

7. Lee, H. Y., Kim, J. H., Lee, J. E., Kim, Y. S., & Park, W. (2019). Quality of life outcomes after definitive concurrent chemoradiotherapy for cervical cancer: comparison between intensity-modulated radiotherapy and conventional radiotherapy. *Journal of Gynecologic Oncology*, 30(3), e33.
8. Ferrandina, G., Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L., Terzano, S.,... & Scambia, G. (2020). Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecologic Oncology*, 159(1), 269-276.

TÌNH HÌNH NHIỄM VÀ ĐỀ KHÁNG CARBAPENEM CỦA VI KHUẨN ACINETOBACTER BAUMANNII PHÂN LẬP TỪ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đỗ Thị Trúc Thanh^{1,2}, Cao Thị Mỹ Thuý^{1,3}, Võ Phạm Minh Thư¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Acinetobacter baumannii* là một trong những tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện hàng đầu, có mức độ kháng thuốc cao và thường gặp trên đối tượng viêm phổi bệnh viện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ nhiễm và đề kháng carbapenem của vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* phân lập từ bệnh nhân viêm phổi bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 292 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ=1,92, độ tuổi trung bình là 70,4±13,2, phần lớn từ 60 tuổi trở lên (78,4%). Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện là 20,9%. Trong 61 trường hợp nhiễm *Acinetobacter baumannii*, ghi nhận có đến 59 trường hợp đề kháng carbapenem (chiếm 96,7%). Yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến nhiễm *Acinetobacter baumannii* gồm: sử dụng corticoid kéo dài với OR = 4,79 (KTC 95%: 2,06 – 11,14), sử dụng kháng sinh trước đó với OR = 5,23 (KTC 95%: 2,06 – 13,26), nhập ICU với OR = 28,97 (KTC 95%: 7,50 – 111,86) và có bệnh cấu trúc phổi với OR = 3,2 lần (KTC 95%: 1,20 – 8,53), $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ tác nhân *Acinetobacter baumannii* trong viêm phổi bệnh viện tương đối thường gặp, hầu hết có đề kháng carbapenem. các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến nhiễm *Acinetobacter baumannii* gồm: sử dụng corticoid kéo dài, sử dụng kháng sinh trước đó, nhập ICU và có bệnh cấu trúc phổi, $p < 0,05$.

Từ khóa: *Acinetobacter baumannii*, đề kháng carbapenem, viêm phổi bệnh viện.

SUMMARY

PREVALENCE AND CARBAPENEM RESISTANCE OF ACINETOBACTER

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Trúc Thanh

Email: tructhanhdo87@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

BAUMANNII ISOLATED FROM HOSPITAL - ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Background: *Acinetobacter baumannii* is one of the leading causative agents of nosocomial infections, characterized by a high level of antimicrobial resistance and commonly associated with hospital-acquired pneumonia. **Objectives:** To determine the prevalence and carbapenem resistance rate of *Acinetobacter baumannii* isolated from patients with hospital-acquired pneumonia. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 292 patients diagnosed and treated for hospital-acquired pneumonia at Can Tho City General Hospital from May 2024 to March 2025. **Results:** Regarding demographic characteristics, the male-to-female ratio was 1.92, with a mean age of 70.4 ± 13.2 years; the majority were aged ≥60 years (78.4%). The prevalence of *Acinetobacter baumannii* infection among patients with hospital-acquired pneumonia was 20.9%. Among the 61 *Acinetobacter baumannii* isolates, 59 were resistant to carbapenems (accounting for 96.7%). Independent risk factors associated with *Acinetobacter baumannii* infection included prolonged corticosteroid therapy (OR = 4.79; 95% CI: 2.06–11.14), prior antibiotic use (OR = 5.23; 95% CI: 2.06–13.26), admission to the intensive care unit (OR = 28.97; 95% CI: 7.50–111.86), and the presence of underlying structural lung disease (OR = 3.2; 95% CI: 1.20–8.53), $p < 0.05$. **Conclusion:** *Acinetobacter baumannii* is a relatively common pathogen in hospital-acquired pneumonia, with a high prevalence of carbapenem resistance. Independent risk factors associated with *Acinetobacter baumannii* infection include prolonged corticosteroid use, prior antibiotic exposure, ICU admission, and structural lung abnormalities ($p < 0.05$).

