

yếu là do CHT có thể nhầm lẫn giữa viêm quanh u và xâm lấn u thực sự. Do vậy, đã có các nghiên cứu đề xuất tiêu chuẩn mới trong đánh giá xâm lấn của ung thư thanh quản trên CHT để hạn chế sự nhầm lẫn này⁵: tổn thương được coi là bị u xâm lấn khi có tín hiệu tương đương với tín hiệu u lân cận trên T2W hoặc T1FS sau tiêm, ngược lại, nếu tổn thương có tín hiệu cao hơn tín hiệu u trên T2W và ngấm thuốc mạnh hơn u, thì nhiều khả năng đó là tình trạng viêm. Ngoài ra, có thể sử dụng thêm kỹ thuật DWI/ADC để hỗ trợ xác định xâm lấn của u. Nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng cả hai tiêu chuẩn này nhằm nâng cao độ chính xác trong đánh giá xâm lấn của ung thư thanh môn giai đoạn sớm trên CHT.

Hạn chế. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế khi cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ. Do vậy, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được tiến hành nhằm cung cấp các kết quả tin cậy hơn.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc của ung thư thanh môn giai đoạn sớm bằng CHT đạt được độ chính xác cao và có mối tương quan mạnh với MHB. Trong đó, khi chẩn đoán sai, CHT thường đánh giá quá mức tổn thương dẫn đến bệnh nhân có thể bị điều trị quá mức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today.** Accessed December 31, 2024. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. **Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G.** Updates on larynx cancer epidemiology. *Chin J Cancer Res Chung-Kuo Yen Cheng Yen Chiu.* 2020;32(1): 18-25. doi:10.21147/j.issn.1000-9604.2020.01.03
3. **Edge SB, American Joint Committee on Cancer, eds.** AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. Springer; 2010.
4. **Arboleda LPA, Neves AB, Kohler HF, et al.** Overview of glottic laryngeal cancer treatment recommendation changes in the NCCN guidelines from 2011 to 2022. *Cancer Rep.* 2023;6(8): e1837. doi:10.1002/cnr.2.1837
5. **Becker M, Zbären P, Casselman JW, Kohler R, Dulguerov P, Becker CD.** Neoplastic Invasion of Laryngeal Cartilage: Reassessment of Criteria for Diagnosis at MR Imaging. *Radiology.* 2008;249(2):551-559. doi:10.1148/radiol.2492072183
6. **Jones J, V VN, Sebastian S, et al.** Outcome of Patients with Early Glottic Laryngeal Carcinoma Treated with Radical Radiotherapy. *Asian Pac J Cancer Care.* 2024;9(3):475-480. doi:10.31557/apjcc.2024.9.3.475-480
7. **Wu JH, Zhao J, Li ZH, et al.** Comparison of CT and MRI in Diagnosis of Laryngeal Carcinoma with Anterior Vocal Comissure Involvement. *Sci Rep.* 2016;6:30353-30353. doi:10.1038/srep30353
8. **Liberale C, Soloperto D, Marchioni A, Monzani D, Sacchetto L.** Updates on Larynx Cancer: Risk Factors and Oncogenesis. *Int J Mol Sci.* 2023;24(16): 12913. doi:10.3390/ijms241612913
9. **Allegra E, Ferrise P, Trapasso S, et al.** Early Glottic Cancer: Role of MRI in the Preoperative Staging. *BioMed Res Int.* 2014;2014:890385. doi:10.1155/2014/890385
10. **Williamson AJ, Bondje S. Glottic Cancer.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed March 6, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558979/>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC VIÊM PHỔI DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Vũ Hoài Nam¹, Lê Thị Thu Hà², Trương Phi Hùng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* ngày càng được quan tâm vì tần suất gây bệnh của tác nhân này ngày càng cao, khả năng kháng thuốc ngày càng gia tăng, xuất hiện với mức độ đáng kể cả trong viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) lẫn viêm phổi bệnh viện (VPBV). Các đối tượng có thể trạng suy giảm miễn dịch như nam giới lớn tuổi, người mắc bệnh ác

