

không tái lập tuần hoàn là 53,8%, tỉ lệ bệnh nhân tử vong tại viện là 66,7%. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với tác giả Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự với tỉ lệ tử vong là 45,7%¹⁰. Có thể nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu ít nên cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để so sánh về tỷ lệ tái lập tuần hoàn và tỷ lệ tử vong tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong sau ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Bệnh viện E còn cao, với nhiều thách thức về thời gian phản ứng, kỹ năng cấp cứu của cộng đồng và chất lượng chăm sóc tại viện. Để cải thiện kết quả, cần có thêm các chương trình đào tạo cộng đồng về CPR để người bệnh được ép tim ngay, tối ưu hóa hệ thống cấp cứu với trung tâm điều phối hướng dẫn sơ cấp cứu tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lam V, Hsu CH. Updates in Cardiac Arrest Resuscitation. Emerg Med Clin North Am. 2020;38(4): 755-769. doi:10.1016/j.emc.2020.06.003
2. Perman SM, Elmer J, Maciel CB, et al. 2023 American Heart Association Focused Update on Adult Advanced Cardiovascular Life Support: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2024;149(5): e254-e273. doi:10.1161/CIR.0000000000001194
3. Soar J, Becker LB, Berg KM, et al. Cardiopulmonary resuscitation in special circumstances. Lancet. 2021;398(10307):1257-1268. doi:10.1016/S0140-6736(21)01257-5
4. Đỗ Ngọc Sơn, Lương Quốc Chính, Phạm Thị Dung và cộng sự. Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. Bull World Health Organ. 2021;99(1):50-61. doi:10.2471/BLT.20.269837
5. Ông MEH, Shin SD, De Souza NNA, et al. Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). Resuscitation. 2015;96: 100-108. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.026
6. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Ngọc Sơn, Vũ Đình Hùng và cộng sự. Outcomes for out-of-hospital cardiac arrest transported to emergency departments in Hanoi, Vietnam: A multi-centre observational study. Emerg Med Australas. 2021;33(3):541-546. doi:10.1111/1742-6723.13750
7. Nguyễn Việt Hậu, Tăng Tuấn Phong, Nguyễn Quốc Huy và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết cục của người bệnh ngừng tim ngoại viện tại Khoa cấp cứu Bệnh viện Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Y Học Việt Nam. 2024; 544(3). doi:10.51298/vmj.v544i3.12052
8. Nichol G, Thomas E, Callaway CW, et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. JAMA. 2008;300(12): 1423-1431. doi:10.1001/jama.300.12.1423
9. Đặng Ngọc Anh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đức Phúc và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Khoa cấp cứu Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. Y Học Việt Nam. 2024;540(3). doi:10.51298/vmj.v540i3.10465
10. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Quốc Linh. Đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân sau ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai. Y Học Việt Nam. 2023;523(2). doi:10.51298/vmj.v523i2.4506

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ CĂN NGUYÊN VI SINH VẬT GÂY BỆNH Ở NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY ĐƯỢC NỘI SOI PHẾ QUẢN ỒNG MỀM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN E

Trần Thị Thu¹, Nguyễn Thị Ly¹, Nguyễn Thị Nga¹,
Nguyễn Thị Kiều Trinh¹, Phạm Thị Phương Loan¹, Nguyễn Thanh Tùng¹,
Nguyễn Đình Thuyền^{1,2}, Nguyễn Quỳnh Anh³, Vũ Hải Vinh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và căn nguyên vi sinh vật gây bệnh ở người bệnh thở

