

Esteban và cộng sự cho thấy tỷ lệ SVR đạt 98,9% [6]. Các kết quả này đều chứng minh hiệu quả cao và tính an toàn của phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir trong điều trị viêm gan vi rút C mạn, đồng thời khẳng định sự vượt trội của thuốc trong việc loại trừ hoàn toàn vi rút. Sau 12 tuần điều trị viêm gan vi rút C mạn bằng phác đồ Sofosbuvir/ Velpatasvir, nồng độ trung bình của ALT và AST ở bệnh nhân đều giảm rõ rệt, cho thấy hiệu quả tích cực trong việc cải thiện chức năng gan và giảm tổn thương gan. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Văn Huy và cộng sự, khi họ cũng ghi nhận sự giảm nồng độ ALT và AST sau khi điều trị viêm gan vi rút C mạn [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn điều trị bằng phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir trong 12 tuần có đáp ứng sinh hóa tốt. Tất cả 100% bệnh nhân đều đạt đáp ứng siêu vi bền vững (SVR) sau 12 tuần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C, 2065/QĐ-BYT, Hà Nội.
2. **Thạch Ngọc Đăng Châu, Nguyễn Thanh Liêm, Bô Kim Phương**, (2024), "Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân viêm gan vi rút c mạn tại bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2023-2024", Tạp chí y học

Việt Nam, 543 (2), tr. 364-367.

3. **Nguyễn Văn Hải, Đinh Thị Thanh Mai**, (2022), "Thực Trạng Bệnh Nhân Nhiễm Vi Rút Viêm Gan C Tại Bệnh Viện Nhiệt Đới Tỉnh Hải Dương, Năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 515(đặc biệt), tr.176-184.
4. **Đinh Văn Huy, Phạm Ngọc Thạch** (2023), "Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Của Phác Đồ Sofosbuvir/Velpatasvir/Ribavirin Trên Bệnh Nhân Viêm Gan C Mạn Có Xơ Gan Tại Bệnh Viện Bệnh Nhiệt Đới Trung Ương (01/2020 – 6/2022)", Truyền Nhiễm Việt Nam, 41(01), tr. 21-28.
5. **Phạm Cẩm Phương, Phạm Văn Thái, Nguyễn Thuận Lợi và cộng sự**, (2022), "Đánh Giá Mỗi Tương Quan Bộ Ba Afp, Afp-L3%, Pivka-II Với Các Yếu Tố Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Trên Bệnh Nhân Viêm Gan C", Tạp chí Y học Việt Nam, 508(1), tr. 91-94.
6. **Esteban Rafael, Domínguez-Hernández Raquel, Cantero Helena & et al.**, (2024), "Evaluation of the clinical and economic value of sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL) in patients with chronic hepatitis C in Spain during the last 5 years", Gastroenterología y Hepatología, 47(10), pp. e502199.
7. **World Health Organization**, (2022), WHO publishes updated guidance on hepatitis C infection – with new recommendations on treatment of adolescents and children, simplified service delivery and diagnostics, accessed 03/03/2025 from <https://www.who.int/news/item/24-06-2022-WHO-publishes-updated-guidance-on-hepatitis-C-infection>.
8. **World Health Organization** (2024), Hepatitis C, accessed 03/03/2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG KHÁNG SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Trần Văn Giang^{1,2}, Trần Văn Bắc²,
Phạm Ngọc Thạch², Nguyễn Quốc Phương^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là một biến chứng nghiêm trọng trong điều trị hồi sức tích cực và có tỷ lệ tử vong cao. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm kháng kháng sinh và kết quả điều trị bệnh nhân VPLQTM. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán VPLQTM và xác định được căn

nguyên vi khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,95 \pm 18,19$, nam chiếm 69,2%. Có 78,2% bệnh nhân có 1 đợt VPLQTM trong thời gian điều trị, 14,1% bệnh nhân có 2 đợt. Ba căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất là *Acinetobacter* sp (39,1%), *P. aeruginosa* (21,1%) và *K. pneumoniae* (13,5%). *Acinetobacter* sp có tỷ lệ kháng cao với Cephalosporin thế hệ 3 (92-94%), Quinolone (75-88%), Amikacin (80%) và Carbapenem (90%). *P. aeruginosa* kháng Quinolone (81-100%), Carbapenem (86-89%) và Amikacin (86%). *Klebsiella* spp kháng Carbapenem (71-76%), Quinolone (90%) và Cephalosporin thế hệ 3 (79-81%). Tỷ lệ tử vong chung là 24,4%. **Kết luận:** VPLQTM có tỷ lệ kháng kháng sinh cao, đặc biệt với nhóm Carbapenem, Quinolone và Cephalosporin thế hệ 3, đòi hỏi chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý và

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Phương

Email: quocphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả.