tính, đái tháo đường típ 2, bệnh gan mạn tính, bệnh nhân ghép tạng hoặc lọc máu có nguy cơ cao nhiễm *K.pneumoniae*. Việc xác định các yếu tố liên quan, tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do tác nhân *K.pneumoniae* ngày càng trở nên cấp thiết trong thực tiễn lâm sàng. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ tử vong và các yếu tố nguy cơ tiên đoán tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do *K.pneumoniae* tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu hồ sơ các bệnh nhân viêm phổi do *K.pneumoniae* điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian tháng 8/2022 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Qua nghiên cứu (NC), chúng tôi thu thập được 154 bệnh nhân viêm phổi do *K.pneumoniae*. Tuổi trung bình là 62,2 tuổi; nam giới là 68,8%. Thời gian nằm viện là 15 (10-21) ngày. Tỷ lệ tử vong là 42,9%. Tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2 là 2 bệnh lý đi kèm thường gặp nhất. Điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) là 4 (2 - 7), điểm APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

³Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoài Nam

Email: vuhoainamcrh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

Disease Classification System II) là 15 (11 - 20). Bệnh nhân có biến chứng sốc nhiễm trùng là 27,3%; tổn thương thận cấp là 21,4%; thở máy là 60,4%. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phù hợp 49,4%. Các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong gồm: điểm SOFA với OR=1,5 (1,1 - 2,0), có bệnh lý nhồi máu cơ tim đi kèm với OR=16,1 (1,4 - 181,5) và bệnh nặng có sử dụng phác đồ phối hợp Colistin-Carbapenem với OR=3,3 (1,2 - 8,7). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae là 42,9%. Điểm SOFA, bệnh nhân có bệnh lý nhồi máu cơ tim đi kèm và có sử dụng phác đồ phối hợp Colistin-Carbapenem là các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae.

Từ khóa: Viêm phổi, viêm phổi cộng đồng, viêm phổi bệnh viện, K.pneumoniae

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF PNEUMONIA CAUSED BY KLEBSIELLA PNEUMONIAE AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Pneumonia caused by Klebsiella pneumoniae has gained attention due to the increasing incidence of infections caused by this pathogen, its growing antibiotic resistance, and its significant presence in both community-acquired and hospital-acquired pneumonia. Individuals with compromised immune systems, including elderly men, those with malignancies, type 2 diabetes, chronic liver disease, organ transplant recipients, or patients undergoing dialysis, are at high risk of K. pneumoniae infection. Identifying risk factors and predicting mortality in patients with pneumonia caused by K. pneumoniae is critical in clinical practice. **Objectives:** To determine the mortality rate and identify risk factors associated with mortality in patients with pneumonia caused by K. pneumoniae at Cho Ray Hospital. **Subject and method:** A retrospective review of medical records was conducted for patients diagnosed with pneumonia caused by K. pneumoniae and treated at Cho Ray Hospital from August 2022 to October 2024. **Result:** A total of 154 patients with K. pneumoniae pneumonia were included in the study. The average age was 62,2 years, with 68,8% of patients being male. The average length of hospital stay was 15 days (10-21 days), and the mortality rate was 42,9%. Hypertension and type 2 diabetes were the most common comorbidities. The average SOFA score was 4 (2-7), and the average APACHE II score was 15 (11-20). The incidence of septic shock was 27,3%, acute kidney injury occurred in 21,4%, and 60,4% of patients required mechanical ventilation. Approximately 49,4% of patients received appropriate antibiotic therapy. Independent factors predicting mortality risk included: SOFA score (OR=1,5, 95% CI: 1,1-2,0), concurrent myocardial infarction (OR=16,1, 95% CI: 1,4-181,5), and the use of Colistin-Carbapenem combination therapy for severe illness (OR=3,3, 95% CI: 1,2-8,7). **Conclusion:** The mortality rate in patients with K. pneumoniae pneumonia is 42,9%. The SOFA score, concurrent myocardial infarction, and the use of Colistin-Carbapenem combination therapy are independent

factors predicting mortality risk in these patients.