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu

Email: tranthubve@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 2.4.2025

máy được nội soi phế quản ồng mềm tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả 25 người bệnh có thông khí nhân tạo xâm nhập được nội soi phế quản. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và căn nguyên vi sinh vật gây bệnh ở người bệnh thở máy được nội soi phế quản. **Kết quả:** Nghiên cứu 25 bệnh nhân thở máy được nội soi phế quản tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện E từ 03/2024 đến 11/2024, chúng tôi thấy: Tuổi trung bình: 61,4 ± 19,8 tuổi. Dịch phế quản cho thấy 46,7% mẫu nuôi cấy ra *Acinetobacter baumannii*, kháng sinh đồ đa kháng với các kháng sinh phổ rộng, còn 50% trung gian với colistin. Có 33,3% mẫu dịch phế quản nuôi

cấy ra *Pseudomonas Aerruginosa* kháng gần như hoàn toàn với các kháng sinh thông thường, chỉ còn nhạy cảm với Ceftazidim/Avibactam. **Kết luận:** Qua nghiên cứu 25 người bệnh, chúng tôi nhận thấy nội soi phế quản áp dụng thành công cho các người bệnh có thông khí nhân tạo, đã cung cấp kết quả về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và các căn nguyên vi khuẩn gây bệnh giúp định hướng điều trị người bệnh.

Từ khóa: nội soi phế quản, soi phế quản

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FINDINGS, AND MICROBIAL ETIOLOGY IN MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS UNDERGOING FLEXIBLE BRONCHOSCOPY IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF E HOSPITAL

Objective: To analyze the clinical characteristics, imaging findings, and microbial etiology in mechanically ventilated patients undergoing flexible bronchoscopy at the Intensive Care Unit of E Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 25 patients receiving invasive mechanical ventilation who underwent bronchoscopy. Clinical features, imaging findings, and microbial causes of infection were assessed. **Results:** Among 25 mechanically ventilated patients undergoing flexible bronchoscopy at the Intensive Care Unit of E Hospital from March 2024 to November 2024, we observed the following: The mean age was 61.4 ± 19.8 years. Bronchial fluid cultures identified *Acinetobacter baumannii* in 46. 7% of cases, exhibiting multidrug resistance to broad-spectrum antibiotics, with 50% showing intermediate susceptibility to colistin. *Pseudomonas aeruginosa* was detected in 33. 3% of bronchial fluid cultures, demonstrating near-total resistance to conventional antibiotics, with sensitivity only to Ceftazidime/Avibactam. **Conclusion:** This study of 25 patients, we found that flexible bronchoscopy was successfully applied in mechanically ventilated patients. It provided valuable insights into clinical characteristics, imaging findings, and bacterial etiology, guiding clinicians in patient management and targeted antimicrobial therapy.

Keywords: bronchoscopy, flexible bronchoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi phế quản là một kỹ thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp, đặc biệt là ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực (ICU). Kỹ thuật này cho phép bác sĩ quan sát trực tiếp đường thở, lấy bệnh phẩm sâu trong phế quản để nuôi cấy vi khuẩn, đánh giá mức độ tổn thương và thực hiện các thủ thuật điều trị như hút dịch phế quản, đặt stent khí phế quản, hoặc rửa phế quản-phế nang.^{1,2}

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại ICU, đặc biệt là trên bệnh nhân thở máy. Chẩn đoán VPBV gặp nhiều khó khăn do không có tiêu chuẩn vàng, trong đó nội soi phế quản giúp lấy

bệnh phẩm sâu, đảm bảo vô trùng và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vãng lai. Đồng thời, vi khuẩn gây VPBV ngày càng đề kháng với kháng sinh mạnh, làm tăng gánh nặng điều trị và tỷ lệ tử vong.³⁻⁵ Việc sử dụng nội soi phế quản ở những bệnh nhân có thông khí nhân tạo xâm nhập mang lại nhiều lợi ích. Cách tiếp cận này cho phép sử dụng liệu pháp oxy bổ sung hiệu quả hơn trong suốt quá trình và có thể triển khai thuận tiện tại giường bệnh nhân. Việc áp dụng nội soi phế quản ống mềm trên các bệnh nhân có thông khí nhân tạo xâm nhập tại các đơn vị hồi sức ngày càng được triển khai thường quy. Hiện tại đã có nhiều đề tài trong và ngoài nước nghiên cứu vấn đề này.^{6,7}

Tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E, nội soi phế quản đã được triển khai bước đầu, góp phần quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân nặng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá chi tiết về hiệu quả của kỹ thuật này cũng như đặc điểm vi khuẩn học từ bệnh phẩm nội soi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và căn nguyên vi sinh vật gây bệnh ở người bệnh thở máy được nội soi phế quản ống mềm tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn:

* Người bệnh ≥ 18 tuổi có thở máy được chẩn đoán xác định viêm phổi.