Từ khóa: Viêm phổi liên quan thở máy, kháng kháng sinh, hồi sức tích cực.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF ANTIBIOTIC RESISTANCE AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA AT THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

Background: Ventilator-associated pneumonia (VAP) is a serious complication in intensive care treatment with high mortality rates. This study aimed to describe the antibiotic resistance characteristics and treatment outcomes of patients with VAP. **Methods:** A descriptive study was conducted on 78 patients diagnosed with VAP with identified bacterial pathogens at the Intensive Care Unit of the National Hospital of Tropical Diseases, from January 2022 to June 2024. **Results:** The average age of patients was 62.95 ± 18.19 years, with males accounting for 69.2%. 78.2% of patients had one episode of VAP during treatment, while 14.1% had two episodes. The three most common bacterial pathogens were *Acinetobacter* sp (39.1%), *P. aeruginosa* (21.1%), and *K. pneumoniae* (13.5%). *Acinetobacter* sp showed high resistance to third-generation Cephalosporins (92-94%), Quinolones (75-88%), Amikacin (80%), and Carbapenems (90%). *P. aeruginosa* resistance to Quinolones (81-100%), Carbapenems (86-89%), and Amikacin (86%). *Klebsiella* spp resistance to Carbapenems (71-76%), Quinolones (90%), and third-generation Cephalosporins (79-81%). The overall mortality rate was 24.4%. **Conclusion:** VAP pathogens exhibited high levels of antibiotic resistance, particularly to Carbapenems, Quinolones, and third-generation Cephalosporins, necessitating rational antibiotic use strategies and effective infection control measures. **Keywords:** Ventilator-associated pneumonia, antibiotic resistance, intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến và nguy hiểm nhất, thường gặp ở bệnh nhân phải thở máy kéo dài. Tình trạng này xảy ra khi bệnh nhân có dấu hiệu viêm phổi sau 48 giờ thở máy, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và kéo dài thời gian điều trị.¹ Tỷ lệ mắc VPLQTM dao động từ 2,13 đến 116 trên mỗi nghìn ngày thở máy, tùy thuộc vào quốc gia và điều kiện cơ sở y tế, tỷ lệ tử vong dao động từ 16,2% đến 74,1%. VPLQTM không chỉ làm tăng tỷ lệ tử vong mà còn gây gánh nặng lớn về chi phí điều trị và kéo dài thời gian thở máy.²

Mặc dù các biện pháp phòng ngừa đã được áp dụng, tỷ lệ mắc vẫn còn cao do việc chẩn đoán và điều trị kháng sinh chưa kịp thời và chính xác. Các vi khuẩn gây bệnh phổ biến trong

VPLQTM bao gồm các chủng Gram (-) như *Acinetobacter* spp., *P. aeruginosa* và *K. pneumoniae*, cùng với các vi khuẩn Gram (+) như *S. aureus* và *Enterococcus*.

Việc lựa chọn kháng sinh đúng đắn ngay từ đầu là yếu tố quyết định trong việc cải thiện kết quả điều trị, giảm thiểu nguy cơ đề kháng kháng sinh, và giảm tỷ lệ tử vong. Do đó, nghiên cứu đặc điểm kháng kháng sinh và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy là cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm bớt gánh nặng cho hệ thống y tế. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm kháng kháng sinh và kết quả điều trị bệnh nhân VPLQTM tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 78 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên nhập viện điều trị nội trú tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, 78 Giải Phóng được chẩn đoán xác định là viêm phổi liên quan thở máy trong năm 2022-2024 và xác định được căn nguyên vi khuẩn trong bệnh phẩm dịch hút khí quản.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy. Năm 2005 Hiệp hội lồng ngực Hoa kỳ (American Thoracic Society - ATS) thông qua tiêu chuẩn sau:¹