Keywords: Pneumonia, Community-acquired pneumonia, Hospital-acquired pneumonia, K.pneumoniae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), nhiễm trùng đường hô hấp dưới là nguyên nhân thứ 4 gây tử vong trên toàn thế giới năm 2019 và tiếp tục là nguyên nhân tử vong nhiều nhất trong nhóm bệnh lây nhiễm ở cả các nước phát triển và đang phát triển, điều này không thay đổi một thập kỷ qua¹. Nhiễm trùng hô hấp dưới là thuật ngữ bao gồm các bệnh lý khác nhau như viêm phế quản cấp, viêm phổi, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hoặc dẫn phế quản. Trong đó, viêm phổi là bệnh lý quan trọng nhất, có tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 24,8/10.000 người trưởng thành². Viêm phổi được chia thành các nhóm: viêm phổi cộng đồng, viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy. Sự phân chia này một phần do tác nhân viêm phổi phân lập được có sự khác biệt về chủng vi khuẩn, mức độ kháng thuốc và tiên lượng điều trị. Tại Việt Nam, K.pneumoniae là một tác nhân đặc biệt đáng lo ngại do khả năng kháng thuốc gia tăng nhanh chóng và tần suất gây bệnh ngày càng cao, xuất hiện với mức độ đáng kể cả trong viêm phổi cộng đồng lẫn viêm phổi bệnh viện. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, từ năm 2018 - 2022 đã có sự thay đổi về tình hình nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực với sự gia tăng tỉ lệ nhiễm K.pneumoniae đến 23%, đứng thứ 2 sau Acinetobacter baumannii, theo tác giả Trương Thiên Phú³. Để xác định tỉ lệ tử vong và các yếu tố liên quan tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục viêm phổi do Klebsiella pneumoniae tại Bệnh viện Chợ Rẫy*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi, điều trị nội trú tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2022 đến tháng 10/2024, có kết quả vi sinh bệnh phẩm lấy từ đường hô hấp dưới là K.Pneumoniae với ngưỡng dương tính phù hợp với phương pháp lấy mẫu bệnh phẩm. Loại trừ các hồ sơ, bao gồm: có đồng nhiễm vi khuẩn khác, vi nấm, lao; không đầy đủ thông tin.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$N \geq \frac{\sum_{i=1}^2 \frac{1-\alpha/2 p(1-p)}{d^2}}{d^2}$$

Z=1,96 (α = 0,05, KTC 95%); d=10%; p =

46,7%⁴. Vậy $N \geq 96$ bệnh nhân.

2.4. Quy trình nghiên cứu: Chọn tất cả hồ sơ ra viện có mã ICD10 là J15.0: viêm phổi do K.Pneumoniae. Thu thập các biến số về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả vi sinh, kháng sinh đồ và kết cục.

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

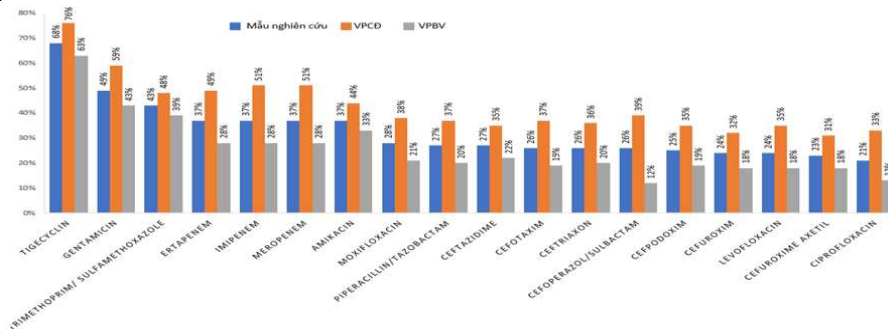
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi xác định được 154 hồ sơ thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu để thu thập số liệu. Sau khi phân tích, chúng tôi thu được kết quả như sau: Có 61 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng chiếm 39,6% và 93 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, chiếm 60,4%. Tỷ lệ tử vong là 66 bệnh nhân (42,9%). Số trường hợp được điều trị kháng sinh thích hợp là 76 bệnh nhân (49,4%).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân viêm phổi do K.Pneumoniae ở 2 nhóm VPCĐ và VPBV

