2011 cho thấy NKH do A. hydrophila có suy tuần hoàn 40%, suy thận 25% và suy hô hấp 14%[9].

Một trong những điểm khác biệt của NKH do A. hydrophila so với các vi khuẩn khác là tổn thương da gặp với tỷ lệ cao (43,2%). Chủ yếu là các ban phỏng nước có kèm mảng xuất huyết

lớn trên da, và thường hay gặp ở vị trí cẳng chân. Ở hầu hết các trường hợp này, vi khuẩn xâm nhập qua vết thương trên da và gây nhiễm trùng nguyên phát ở mô mềm, sự tiến triển nhanh chóng của nhiễm trùng tương tự như những gì có thể xảy ra trong nhiễm trùng do liên cầu khuẩn. Các tổn thương da, mô mềm bao gồm từ viêm mô tế bào nhẹ đến viêm cân hoại tử và hoại tử cơ cấp tính, áp xe phát triển ở 90% vết thương bị nhiễm trùng trong NKH do A. hydrophila, có thể lan rộng nhanh chóng dọc theo mặt phẳng cân.

***Hình 3.1.*** *Một số hình ảnh tổn thương da mô mềm trong NKH do A. hydrophila ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương*

Về đặc điểm cận lâm sàng, có 56,8% bệnh nhân thiếu máu, chủ yếu thiếu máu nhẹ và trung bình, 64,9% có giảm tiểu cầu ≤ 100 G/l. Nghiên cứu có 24,3% giảm bạch cầu < 4 G/l. Giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu có thể là hậu quả của NKH nhưng cũng có thể là hậu quả của bệnh lý nền trước đây, đặc biệt là xơ gan. Giảm các dòng máu ngoại vi làm tăng nguy cơ diễn biến bệnh nặng và tử vong ở người bệnh NKH do A. hydrophila. Kết quả nghiên cứu của Chuang cho thấy tỷ lệ giảm tiểu cầu ở nhóm tử vong (87%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm khỏi bệnh (55%) [9]. Đi kèm với giảm tiểu cầu, các rối loạn khác về đông máu trong nghiên cứu này cũng khá cao, với 62,2% tăng INR (>1,5) và 88,2% tăng d-dimer (>1000 µg/l). Nghiên cứu của Hwee Kheng Lim và cộng sự [12] trên 48 người bệnh NKH do A. hydrophila có 42% có sốc, 23% đông máu rải rác nội mạch.

Kết quả cấy máu cho thấy 97,6% người bệnh phân lập được vi khuẩn trong máu; có 1 bệnh nhân (2,4%) cấy máu âm tính nhưng kết quả cấy dịch nốt phỏng dương tính và người bệnh có biểu hiện của NKH rõ. Trong số bệnh nhân nghiên cứu, có 13,5% phân lập được vi khuẩn từ cả bệnh phẩm máu và dịch nốt phỏng. Các nghiên cứu khác có thể phân lập được nhiều chủng Aeromonas từ bệnh phẩm máu: tại Pháp, cấy máu phát hiện được 35,7% A. hydrophila [13] và ở Đài Loan phát hiện được 58% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ phân lập được duy nhất A. hydrophila mà không phân lập được các chủng Aeromonas gây bệnh khác, tất cả các chủng phân lập được đều là nhiễm khuẩn từ cộng đồng. Kết quả kháng sinh đồ cho thấy, vi khuẩn còn nhạy cảm với Ceftriaxon 97,2%; Cefepim 97,2%; Ciprofloxacin 94,6%; Imipenem và Meropenem 94,4%. Tỷ lệ nhạy cảm của vi khuẩn này đã giảm hơn đối với một số kháng sinh như Levofloxacin (88,2%), Ceftazidime (83,8%), Amikacin (81,1%), Gentamycin (75,7%). Do đó ưu tiên sử dụng kháng sinh ban đầu nên là Ceftriaxone hoặc Cefepim hoặc Ciprofloxacin. Vi khuẩn đề kháng với Ampicillin (80,6%), Ampicillin/Sulbactam (40,6%). Với Piperacillin/ Tazobactam có 18,9% kháng, tỷ lệ nhạy với kháng sinh này chỉ đạt 67,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Thúy [11], tuy nhiên tỷ lệ nhạy cảm với Amikacin chỉ còn 81,1% thấp hơn (96,9%). Nghiên cứu của Kaki [8] và cộng sự cho thấy 75% A. hydrophila phân lập được từ máu là do nhiễm trùng bệnh viện, tất cả các chủng vi khuẩn phân lập được còn nhạy với gentamicin, cefepime và ciprofloxacin, nhưng lại đề kháng cao với meropenem (62,5%) và Ceftazidime (83,3%).

## V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn huyết do Aeromonas hydrophila chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân xơ gan. Tổn thương da, mô mềm là dấu hiệu thường gặp và là biểu hiện đặc trưng của nhiễm khuẩn do A. hydrophila, chủ yếu là ban phỏng nước có kèm xuất huyết hoại tử, vị trí tổn thương hay gặp là cẳng chân. Ceftriaxon, Cefepim, Ciprofloxacin, Imipenem và Meropenem là các kháng sinh được khuyên dùng điều trị NKH do A. hydrophila.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Ko WC, Lee HC, Chuang YC, Liu CC, Wu JJ.** Clinical features and therapeutic implications of 104 episodes of monomicrobial Aeromonas bacteraemia. The Journal of infection. May 2000;40(3):267-73. doi:10.1053/jinf.2000.0654
2. **Tsai YH, Shen SH, Yang TY, Chen PH, Huang KC, Lee MS**. Monomicrobial Necrotizing Fasciitis Caused by Aeromonas hydrophila and Klebsiella pneumoniae. Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre. 2015;24(5):416-23. doi:10.1159/000431094
3. **Wu CJ, Lee HC, Chang TT, et al.** Aeromonas spontaneous bacterial peritonitis: a highly fatal infectious disease in patients with advanced liver