1. Trên 48 giờ đặt nội khí quản thở máy.
2. X-quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm mới, tiến triển hoặc kéo dài.
3. Nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 35,5^{\circ}\text{C}$.
4. Dịch phế quản có mủ hoặc màu vàng đặc.
5. Bạch cầu máu ngoại vi $> 10\text{G/L}$ hoặc $< 4\text{G/L}$.
6. Cây dịch khí, phế quản có vi khuẩn gây bệnh.
7. Điểm CPIS ≥ 6 .

Chẩn đoán xác định bệnh nhân VPLQTM khi có 2 tiêu chuẩn (1), (2) và ít nhất có 2 trong các tiêu chuẩn (3), (4), (5), (6), (7).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đồng nhiễm vi nấm hoặc lao
- Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước, thời gian thở máy dưới 48 giờ, thở máy không liên tục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Thu thập số liệu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 01/2022 đến 06/2024
- Địa điểm: tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Trung ương, 78 Giải Phóng

Biến số trong nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh lý nền kèm theo, số đợt VPLQTM

- Căn nguyên vi khuẩn gây bệnh: A. baumannii, P. aeruginosa, E. coli, K. pneumoniae, S. aureus, ...

- Kết quả kháng sinh đồ: nhạy, trung gian, kháng.

- Thời gian điều trị, kết quả điều trị

Phương tiện nghiên cứu

- Cây dịch phế quản: bệnh phẩm dịch phế quản được lấy theo đúng hướng dẫn của BYT, nuôi cấy vi khuẩn sử dụng máy BATEC FX top và BATEC virtuo.

- Định danh vi khuẩn: bằng phương pháp Maltidof hoặc Vitek. kết quả nuôi cấy dịch phế quản $\geq 10^3$ vi khuẩn/ml bệnh phẩm được coi là dương tính có ý nghĩa

- Xác định mức độ nhạy cảm bằng phương pháp Kirby – Bauer hoặc E – test. Dựa vào đường kính vùng ức chế hoặc 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)

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho bất kì mục tiêu nào khác. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu thu thập đầy đủ, trung thực, khách quan đảm bảo có tính khoa học, chính xác và tin cậy. Nghiên cứu thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương số 30-2022/HĐĐĐ-NGĐTW năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2022 đến 06/2024 chúng tôi thu thập được 78 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phổi liên quan thở máy, xác định được căn nguyên vi khuẩn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm (n = 78)		n	%
Tuổi (năm)	18 – 29	5	6,4%
	30 – 49	16	20,5%
	50 – 69	25	32,1%
	> 70	32	41,0%
	Mean $\pm$ SD (min – max)	62,95 $\pm$ 18,11 (19-92)	
Giới	Nam	54	69,2%

	Nữ	24	30,8%
Phân loại chuyển tuyến	Chuyển từ bệnh viện khác đến	66	84,6%
	Vào thẳng BV Bệnh nhiệt đới Trung ương	12	15,4%
Các can thiệp xâm lấn	Có đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	75	96,2%
	Có đặt sonde tiểu	75	96,2%

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,95 tuổi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 70 tuổi là 41%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, là 69,2%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý nền của bệnh nhân

Bệnh mắc kèm (n = 78)		n	%
Bệnh mắc kèm	Không	33	42,3%
	Có	45	57,7%
	Tổng	78	100%
Số bệnh mắc kèm	1	32	71,1%
	≥ 2	13	28,9%
	Tổng	45	100%
Các bệnh mắc kèm	Bệnh gan mạn	5	6,4%
	Đái tháo đường	3	3,8%
	Bệnh thận	4	5,1%
	Bệnh phổi mạn tính	9	11,5%
	Ung thư/Leucemia	1	1,3%
	HIV	2	2,6%
	Bệnh lao	3	3,8%
	Bệnh khác*	18	40%
Tổng		45	57,7%

* Bệnh khác gồm: loét dạ dày, suy tim sung huyết, liệt nửa người, sa sút trí tuệ, sốt rét, thấp khớp...