Biến số	Mẫu NC (n=154)	VPCĐ (n=61)	VPBV (n=93)	p
Tuổi	62,2 ± 15,4	63,8 ± 15,7	61,1 ± 15,1	0,29*
Nam giới	106 (68,8%)	42 (68,9%)	64 (68,8%)	0,99**
Thời gian nằm viện	15(10 - 21)	11(8 - 16)	17(12 - 23)	<0,01***
Tăng huyết áp	57 (37%)	16 (26,2%)	41 (44,1%)	0,03**
Đái tháo đường 2	44 (28,6%)	18 (31,1%)	25 (26,9%)	0,57**
Bệnh thận mạn	20 (13%)	7 (8%)	16 (24,2%)	0,032**
Bệnh phổi mạn	22 (14,3%)	10 (16,4%)	12 (12,9%)	0,55**
Bệnh gan mạn	9 (5,8 %)	8 (13,1 %)	1 (1,1%)	0,003**
Suy tim	18 (11,7 %)	9 (14,8 %)	9 (9,7%)	0,31**
Bệnh mạch vành	25 (16,2%)	14 (23%)	11 (11,8%)	0,07**
Rung nhĩ	9 (5,8%)	4 (6,6%)	5 (5,4%)	0,71**
Nhồi máu cơ tim	10 (6,5%)	6 (9,8%)	4 (4,3%)	0,2**
Ung thư	15 (9,7%)	6 (9,8%)	9 (9,7%)	0,97**
Hội chứng Cushing	17 (11%)	4 (6,6%)	13 (14%)	0,15**
Điểm SOFA	4 (2 - 7)	5 (2,5 - 7)	4 (2 - 7)	0,28***
Điểm APACHE II	15 (11 - 20)	16 (11 - 20)	15 (10,3 - 19,8)	0,99***
Phẫu thuật	13 (8,4%)	0 (0%)	13 (14%)	0,002**
Sử dụng corticoid	71 (46,1%)	23 (37,7%)	48 (51,6%)	0,09 **
Sốc nhiễm trùng	42 (27,3%)	19 (31,1%)	23 (24,7%)	0,41**
Tổn thương thận cấp	55 (35,7%)	24 (39,3%)	31 (33,3%)	0,54**
Thở máy	93 (60,4%)	30 (49,2%)	63 (67,7%)	0,02**
Catheter TMTT	46 (29,9%)	15 (24,6%)	31 (33,3%)	0,25**
HADM xâm lấn	27 (17,5%)	9 (14,8%)	18 (19,4%)	0,46**
Lọc máu liên tục	16 (10,4%)	7 (11,5%)	9 (9,7%)	0,72**
ECMO	2 (1,3%)	0 (0%)	2 (2,2%)	0,52**
Tử vong	66 (42,9%)	25 (41%)	41 (44,1%)	0,7**
Điều trị kháng sinh phù hợp	76 (49,4%)	38 (62,3%)	38 (40,9%)	0,009**
Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp	42 (27,3%)	23 (37,7%)	19 (20,4%)	0,02**

*: kiểm định T-test; **: kiểm định Chi²; ***: kiểm định Man-Whitney U; TMTT: tĩnh mạch trung tâm; HADM: Huyết áp động mạch; ECMO: Extracorporeal membrane oxygenation-Oxy hóa qua màng ngoài cơ thể.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của K.Pneumoniae