* Người bệnh nhập viện điều trị ≥ 48 giờ vì lý do khác ngoài viêm phổi có xuất hiện tổn thương thâm nhiễm mới hoặc tiến triển trên phim X quang phổi và có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng sau:

- Xuất hiện mới đờm mủ hoặc dịch tiết phế quản mủ.

- Sốt trên 38°C mà không có nguyên nhân nào khác.

- Số lượng bạch cầu máu tăng $>12.000/\text{mm}$ hoặc giảm $<4.000/\text{mm}$

- Phân lập VK gây bệnh: được xác định là VK gây bệnh trong các trường hợp:

+ VK phân lập từ cấy đờm, dịch ETAs với số lượng VK tương đương $\geq 105 \text{ CFU/ml}$ bệnh phẩm.

+ VK ần phân lập được từ cấy dịch BAL với số lượng VK tương đương $\geq 104 \text{ CFU/ml}$ bệnh phẩm.

+ VK phân lập được từ cấy bệnh phẩm PSB với số lượng VK tương đương $\geq 103 \text{ CFU/ml}$ bệnh phẩm.

+ VK phân lập từ cấy dịch màng phổi, từ cấy máu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh

và/hoặc người nhà bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E từ tháng 03 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu số liệu.

2.4. Quy trình nghiên cứu^{1,2}

- Người bệnh có chỉ định soi phế quản
- Thăm khám các chức năng sinh tồn: mạch, HA, nhịp thở, nhiệt độ, ý thức, SpO₂, hoạt động của máy thở, hoạt động của máy theo dõi người bệnh.

- Thông khí nhân tạo VCV, oxy 100%, dùng thuốc an thần, giãn cơ nếu cần.

- Bơm lidocain 1% gây qua ống NKQ hoặc canuyn MKQ.

- Kết nối giữa ống máy thở và ống NKQ hoặc canuyn MKQ có lỗ để đưa ống soi qua đảm bảo thông khí nhân tạo trong quá trình soi.

- Dùng ống soi phế quản mềm có đường kính ngoài - 2/3 đường kính trong của NKQ hoặc canuyn MKQ để đảm bảo thông khí liên tục trong quá trình soi.

2.5. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn toàn bộ người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian 03/2024 đến tháng 11/2024, tổng số có 25 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn được nghiên cứu.

2.6. Chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, tiền sử bệnh, nguyên nhân vào viện, chẩn đoán ban đầu, các bệnh lý đi kèm, chỉ định nội soi, kết quả soi phế quản, tai biến và kết quả phân lập vi khuẩn.

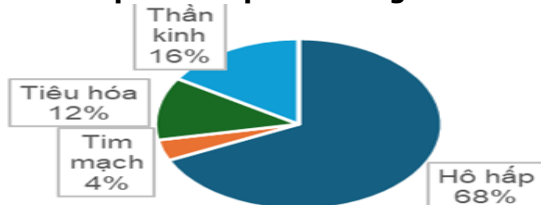
2.7. Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu, quản lý dữ liệu trên REDCap.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 25 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,4 \pm 19,8$ tuổi, nhiều nhất là 90 tuổi, thấp nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam so với bệnh nhân nữ tương ứng là 80% và 20%.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

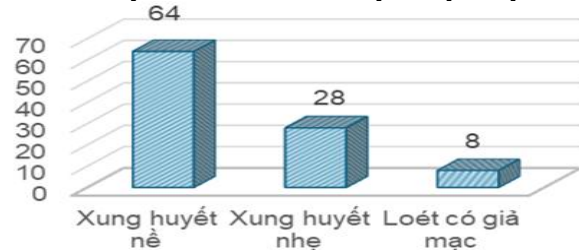


Bảng 3.1. Các bệnh chính khi vào khoa hồi sức tích cực điều trị

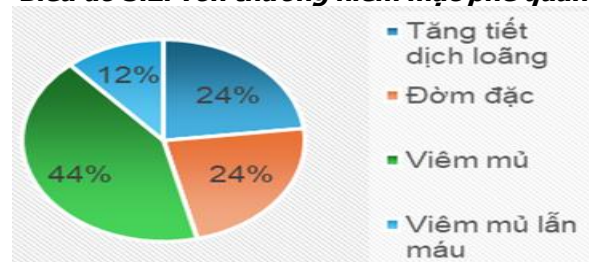
Bảng 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân bị mắc