Nhận xét: Các bệnh nền bệnh nhân thường gặp là bệnh phổi mạn tính là 11,5%, bệnh gan mạn 6,4%, bệnh thận 5,1%.

Bảng 3. Kết quả phân lập vi khuẩn ở dịch hút phế quản của bệnh nhân VPLQTM

Căn nguyên (n=133 căn nguyên được phân lập ở 78 bệnh nhân VPLQTM)		Tổng	
		n	%
Phân loại vi khuẩn	Gr (+)	4	3%
	Gr (-)	129	97%
	Tổng	133	100%
Loại vi khuẩn cụ thể	Acinetobacter sp	52	39,1%
	P. aeruginosa	28	21,1%
	K. pneumoniae	18	13,5%
	Stenotrophomonas maltophilia	9	6,8%
	Burkholderia sp	5	3,8%
	Elizabethkingia sp	3	2,3%
	Klebsiella sp	3	2,3%
	E. coli	1	0,8%
	E. faecalis	1	0,8%

	Khác*	9	6,8%
Gram (+)	S. aureus	4	3,0%
Tổng		133	100%

* Khác bao gồm: Chromobacterium sp, Chryseobacterium sp, Corynebacterium striatum, Serratia sp

Nhận xét: Căn nguyên Gram dương gây VPLQTM là 97%, trong đó Acinetobacter sp là 39,1%, P. aeruginosa là 21,1%, K. pneumoniae là 13,5%.

Bảng 4. Số đợt VPLQTM và tỷ lệ đồng nhiễm căn nguyên

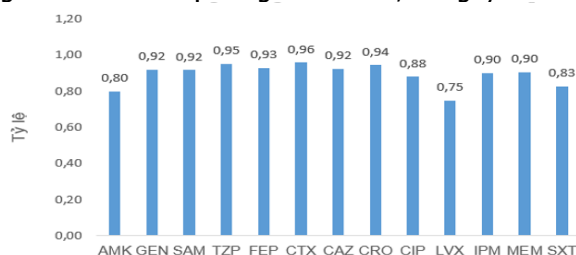
Số đợt VPLQTM của bệnh nhân		n	%
Số đợt VPLQTM của bệnh nhân	1 đợt	61	78,2
	2 đợt	11	14,1
	3 đợt	5	6,4
	4 đợt	1	1,3
	Tổng	78	100
Đồng nhiễm căn nguyên	1 căn nguyên	74	72,5
	2 căn nguyên	26	25,5
	3 căn nguyên	1	1
	4 căn nguyên	1	1
	Tổng	102	100

Nhận xét: Trong 78 bệnh nhân có 61 bệnh nhân là có 1 đợt VPLQTM (78,2%), 11 bệnh nhân là có 2 đợt VPLQTM (14,1%), 5 bệnh nhân là có 3 đợt VPLQTM (6,4%). Về tỷ lệ đồng nhiễm căn nguyên, có 74 mẫu cấy dịch phế quản ra 1 căn nguyên (72,5%), 26 mẫu cấy hút phế quản cấy mọc ra 2 căn nguyên (25,5%).

Bảng 5. Kết quả điều trị bệnh nhân VPLQTM

Kết quả điều trị	Khỏi, ra viện	59	75,6%
	Tử vong/Nặng xin về tử vong tại nhà	19	24,4%
Thời gian nằm điều trị	Mean $\pm$ SD (min – max)	39,12 $\pm$ 21,42 (3 - 74)	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong là 24,4%. Thời gian nằm điều trị trung bình là 39,12 ngày.

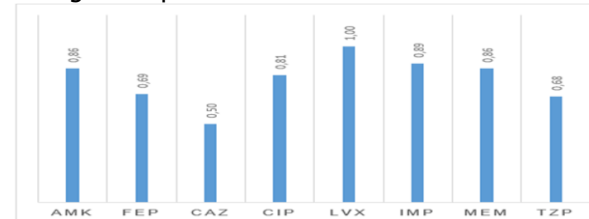


Biểu đồ 1. Tình trạng kháng kháng sinh của Acinetobacter sp

AMK: Amikacin, GEN: Gentamycin, SAM: Ampicillin/ Sulbactam, TZP: Piperacillin/ Tazobactam, FEP: Cefepime, CTX: Cefotaxime, CAZ: Ceftazidim, CRO: Ceftriaxone, CIP:

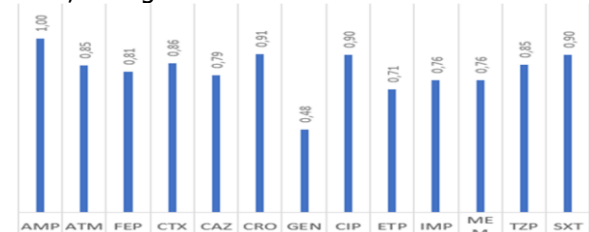
Ciprofloxacin, LVX: Levofloxacin, IMP: Imipenem, MEM: Meropenem, SXT: Trimethoprim/Sulfamethoxazole.

Nhận xét: Acinetobacter sp kháng Cephalosporin thế hệ 3 là 92-94%, kháng Quinolon từ 75-88%, kháng amikacin là 80%, kháng Carbapenem là 90%.



Biểu đồ 2. Tình trạng kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa

Nhận xét: Pseudomonas aeruginosa kháng Quinolon từ 81-100%, kháng Carbapenem từ 86-89%, kháng Amikacin là 86%.



Biểu đồ 3. Tình trạng kháng kháng sinh của Klebsiella sp

ATM: Aztreonam

Nhận xét: Klebsiella spp kháng Carbapenem từ 71-76%, kháng Quinolon là 90%, kháng Cephalosporin thế hệ 3 từ 79-81%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân VPLQTM là 62,95, với 41% bệnh nhân trên 70 tuổi và tỷ lệ nam giới là 69,2%, cao hơn nữ giới. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Bình (2023) tại khoa A9 Bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 44,3%, và nam giới cũng chiếm tỷ lệ cao hơn.³ Sự chênh lệch giới tính trong các ca VPLQTM có thể được giải thích bởi các yếu tố như hành vi và tiếp cận chăm sóc sức khỏe khác nhau giữa nam và nữ, cùng với tỷ lệ hút thuốc và tiếp xúc nghề nghiệp cao hơn ở nam giới. Bệnh nhân cao tuổi trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ lớn cũng phản ánh sự giảm khả năng miễn dịch và sức đề kháng kém hơn trong nhóm tuổi này, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Những thông tin này rất quan trọng cho việc phát triển các chiến lược can thiệp và phòng ngừa, nhằm giảm thiểu rủi ro và cải thiện kết quả điều trị cho những bệnh nhân cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi xác định 3 căn nguyên chính gây VPLQTM là *Acinetobacter* sp. (39,1%), *Pseudomonas aeruginosa* (21,1%) và *Klebsiella pneumoniae* (13,5%) (Bảng 3). Cùng với đó, nghiên cứu của Lê Thị Bình (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai cũng phản ánh một tỷ lệ cao các trường hợp nhiễm *Acinetobacter baumannii* (38,8%), *Klebsiella pneumoniae* (30,6%), và *Pseudomonas aeruginosa* (14,3%).³ Nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư trên bệnh nhân VPLQTM tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy *A. baumannii* là căn nguyên gây bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), tiếp đến là *K. pneumoniae* (21,6%), *S. aureus* (12,1%), *P. aeruginosa* (9,9%) và *E. coli* (7,8%).⁴ Nghiên cứu của Trần Thị Hải Ninh (2021) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong giai đoạn 2017-2018 cho thấy các tác nhân gây bệnh tương tự nhưng với tỷ lệ cao hơn, với *A. baumannii* (65,8%), *P. aeruginosa* (28,9%) và *K. pneumoniae* (23,1%). Còn *Staphylococcus aureus* (11,5%) là vi khuẩn Gram dương, tuy nhiên với tỷ lệ thấp hơn.⁵ Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng các vi khuẩn Gram âm, đặc biệt là *Acinetobacter* sp., *Pseudomonas aeruginosa*, và *Klebsiella pneumoniae*, là những căn nguyên chính gây viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM). Những kết quả nghiên cứu này không chỉ phản ánh sự phổ biến của các vi khuẩn này trong gây bệnh mà còn cho thấy sự nhất quán trong kết quả giữa các nghiên cứu tại các bệnh viện lớn, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát và quản lý kháng kháng sinh hiệu quả để đối phó với những tác nhân này.