Bảng 2. Tỷ lệ nhạy cảm Colistin ở bệnh nhân VPCĐ và VPBV do K.Pneumoniae

MIC (µg/mL)	Mẫu NC (n = 36)	VPCĐ (n = 9)	VPBV (n = 27)	p
≤ 2	28 (77,8%)	7 (77,8%)	21 (77,8%)	1,000*
> 2	8 (22,2%)	2 (22,2%)	6 (22,2%)	

*: kiểm định Chi²**Bảng 3. Phân tích các yếu tố tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae**

Biến số	Mẫu NC (n=154)	Sống còn (n=88)	Tử vong (n=66)	p
Tuổi	62,2 ± 15,4	61,5 ± 15	63 ± 15,8	0,53*
Nam giới	106 (68,8%)	59 (67%)	47 (71,2%)	0,581**
Thời gian nằm viện	15 (10-21)	16 (13 - 25)	18 (14 - 15)	0,75***
Tăng huyết áp	57 (37%)	34 (38,6%)	23 (34,8%)	0,63**
Đái tháo đường 2	44 (28,6%)	24 (27,3%)	20 (30,3%)	0,680**
Bệnh thận mạn	20 (13%)	7 (8%)	16 (24,2%)	0,032**
Bệnh phổi mạn	22 (14,3%)	12 (13,6%)	10 (15,2%)	0,790**
Bệnh gan mạn	9 (5,8 %)	5 (5,7)	4 (6,1%)	1,00**
Suy tim	18 (11,7 %)	6 (6,8%)	12 (18,2%)	0,027**
Nhồi máu cơ tim	10 (6,5%)	1 (1,1%)	9 (13,6%)	0,002§
Ung thư	15 (9,7%)	8 (9,1)	7 (10,6%)	0,754**
Cushing do thuốc	17 (11%)	11 (12,5%)	6 (9,1%)	0,504**
Suy giảm miễn dịch	19 (12,3%)	11 (12,5%)	8 (12,1%)	0,944**
Điểm SOFA	4 (2 - 7)	3 (2 - 7)	6 (3 - 11)	<0,001***
Điểm APACHE II	15 (11 - 20)	12,8 ± 4	18,8 ± 8	<0,001*
Phẫu thuật	13 (8,4%)	9 (10,2%)	4 (6,1%)	0,36**
Sử dụng corticoid	71 (46,1%)	38 (43,1%)	33 (50%)	0,4**
Sốc nhiễm khuẩn	42 (27,3%)	16 (18,2%)	26 (39,4%)	0,002**
Tổn thương thận cấp	33 (21,4%)	11 (12,5%)	21 (31,8%)	0,003**
Thở máy	93 (60,4%)	44 (50%)	49 (74,2%)	0,002**
Catheter TMTT	46 (29,9%)	16 (18,2%)	30 (45,5%)	<0,01**
HAĐM xâm lấn	27 (17,5%)	11 (12,5%)	16 (24,2%)	0,06**
Lọc máu liên tục	16 (10,4%)	3 (3,4%)	13 (19,7%)	0,001**
ECMO	2 (1,3%)	2 (2,3%)	0 (0%)	0,5§

*: kiểm định T-test; **: kiểm định Chi²; ***: kiểm định Man-Whitney U; §: kiểm định Fisher's Exact; TMTT: tĩnh mạch trung tâm; HAĐM: Huyết áp động mạch; ECMO: Extracorporeal membrane oxygenation-Oxy hóa qua màng ngoài cơ thể.