các bệnh về thần kinh và hô hấp điều trị tại khoa hồi sức tích cực với tỷ lệ lần lượt là 68% và 16%. Nhóm bệnh tiêu hóa chiếm tỷ lệ 12%, nhóm bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ 4%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi phế quản



Biểu đồ 3.2. Tổn thương niêm mạc phế quản



Biểu đồ 3.3. Phân bố tính chất dịch tiết

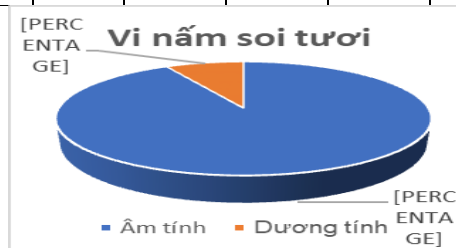
Biểu đồ 3.2 và Biểu đồ 3.3 mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi phế quản. Kết quả cho thấy tổn thương dạng xung huyết phù nề chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, loét có giả mạc 24%. Tổn thương mức độ trung bình bao gồm niêm mạc xung huyết và phù nề là chủ yếu chiếm 64 và 28%. Tỷ lệ niêm mạc viêm mũi và viêm mũi lẫn máu cao nhất chiếm tỷ lệ 56%.

3.3. Kết quả nhuộm soi tìm bạch cầu và vi nấm, vi khuẩn trong dịch phế quản

3.3.1. Kết quả nhuộm soi tìm bạch cầu và vi nấm trong dịch phế quản

Bảng 3.2. Số lượng Bạch cầu trên bệnh phẩm nhuộm soi

Bạch cầu	Âm tính	BC 1+	BC 2+	BC 3+	BC 4+
n	1	4	12	5	3
%	4	16	48	20	12



Biểu đồ 3.4. Vi nấm soi tươi dịch phế quản

Bảng 3.2 cho thấy số lượng bạch cầu từ 2+ đến 4+ chiếm hầu hết 70%. Trong đó có 1 bệnh phẩm không tìm thấy bạch cầu trong mẫu dịch

phế quản, đây là bệnh phẩm của bệnh nhân viêm phổi cúm A. Có 3 mẫu bệnh phẩm có số lượng bạch cầu 4+, đây là những bệnh phẩm tương xứng tính chất đờm viêm mủ.

Hầu hết các bệnh phẩm soi tìm vi nấm đều âm tính, có 8% mẫu bệnh phẩm soi thấy vi nấm, nhưng nuôi cấy thì âm tính.

3.3.2. Kết quả nhuộm soi tìm vi khuẩn trong dịch phế quản

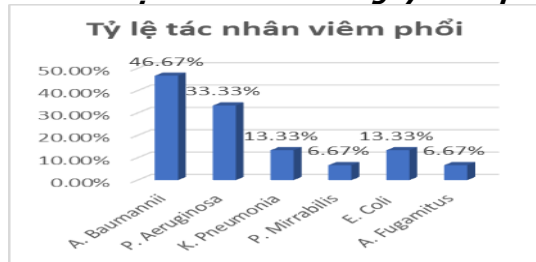
Bảng 3.3. Kết quả soi tìm vi khuẩn

	Gram âm				Gram dương			
	Âm tính	1+	2+	3+	Âm tính	1+	2+	3+
N	17	2	3	3	19	3	1	2
%	68	8	12	12	76	12	4	8

Bảng 3.3 cho thấy hầu hết mẫu dịch phế quản không tìm thấy vi khuẩn với tỷ lệ âm tính vi khuẩn gram âm là 68% và tỷ lệ âm tính với vi khuẩn gram dương là 76%. Có 32% mẫu dịch phế quản tìm thấy vi khuẩn gram âm, bao gồm cả trực khuẩn và cầu khuẩn, 24% mẫu dịch phế quản tìm thấy vi khuẩn gram dương.