Trong một nhóm nghiên cứu của Dahyot (2018) từ một bệnh viện chăm sóc sức khỏe cấp ba ở miền Bắc Ả Rập Xê Út, XDR *A. baumannii*, XDR *P. aeruginosa* và *K. pneumoniae* là nguyên nhân chính gây VPLQTM.⁶ Phân tích tổng hợp của Kharel S (2021), bao gồm dữ liệu từ 24 nghiên cứu, nhấn mạnh rằng *Acinetobacter* sp., tiếp theo là *Pseudomonas aeruginosa* và *Klebsiella pneumoniae* là 3 vi khuẩn Gram (-) phổ biến nhất gây VPLQTM. Ngược lại, *S. aureus* và *Enterococcus* species là các vi khuẩn Gram (+) gặp phổ biến trong các ca nhiễm trùng này, mặc dù chúng xuất hiện với tần suất thấp hơn.² Tổng hợp các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cho thấy sự cần thiết trong việc xây dựng các chiến lược can thiệp nhằm giảm sự phát triển của các vi khuẩn Gram âm kháng thuốc, cũng như phát triển các phương pháp mới để điều trị các nhiễm trùng do vi khuẩn Gram dương gây ra.

Nghiên cứu của chúng tôi cùng với các

nghiên cứu khác cho thấy mức độ kháng kháng sinh cao ở các vi khuẩn chủ yếu gây VPLQTM. Cụ thể, *Acinetobacter* sp. trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao với Cephalosporin thế hệ 3 (92-94%), Quinolon (75-88%), Amikacin (80%), và Carbapenem (90%). *Pseudomonas aeruginosa* và *Klebsiella* spp. cũng thể hiện tỷ lệ kháng thuốc cao tương tự, với tỷ lệ kháng với Carbapenem và Quinolon lần lượt là 86-89% và 90% (biểu đồ 1,2,3).

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2022) ở Thanh Hóa và Võ Phạm Minh Thu (2022) tại Cần Thơ, cả hai đều báo cáo tỷ lệ kháng thuốc cao tương tự ở các chủng *K. pneumoniae* và *A. baumannii*.^{7,8} Tỷ lệ kháng kháng sinh ở các địa phương khác cho thấy một mô hình tương tự với tỷ lệ kháng các loại thuốc chủ yếu như β -lactam, aminoglycoside, và fluoroquinolones rất cao. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát triển và áp dụng các chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn và giám sát sử dụng kháng sinh, nhằm đối phó với vấn đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Sự phổ biến của các vi khuẩn Gram âm đa kháng yêu cầu các bệnh viện phải thực hiện các biện pháp chặt chẽ hơn trong việc quản lý và điều trị nhiễm trùng, bao gồm việc sử dụng các phương pháp điều trị kết hợp và phát triển các chiến lược mới để quản lý hiệu quả các trường hợp nhiễm trùng nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VPLQTM là 24,4% (bảng 5), một tỷ lệ gần tương đương với 23,8% được báo cáo trong nghiên cứu của Trần Thị Hải Ninh (2021) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong giai đoạn 2017-2018. Tuy nhiên, tổng kết từ Kharel S (2021), bao gồm 13 bài báo trong số 24 bài được đánh giá, cho thấy sự biến động đáng kể về tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VPLQTM, với tỷ lệ từ 16,2% đến 74,17%.² Điều này cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu, đặc biệt là mức tử vong cao nhất được ghi nhận từ Ấn Độ, điều này có thể phản ánh những khác biệt về hệ thống y tế hoặc các chiến lược quản lý bệnh nhân VPLQTM tại các quốc gia này.

Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong do VPLQTM được Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) và Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) báo cáo là 13%, trong khi ở Châu Âu, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 29,9%. Những con số này cho thấy sự chênh lệch đáng kể giữa các khu vực và có thể liên quan đến các yếu tố như cơ sở vật chất y tế, khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, và các chính sách y tế công cộng khác nhau. Tỷ lệ

tử vong cao ở nhiều khu vực được nhiều tác giả cho rằng là do thiếu tiến bộ y tế trong chăm sóc sức khỏe, thiếu đơn vị chăm sóc tích cực (ICU) chuyên khoa, gánh nặng chi phí cá nhân và tình trạng kháng kháng sinh cao. Các yếu tố này đều đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân VPLQTM. Một chính sách y tế mạnh mẽ và sự đầu tư vào hạ tầng y tế, cũng như các chương trình giáo dục về sử dụng kháng sinh hợp lý, là cần thiết để giảm tỷ lệ tử vong này và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Ba căn nguyên vi khuẩn thường gặp gây VPLQTM lần lượt là: *Acinetobacter* sp, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*. Cả 3 căn nguyên này đều kháng với các nhóm kháng sinh Quinolone, Carbapenem, Quinolone và Aminoglycosid rất cao. Tỷ lệ tử vong là 24,4%.

Khuyến nghị: Tăng cường giám sát kháng sinh: Thiết lập chương trình giám sát và quản lý sử dụng kháng sinh chặt chẽ tại khoa Hồi sức tích cực để kiểm soát hiệu quả tình trạng kháng kháng sinh, đặc biệt với các thuốc như Cephalosporin, Quinolone, Amikacin và Carbapenem. Điều này sẽ giúp giảm thiểu sự phát triển của kháng kháng sinh và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân VPLQTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America.** Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated

2. **Kharel S, Bist A, Mishra S.K.** Ventilator-associated pneumonia among ICU patients in WHO Southeast Asian region: A systematic review. *PloS one*. 2021. 16(3):e0247832.
3. **Lê Thị Bình.** Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi thở máy xâm nhập tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai năm 2022. *Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy*. 2023.
4. **Nguyễn Kim Thư, Nguyễn Danh Đức.** Căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đại học y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 525(1B).
5. **Trần Thị Hải Ninh, Nguyễn Vũ Trung, Nguyễn Văn Kính.** Căn nguyên, kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2021. 1(33):56-60.
6. **Dahyot-Fizelier C, Frasca D, Lasocki S, et al.** Prevention of early ventilation-acquired pneumonia (VAP) in comatose brain-injured patients by a single dose of ceftriaxone: PROPHY-VAP study protocol, a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BMJ open*. 2018. 8(10):e021488.
7. **Võ Phạm Minh Thu, Đinh Thiện Chí, Phan Hùng Việt, Cao TTM, Duong PT, Nguyen T.** Ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant gram-negative bacteria in Vietnam: antibiotic resistance, treatment outcomes, and colistin-associated adverse effects. Paper presented at: Healthcare2022.
8. **Nguyễn Văn Dũng, Phạm Thái Dũng.** Căn nguyên vi sinh và kháng kháng sinh ở người bệnh viêm phổi liên quan đến thở máy được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 518(1).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ Ở BỆNH NHÂN U LYMPHO TẾ BÀO ÁO TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021–2024

Vũ Đức Bình¹, Nguyễn Thuỳ Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng hóa trị ở bệnh nhân u lympho tế bào áo (MCL) tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương giai đoạn 2021–2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Tổng số 57 bệnh nhân

MCL mới được chẩn đoán, trong đó 46 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí điều trị hóa trị và được đánh giá đáp ứng sau điều trị. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20.0, sử dụng các kiểm định thống kê với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung sau 3 chu kỳ hóa trị đạt 86,9%, trong đó đáp ứng hoàn toàn (CR) là 23,9%. Kết thúc điều trị, tỷ lệ CR tăng lên 54,6%. Tử vong do nhiễm trùng và tiến triển chiếm 22,7%. Nhóm sử dụng phác đồ R-CHOP/R-DHAP có tỷ lệ CR cao nhất (63,3%). Các yếu tố như giai đoạn bệnh, chỉ số MIPI-c, Ki-67 và LDH có xu hướng ảnh hưởng đến kết quả điều trị, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hóa trị mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh nhân MCL, đặc biệt với phác đồ R-CHOP/R-DHAP. Một số yếu tố tiên lượng như MIPI-c, Ki-67 và

¹*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuỳ Dương
Email: thuyduongninhbt@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025
Ngày duyệt bài: 10.6.2025