cirrhosis. Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi. Apr 2009; 108 (4): 293-300. doi:10.1016/s0929-6646 (09)60069-3
4. **Monaghan SF, Anjaria D, Mohr A, Livingston DH.** Necrotizing fasciitis and sepsis caused by Aeromonas hydrophila after crush injury of the lower extremity. Surgical infections. Aug 2008; 9(4): 459-67. doi:10.1089/sur.2007.028
5. **Patel KM, Svestka M, Sinkin J, Ruff Pt.** Ciprofloxacin-resistant Aeromonas hydrophila infection following leech therapy: a case report and review of the literature. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS. Jan 2013; 66(1):e20-2. doi:10.1016/ j.bjps.2012.10.002
6. **Dumančić J, Čupić M, Potočnjak I, Trbušić M, Degoricija V.** The effectiveness of synthetic glucocorticoids on the disease course, treatment, and outcome of severe sepsis and septic shock. Endocrine Oncology and Metabolism. 03/15 2016;2:72-81. doi:10.21040/eom/2016.2.8
7. **Tang HJ, Lai CC, Lin HL, Chao CM.** Clinical manifestations of bacteremia caused by Aeromonas species in southern Taiwan. PloS one. 2014;9(3):e91642. doi:10.1371/journal.pone.0091642
8. **Kaki R.** A retrospective study of Aeromonas hydrophila infections at a university tertiary hospital in Saudi Arabia. BMC infectious diseases. Oct 9 2023;23(1):671. doi:10.1186/s12879-023-08660-8
9. **Chuang HC, Ho YH, Lay CJ, Wang LS, Tsai YS, Tsai CC.** Different clinical characteristics among Aeromonas hydrophila, Aeromonas veronii biovar sobria and Aeromonas caviae monomicrobial bacteremia. Journal of Korean medical science. Nov 2011;26(11):1415-20. doi:10.3346/jkms.2011.26.11.1415
10. **Rhee JY, Jung DS, Peck KR**. Clinical and Therapeutic Implications of Aeromonas Bacteremia: 14 Years Nation-Wide Experiences in Korea. Infection & chemotherapy. Dec 2016;48(4):274-284. doi:10.3947/ic.2016.48.4.274

# KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIỆT NAM MẮC SẸO DO TRỨNG CÁ

**Võ Huy Tâm[1], Huỳnh Thị Xuân Tâm[1]**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu**: Mô tả các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở bệnh nhân mắc sẹo do trứng cá. **Đối tượng và phương pháp**: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, tiến cứu gồm 57 bệnh nhân mắc sẹo do trứng cá và 57 bệnh nhân mắc trứng cá không sẹo đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ 04/2024 – 10/2024. **Kết quả**: Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm sẹo do trứng cá (SDTC) là 20,11 ± 3,15, trong khi nhóm trứng cá không sẹo (TCKS) là 20,02 ± 3,79. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm SDTC (54,4%) so với nhóm TCKS (36,8%). Tuổi khởi phát trung vị của bệnh nhân nhóm SDTC là 15 tuổi. Sẹo teo chiếm tỷ lệ cao nhất (80,7%). Ngược lại sẹo quá phát/sẹo lồi chỉ chiếm 19,3% và chủ yếu phân bố ở vùng ngực và lưng. Hầu hết bệnh nhân mắc SDTC mức độ nhẹ và trung bình (70,2%) theo thang định tính Goodman và Baron. **Kết luận:** SDTC phổ biến ở nam giới và thường gặp ở độ tuổi thanh thiếu niên. Tiền sử gia đình và tiền căn tái phát trứng cá có thể là yếu tố nguy cơ gây ra sẹo trong khi giới tính có thể liên quan đến độ nặng sẹo.

***Từ khóa:*** sẹo do trứng cá, đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng.

## SUMMARY

### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACNE SCAR PATIENTS IN VIETNAM: A SURVEY STUDY

**Objective:** To describe the epidemiological and clinical characteristics of patients with acne scars. **Subjects and Methods:** A prospective case series study involving 57 patients with acne scars and 57 patients with acne without scars who presented and received treatment at Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology from April 2024 to October 2024. **Results**: The mean age of patients in the acne scarring group (ASG) was 20.11 ± 3.15 years, while it was 20.02 ± 3.79 years in the non-scarring acne group (NSAG). Males constituted a higher proportion in the ASG (54.4%) compared to the NSAG (36.8%). The median age of onset in the ASG was 15 years. Atrophic scars were the most prevalent type (80.7%), whereas hypertrophic/keloid scars accounted for only 19.3%, primarily located on the chest and back. Most patients had mild to moderate scarring (70.2%) according to the Goodman and Baron qualitative grading scale. **Conclusion**: Acne scars are more common in males and typically occur in adolescence. A family history of acne and recurrent episodes are potential risk factors for scarring, while gender may be associated with acne scars.

***Keywords:*** acne scars, epidemiological characteristics, clinical features.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là một bệnh viêm da mạn tính liên quan đến đơn vị nang lông tuyến bã, chiếm khoảng hơn 80% ở thanh thiếu niên và người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng bao gồm nhân trứng cá đóng hoặc mở hay

[1]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm
Email: tamhtx@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 22.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024
Ngày duyệt bài: 29.10.2024