3.4. Đặc điểm tác nhân vi khuẩn gây viêm phổi

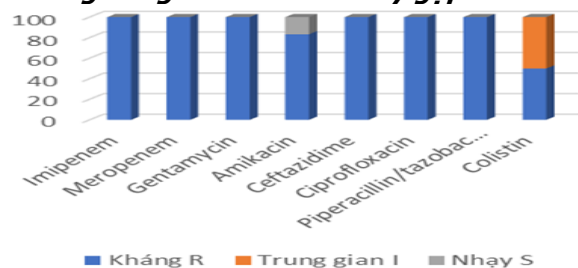
3.4.1. Đặc điểm tác nhân gây viêm phổi



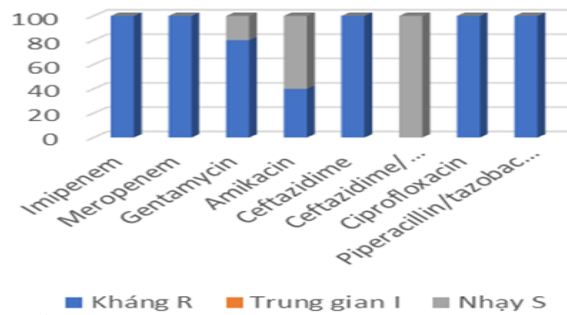
Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ các tác nhân gây viêm phổi

Trong số 25 mẫu bệnh phẩm dịch phế quản có 1 mẫu cấy ra nấm Aspergillus Fugamitus, 15 mẫu bệnh phẩm có kết quả cấy dương tính với vi khuẩn, 2 mẫu có kết quả đồng nhiễm 2 loại vi khuẩn. 1 mẫu ra Pseudomonas Aeruginosa kết hợp Acinetobacter Baumannii, 1 mẫu ra Pseudomonas Aeruginosa kết hợp Klebsilla pneumonia.

3.4.2. Mức độ đề kháng với kháng sinh thường dùng của vi khuẩn hay gặp



Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của A. Baumannii với các kháng sinh thường dùng



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của P. Aeruginosa với các kháng sinh thường dùng

Biểu đồ 3.6 và Biểu đồ 3.7 cho thấy, mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn Acinetobacter Baumannii rất cao, kháng hoàn toàn với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Piperacillin/Tazobactam, Quinolon (100%), đề kháng cao với Amikacin, còn trung gian với Colistin. Pseudomonas Aeruginosa có mức đề kháng cao với hầu hết các loại kháng sinh thường dùng, nhạy cảm hoàn toàn với kháng sinh thế hệ mới là Ceftazidim/Avibactam (100%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tiến hành từ tháng 03/2024 đến tháng 11/2024 đã thu thập được 25 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 80% nhiều hơn so với số bệnh nhân nữ là 20%.

Tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu gặp chủ yếu bệnh nhân cao tuổi từ 60 đến 79 tuổi chiếm 40%, sau đó là đến nhóm tuổi từ 40-59 chiếm 26,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu nhóm bệnh nhân bị mắc các bệnh về thần kinh và hô hấp là chủ yếu chiếm lần lượt là 68%, 16%. Tuy nhiên nghiên cứu này do số lượng mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu chưa đủ dài nên chưa đánh giá hết được tỷ lệ đại diện cho quần thể lớn trong khoa hồi sức tích cực (Bảng 3.1).