Bảng 4: Sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân viêm phổi do Klebsiella pneumoniae

Biến số	Mẫu NC (n=154)	Sống còn (n=88)	Tử vong (n=66)	p
Điều trị kháng sinh phù hợp	76 (49,3%)	51 (58%)	25 (37,9%)	0,01*
Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp	42 (27,3%)	32 (36,4%)	10 (15,2%)	0,003*
BLBLI+Quinolone kinh nghiệm	29 (18,8%)	17 (19,3%)	12 (18,2%)	0,86*
Dựa vào Carbapenems sau KSD	71 (46,1%)	49 (55,7%)	22 (33,3%)	0,006*
Carbapenems+Quinolone	29 (18,8%)	21 (23,9%)	8 (12,1%)	0,07*
BLBLI+Quinolone sau KSD	10 (6,5%)	9 (10,2%)	1 (1,5%)	0,05***
Colistin-Carbapenems sau KSD	51 (33,1%)	18 (20,5%)	33 (50%)	<0,01*
Hai Carbapenems sau KSD	17 (11%)	4 (4,5%)	13 (19,7%)	0,003*
Carbapenems-Aminoglycosides sau KSD	12 (7,8%)	9 (10,2%)	3 (4,5%)	0,19**
Tigecyclin sau KSD	13 (8,4%)	8 (9,1%)	5 (7,6%)	0,72*
K.pneumoniae không kháng thuốc	45 (29,2%)	34 (38,6%)	11 (16,6%)	0,03*
K.pneumoniae kháng mở rộng	70 (45,5%)	35 (39,7)	35 (50%)	
K.pneumoniae đa kháng	16 (10,4%)	9 (10,2%)	7 (10,6%)	
K.pneumoniae toàn kháng	23 (14,9%)	10 (11,4%)	13 (19,7%)	
K.pneumoniae kháng Cephalos 3	110 (71,4%)	54 (61,4%)	56 (84,8%)	0,001*
K.pneumoniae kháng Carbapenems	96 (62,3%)	47 (53,4%)	49 (74,2%)	0,008*

K.pneumoniae kháng Quinolone	112 (72,7%)	55 (62,5%)	57 (86,4%)	0,001*
K.pneumoniae kháng Piper/Tazo	110 (71,4%)	55 (62,5%)	55 (83,3%)	0,003*
K.pneumoniae kháng Tigecyclin	23 (14,9%)	8 (9,1%)	15 (22,7%)	0,02*

*:kiểm định Chi²; **:kiểm định Man-Whitney U; ***: kiểm định Fisher's Exact

BLBLI: Betalactam - ức chế etalactamase; KSD: kháng sinh đồ.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae

Biến số	p	OR (KTC 95%)
SOFA	0,006	1,5 (1,1 - 2,01)
Colistin-Carbapenem sau KSD	0,017	3,3 (1,2 - 8,7)
Nhồi máu cơ tim kèm theo	0,025	16,1 (1,4 - 181,5)

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 154 bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 62,2; giới nam chiếm tỷ lệ 68,8%; không có sự khác biệt về tuổi và giới tính giữa 2 nhóm VPCĐ và VPBV. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu chúng tôi thấp hơn tác giả I Ren-Chen⁵ với 77,5 tuổi và L.B.Huy⁶ nghiên cứu 270 bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae tại Bệnh viện Thống Nhất với 81,2 tuổi. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ viêm phổi do K.pneumoniae ở bệnh nhân VPCĐ thấp hơn nhóm VPBV, kết quả này cũng tương đồng với các tác giả như I Ren-Chen⁵ và Chih-Han Juan⁴. Nhóm VPCĐ của chúng tôi lớn tuổi hơn so với nhóm VPBV, tương đồng với tác giả I Ren-Chen⁵ và Chih-Han Juan⁴. Chúng tôi ghi nhận hai bệnh lý đi kèm thường gặp nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2, trong khi ghi nhận của tác giả I Ren-Chen là đái tháo đường typ 2 và bệnh lý ác tính⁵.

Tỷ lệ tử vong là 42,9%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân VPBV cao hơn so với nhóm VPCĐ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa. Tương tự, tác giả Chih-Han Juan thống kê ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân tử vong nội viện, cũng như tử vong trong vòng 28 ngày ở nhóm VPBV cao hơn đáng kể so với nhóm VPCĐ⁴.