Chúng tôi nhận thấy hình ảnh tổn thương niêm mạc phế quản xung huyết nề chiếm tỷ lệ cao nhất, cho thấy đây là tình trạng phổ biến so với hai hình thái còn lại. Xung huyết nề thường xảy ra khi mạch máu trong niêm mạc phế quản bị giãn nở, dẫn đến tình trạng sưng tấy. Tình trạng niêm mạc xung huyết nề là thường gặp ở bệnh nhân hồi sức. BN nằm hồi sức cần hỗ trợ thở máy, nguyên nhân có thể từ nhiễm trùng đường hô hấp hoặc thở máy do nguyên nhân khác. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Quang Phương trên bệnh nhân hồi sức tích cực phải thở máy thì tỷ lệ tổn thương niêm mạc dạng xung huyết chiếm 30%, tỷ lệ loét có giả mạc chiếm 20%, còn lại là thâm nhiễm niêm mạc phế quản chiếm 48,7%. Sự khác biệt này có thể do việc

mô tả tổn thương phụ thuộc chủ quan vào bác sĩ nội soi và kinh nghiệm của bác sĩ nội soi.⁸

Tình trạng tăng tiết dịch loãng chiếm 44%, đờm đặc (24%), đờm mủ và mủ lẫn máu chiếm 32%. Điều này cho thấy tình trạng viêm phổi nặng ở bệnh nhân thở máy. Kết quả này có thể giải thích bởi tình trạng thực tế ở các khoa hồi sức là bệnh nhân nặng, thường nhiễm trùng đa kháng. Việc theo dõi lượng dịch đờm tiết hàng ngày thông qua hút đờm thường quy bên cạnh các xét nghiệm và kết quả nuôi cấy cho phép các bác sĩ đánh giá mức độ đáp ứng điều trị và có hướng điều trị tiếp theo. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Lê Quang Phương (2020): Tình trạng tăng tiết đờm đặc và viêm mủ chiếm phần lớn (61,5%) ở bệnh nhân hồi sức phải thở máy.⁸

Xét nghiệm tìm bạch cầu trong dịch phế quản có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán ban đầu, giúp bác sĩ định hướng ban đầu mức độ nhiễm trùng và nguyên nhân gây viêm phổi để từ đó đưa ra liệu trình điều trị phù hợp. Quá trình theo dõi và điều trị các bệnh lý hô hấp sẽ dựa vào tính chất dịch tiết qua bệnh phẩm hút đờm thường quy.

Việc xác định số lượng bạch cầu trong dịch phế quản giúp bác sĩ đánh giá xem có hay không sự hiện diện của nhiễm trùng. Nếu số lượng bạch cầu tăng cao, điều này có thể chỉ ra rằng có sự hiện diện của vi khuẩn hoặc virus, từ đó giúp chẩn đoán các bệnh như viêm phổi hoặc viêm phế quản. Cũng bằng cách phân tích loại bạch cầu, bác sĩ có thể phân biệt giữa nhiễm trùng do virus và nhiễm trùng do vi khuẩn. Ví dụ, bạch cầu lympho thường gia tăng trong nhiễm virus, trong khi bạch cầu trung tính thường cao trong nhiễm khuẩn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh phẩm soi thấy có bạch cầu từ 3+ trở lên chiếm 32%. Hiện tại bệnh viện E chưa có phân lập loại bạch cầu trong dịch phế quản. Tuy nhiên với kết quả số lượng bạch cầu trong dịch hút qua nội soi và kết quả nhuộm gram ban đầu dịch phế quản cho phép các bác sĩ định hướng chẩn đoán và điều trị ban đầu chờ kết quả nuôi cấy và kháng sinh ban đầu.

Biểu đồ 3.3 và bảng 3.4 cho thấy: Kết quả soi tươi có 2 mẫu chiếm 8% soi tươi tìm thấy vi nấm, tuy nhiên cả 2 mẫu bệnh phẩm này khi nuôi cấy đều không tìm thấy nấm, kết quả này có thể do bội nhiễm.

Trong số các 32% bệnh phẩm soi thấy vi khuẩn gram âm bao gồm cả cầu khuẩn và trực khuẩn, 24% soi thấy vi khuẩn gram dương. Các mẫu này định hướng ban đầu sử dụng kháng sinh ban đầu.

Trong số 25 mẫu bệnh phẩm dịch phế quản có 1 mẫu cấy ra nấm *Aspergillus fumigatus*, 15 mẫu bệnh phẩm có kết quả cấy dương tính với vi khuẩn, 2 mẫu có kết quả đồng nhiễm 2 loại vi khuẩn. 1 mẫu ra *Pseudomonas aeruginosa* kết hợp *Acinetobacter baumannii*, 1 mẫu ra *Pseudomonas aeruginosa* kết hợp *Klebsiella pneumoniae*. Trong đó tỷ lệ nhiễm *A. baumannii* cao nhất chiếm 46.67%, tiếp theo là *Trực khuẩn mủ xanh* chiếm 33.33%. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu tại bệnh viện E năm 2021 hay nghiên cứu của nhiều tác giả khác.

Theo một số nghiên cứu của các tác giả những loại vi khuẩn thường gặp nhất là *Acinetobacter baumannii* và *Pseudomonas aeruginosa*. Nghiên cứu của Giang Thực Anh tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai cho kết quả vi khuẩn gây VPLQĐTM nhiều nhất là *Acinetobacter baumannii* 44 %, tiếp sau là *Pseudomonas aeruginosa* 21%. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Văn Đồng (2004) VPLQĐTM ở các bệnh nhân chấn thương sọ não: vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là *Pseudomonas aeruginosa* 33,13 %, *Acinetobacter baumannii* 22,08%, *Staphylococcus aureus* 12,26 %.⁴

Tần suất *Acinetobacter baumannii* gây nhiễm trùng bệnh viện kháng nhiều loại kháng sinh ngày một tăng, đặc biệt ở các khoa Hồi sức tích cực, là lý do chính dẫn đến sự lây truyền của *Acinetobacter baumannii* tăng lên nhanh chóng trong những năm gần đây. Tác giả Nguyễn Thị Thủy nghiên cứu 174 bệnh nhân nhiễm khuẩn vào khoa Hồi sức tích cực có mẫu nuôi cấy dương tính, vi khuẩn thường gặp nhất là những vi khuẩn Gram âm với tỷ lệ *K. pneumoniae* (34.5%), *A. baumannii* (29.9), *P. aeruginosa* (12.1%), *E. coli* (12.1%), *S. aureus* (10.9%).⁹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, *A. baumannii* đề kháng kháng sinh rất mạnh, đã kháng hoàn toàn với các kháng sinh phổ rộng: Imipenem, Meropenem, Ceftazidim, Ciprofloxacin, piperacillin/tazobactam, còn trung gian với Colistin 50%.⁹

Pseudomonas aeruginosa có mức đề kháng cao với hầu hết các loại kháng sinh thường dùng, trong đó cao nhất là Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacin, Piperacillin/ Tazobactam, còn nhạy cảm 1 phần với Amikacin và Gentamicin, nhạy cảm hoàn toàn với kháng sinh thế hệ mới là Ceftazidim/Avibactam (100%).¹⁰

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học nội soi phế quản

- Độ tuổi trung bình: 61,4 ± 19,8 tuổi. Tỷ lệ

giới tính nam/nữ: 80/20

- Nguyên nhân chính phải nằm hồi sức thở máy là hô hấp 68%, sau đến nguyên nhân thần kinh 16%.

- Hình ảnh nội soi phế quản: Tổn thương dạng xung huyết nề chiếm tỷ lệ cao nhất 64%, loét có giả mạc 24%.

- Tính chất dịch tiết: tăng tiết đờm mủ là thường gặp nhất.

5.2. Nhận xét căn nguyên vi sinh vật gây bệnh

- Dịch phế quản nhuộm soi có 70% có bạch cầu từ 2+ đến 4+. Trong đó 8% dịch phế quản soi thấy vi nấm.

- 32% bệnh phẩm soi thấy vi khuẩn gram âm bao gồm cả cầu khuẩn và trực khuẩn, 24% soi thấy vi khuẩn gram dương.

- 46,67% mẫu dịch phế quản nuôi cấy ra *Acinetobacter baumannii*, kháng sinh đồ đa kháng với các kháng sinh phổ rộng, còn 50% trung gian với colistin.