Đánh giá khả năng nhạy cảm kháng sinh, tỷ lệ nhạy kháng kháng sinh ở nhóm VPCĐ ở các nhóm kháng sinh đều cao hơn nhóm VPBV. Tỷ lệ toàn kháng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với ghi nhận của hai tác giả L.V.Chinh⁷ và L.B.Huy⁶ với đối tượng là viêm phổi bệnh viện. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhạy kháng sinh thấp với các nhóm kháng sinh như Cephalosporin thế hệ 2, Cephalosporin thế hệ 3, Quinolone, Piperacillin/Tazobactam.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh cao nhất với kháng sinh Tigecyclin và Colistin. Hiện nay, với những cơ chế đề kháng kháng sinh đa dạng của K.pneumoniae cũng như đặc điểm quần thể khác nhau tạo nên sự khác biệt về tỷ lệ đề kháng kháng sinh. Có 5 cơ chế đề kháng kháng sinh của K.pneumoniae được đề cập, bao gồm: sản sinh các enzym phân hủy kháng sinh, thay đổi tính thấm màng tế bào, tạo bơm thải kháng sinh khỏi tế bào vi khuẩn, tạo màng sinh học, biến đổi cấu trúc lipid A và polysaccharide. Việc sử dụng rộng rãi các kháng sinh nhóm β -lactam, carbapenem,... tạo điều kiện hình thành các kiểu hình đa kháng thuốc trong thực hành lâm sàng⁸. Ngày nay, các nhà lâm sàng ngày càng quan tâm về khía cạnh sinh học phân tử, xác định các gen đột biến liên quan kháng thuốc.

Các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae gồm: thang điểm SOFA, có nhồi máu cơ tim kèm theo và có sử dụng phác đồ Colistin-Carbapenem. Nhóm bệnh nhân có nhồi máu cơ tim trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn từ tuyến trước chuyển lên, khoảng 50% trường hợp viêm phổi có biến cố là nhồi máu cơ tim, 50% trường hợp viêm phổi là biến cố xảy ra sau nhồi máu cơ tim. Nhóm bệnh nhân được lựa chọn phác đồ Carbapenem – Colistin thì 90% nhiễm K.pneumoniae đa kháng, kháng rộng và toàn kháng, 70% bệnh nhân có thở máy xâm lấn, đây là các trường hợp bệnh nặng, phác đồ Carbapenems – Colistin được xem là vũ khí mạnh mẽ và là vũ khí cuối cùng để điều trị vi khuẩn Gram âm đa kháng trong đó có K.pneumoniae trong điều kiện không có kháng sinh mới, do đó, khi bệnh nhân được sử dụng phác đồ Carbapenem – Colistin chính là yếu tố tiên lượng bệnh nặng, nguy cơ tử vong cao. Theo I Ren-Chen, ở nhóm VPCĐ do K.pneumoniae, yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong trong vòng 28 ngày là thang điểm APACHEII, trong khi ở nhóm VPBV do K.pneumoniae thì thang điểm SOFA là yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong trong vòng 28 ngày, sử dụng kháng sinh thích hợp là yếu tố bảo vệ ở nhóm bệnh nhân này⁵.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong do viêm phổi do K.pneumoniae là cao. Tình trạng đề kháng kháng sinh ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae ngày càng gia

tăng đáng kể, ảnh hưởng tới kết quả điều trị của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO** (2023) reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Accessed February 13. <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>.
2. **Bộ Y tế** (2018). Niên giám thống kê y tế. 241.
3. **Trương Thiên Phú** (2022). Đặc điểm nhiễm khuẩn và đề kháng kháng sinh của bệnh nhân khoa Hồi sức cấp cứu - bệnh viện Chợ Rẫy năm 2018- 2022. Báo cáo Hội nghị Hồi sức cấp cứu thành phố Hồ Chí Minh, 10/2022.
4. **Juan CH, Chuang C, Chen CH, Li L, Lin YT** (2019). Clinical characteristics, antimicrobial resistance, and capsular types of community-acquired, healthcare-associated, and nosocomial *Klebsiella pneumoniae* bacteremia. *Antimicrob Resist Infect Control*. 8:1. doi:10.1186/s13756-018-0426-x.
5. **Chen IR, Lin SN, Wu XN, et al** (2022). Clinical and microbiological characteristics of bacteremic pneumonia caused by *Klebsiella pneumoniae*. *Front Cell Infect Microbiol*. 12:903682. doi:10.3389/fcimb.2022.903682.
6. **Lê Bảo Huy, Nguyễn Đức Công** (2022). Đặc điểm viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* đa kháng kháng sinh tại bệnh viện Thống Nhất. *Y học cộng đồng*. 63(5). doi:10.52163/yhc.v63i5.421
7. **Lê Văn Chính** (2021). Khảo sát nhiễm khuẩn bệnh viện do *Klebsiella pneumoniae* tại khoa Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Dược TP.HCM.
8. **Li Y, Kumar S, Zhang L, Wu H, Wu H** (2023). Characteristics of antibiotic resistance mechanisms and genes of *Klebsiella pneumoniae*. *Open Med*. 18(1):20230707. doi:10.1515/med-2023-0707.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Nguyễn Thị Thúy Liễu¹, Nguyễn Hiếu Thảo¹, Trần Hồng Khánh Vi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 162 bệnh nhân tại khoa Tim mạch – Lão khoa tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh trong thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** 34,6% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh đái tháo đường trên 10 năm; 92,6% bệnh nhân tuân thủ đúng cách sử dụng thuốc; 37,7% bệnh nhân tuân thủ kiểm tra đường huyết tại nhà; chỉ 4,3% bệnh nhân có uống rượu bia; tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu lúc đói lần lượt là tốt 21%, chấp nhận 9,2% và kém 69,8%. **Kết luận:** qua nghiên cứu này cho thấy có 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 21,0% bệnh nhân kiểm soát glucose máu ở mức tốt (4,4–6,1 mmol/l), 15 đối tượng chiếm 9,2% kiểm soát glucose máu đạt mức độ chấp nhận (6,2–7,00 mmol/l) và 113 bệnh nhân chiếm 69,8% cao nhất ở mức kém (> 7,0mmol/l hoặc < 4,4mmol/L).

Từ khóa: đái tháo đường type 2, kiểm soát glucose máu

SUMMARY

CURRENT STATUS OF BLOOD GLUCOSE REGULATION IN PATIENTS WITH TYPE 2

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy Liễu

Email: nttliou@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025

DIABETES AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Determining the current status of controlling blood glucose in type 2 diabetes patients at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on 162 patients at the Cardiology - Geriatrics Department at Tra Vinh General Hospital from May 2024 to August 2024. **Results:** 34.6% of patients participating in the study had diabetes for more than 10 years; 92.6% of patients followed the correct way of using medication; 37.7% of patients followed home blood sugar testing; only 4.3% of patients drank alcohol; the rate of patients with good fasting blood glucose control was 21%, acceptable 9.2% and poor 69.8%. **Conclusions:** This study showed that 34 patients, accounting for 21.0% of patients, had good blood glucose control (4.4–6.1 mmol/l), 15 patients, accounting for 9.2%, had acceptable blood glucose control (6.2–7.00 mmol/l), and 113 patients, accounting for 69.8%, had poor control (> 7.0 mmol/l or < 4.4 mmol/l). **Keywords:** type 2 diabetes, blood glucose regulation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn nội tiết mạn tính thường gặp và là một trong 3 bệnh phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng, thuộc nhóm bệnh không lây nhiễm, không lây qua ăn uống, tiếp xúc hay quan hệ tình dục. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) nhận định rằng: "Thế kỷ XXI này là thế kỷ của bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hóa mà điển hình là bệnh ĐTĐ. Những gì mà đại dịch HIV/AIDS đã hoành hành 20 năm cuối thế kỷ XX, thì đó sẽ là điều mà đái tháo đường làm trong 20