- 33,33% mẫu dịch phế quản nuôi cấy ra *Pseudomonas Aerruginosa* kháng gần như hoàn toàn với các kháng sinh thông thường, chỉ còn nhạy cảm với Ceftazidim/Avibactam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ernst Armin, Herth Felix J. F. Introduction to Bronchoscopy || Bronchoscopy in the Intensive Care Unit. vol 12. 2017.
2. Garner JL, Shah PL, Herth F, Slebos DJ. ERJ Advances: interventional bronchoscopy. Eur Respir J. Jul 2024;64(1):doi:10.1183/13993003. 01946-2023
3. Li S, Wu L, Zhou J, et al. Interventional therapy via flexible bronchoscopy in the management of foreign body-related occlusive endobronchial granulation tissue formation in children. Pediatr

Pulmonol. Jan 2021;56(1):282-290. doi:10.1002/ppul.25134

4. Giang Thục Anh, Vũ Thế Hồng, Vũ Văn Đình. Tìm hiểu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và tỷ lệ kháng kháng sinh tại khoa điều trị tích cực từ 1/2002 – 6/2002. Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch mai. 2002;1:209-218.
5. Chawla R. Epidemiology, etiology, and diagnosis of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia in Asian countries. Am J Infect Control. May 2008;36(4 Suppl):S93-100. doi:10.1016/j.ajic.2007.05.011
6. Hussein SA, Gonuguntla HK, Tahura S, et al. Flexible bronchoscopy-assisted removal of aspirated scarf pins from the tracheobronchial tree: the experience of 146 subjects. Monaldi Arch Chest Dis. Oct 25 2024;doi:10.4081/monaldi.2024.3193
7. Uluc K, Akkutuk Ongel E, Koylu Ilkaya N, Devran O, Colakoglu SM, Kutbay Ozcelik H. Analysis of 332 fiberoptic bronchoscopies performed in a respiratory intensive care unit: a retrospective study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. Feb 2024;28(4):1433-1438. doi:10.26355/eurrev_202402_35465
8. Lê Quang Phương, Nguyễn Minh Lực. Đặc điểm hình ảnh nội soi phế quản và nguyên nhân gây viêm phổi bệnh viện của bệnh nhân thở máy điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu Nghị. Y Học Việt Nam. 2021;498 (1):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v498i1.124
9. Nguyễn Thị Thủy, Vương Xuân Toàn, Nguyễn Quốc Tuấn. Tình hình nhiễm khuẩn của bệnh nhân mới vào khoa hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai năm 2021- 2022. Y Học Việt Nam. 2022;523(2):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v523i2.4562
10. Đỗ Quốc Phong, Đặng Hải Vân, Vũ Hải Vinh và cộng sự. Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện E (01/2023 – 06/2023). Y Học Việt Nam. 2023;544(2):doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11850

TỶ LỆ THÀNH CÔNG CỦA PHÁC ĐỒ MTX/FATRONG ĐIỀU TRỊ TÂN SINH NGUYÊN BÀO NUÔI CÓ ĐIỂM SỐ NGUY CƠ ≤6 TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Trọng Nhân¹, Trương Quang Hưng¹, Phan Trung Hòa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ điều trị thành công của phác đồ MTX/FA trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng có tổng điểm số nguy cơ ≤ 6 theo phân loại nguy cơ của FIGO và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp nghiên cứu:** Một

nghiên cứu cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 283 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ từ 02/2019 đến 12/2022 đã được phân tích. **Kết quả:** Phác đồ MTX/FA có tỷ lệ thành công trong điều trị TSNBN điểm nguy cơ 0-6 là 72,80%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thành công của phác đồ: những bệnh nhân có nồng độ β hCG ≥ 10.000 mIU/ml có nguy cơ thất bại với phác đồ MTX/FA gấp 57,51 lần so với bệnh nhân có nồng độ β hCG < 1.000 mIU/ml ($p < 0,001$). Những bệnh nhân có kích thước u lớn nhất ≥ 3 cm có nguy cơ kháng hóa trị MTX/FA gấp 3,17 lần so với kích thước u < 3 cm ($p = 0,016$). **Kết luận:** Phác đồ MTX/FA vẫn là lựa chọn tối ưu trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng với điểm nguy cơ 0-6 theo FIGO. **Từ khóa:** tân sinh nguyên bào nuôi; điểm số nguy cơ; phác đồ MTX/FA.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quang Hưng

Email: leovietmy@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 24.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025