Keywords: *Acinetobacter baumannii*, carbapenem resistance, hospital-acquired pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao nhất, đặc biệt ở các khoa hồi sức tích cực (ICU). Trong số các tác nhân gây VPBV, vi khuẩn Gram âm *Acinetobacter baumannii* (A.

baumannii) nổi bật là nguyên nhân hàng đầu, nhất là ở các bệnh nhân thở máy dài ngày. Vi khuẩn này có khả năng đề kháng kháng sinh đáng lo ngại, nhiều chủng A. baumannii hiện nay đã kháng với hầu hết các nhóm kháng sinh thông thường, bao gồm cả carbapenem – loại beta-lactam phổ rộng. Năm 2017, Tổ chức Y tế Thế giới đã xếp A. baumannii kháng carbapenem vào nhóm mầm bệnh ưu tiên hàng đầu cần phát triển thuốc mới.

Hậu quả lâm sàng do A. baumannii đa kháng thuốc (đặc biệt là chủng kháng carbapenem) rất nghiêm trọng. Nhiễm khuẩn do vi khuẩn này làm tăng thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong cao vượt trội so với các vi khuẩn nhạy cảm; nhiều báo cáo ghi nhận tỷ lệ tử vong có thể lên đến 30–75% [4]. Việc điều trị các trường hợp nhiễm A. baumannii kháng thuốc gặp nhiều khó khăn do vi khuẩn đề kháng với hầu hết kháng sinh hiện có. Thực tế, trong nhiều tình huống, polymyxin (colistin) là lựa chọn hiệu quả cuối cùng, đôi khi kết hợp với một số kháng sinh mới như tigecycline hoặc eravacycline, nhưng hiệu quả điều trị thường hạn chế và tiềm ẩn nguy cơ tác dụng phụ cao. Tình trạng này khiến A. baumannii được coi là “siêu vi khuẩn” nguy hiểm, gây gánh nặng lớn cho hệ thống y tế và thách thức các bác sĩ lâm sàng trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.

Tương tự xu hướng toàn cầu, vấn nạn A. baumannii kháng thuốc tại Việt Nam đang ở mức báo động. Nhiều khảo sát tại các bệnh viện trong nước cho thấy A. baumannii là tác nhân gây VPBV hàng đầu và hầu hết các chủng phân lập đều kháng đa số kháng sinh. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 93,4% các chủng A. baumannii phân lập đã kháng với imipenem và meropenem [6]. Tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ, A. baumannii chiếm khoảng gần 30% tác nhân gây VPBV và có mức độ đề kháng >90% đối với hầu hết các kháng sinh, kể cả carbapenem [9]. Thực trạng này dẫn đến nhiều khó khăn trong điều trị và kiểm soát nhiễm khuẩn, đòi hỏi phải có dữ liệu giám sát và nghiên cứu đặc hiệu tại địa phương. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm và đề kháng carbapenem của vi khuẩn A. baumannii phân lập từ bệnh nhân viêm phổi bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân VPBV đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa

khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu và được chẩn đoán viêm phổi sau 48 giờ nhập viện mà không có dấu hiệu nhiễm khuẩn hô hấp tại thời điểm nhập viện. Viêm phổi được chẩn đoán theo tiêu chuẩn CDC (2024) khi thoả 3 tiêu chuẩn sau [3]:

- Tiêu chuẩn 1 (Bảng chứng hình ảnh học) Tổn thương mới xuất hiện hoặc tổn thương tiến triển và không mất đi nhanh trên xét nghiệm hình ảnh học lồng ngực (X-quang ngực thẳng hoặc chụp cắt lớp vi tính ngực). Các dạng tổn thương có thể là thâm nhiễm, đông đặc, tạo hang, bóng khí.

- Tiêu chuẩn 2 (Triệu chứng và dấu hiệu):

- + Có ít nhất một trong các dấu hiệu: Nhiệt độ >38°C hoặc <36°C đã loại trừ do các nguyên nhân khác; Tăng bạch cầu ($\geq 12 \times 10^9/L$) hoặc giảm bạch cầu ($\leq 4 \times 10^9/L$); Rối loạn ý thức ở bệnh nhân cao tuổi (>70 tuổi) đã loại trừ các nguyên nhân khác.

- + Và có ít nhất hai trong số các biểu hiện: Đàm mủ hoặc thay đổi tính chất đàm hoặc tăng tiết đàm hoặc tăng nhu cầu hút đàm; Ho hoặc ho tăng lên hoặc khó thở hoặc thở nhanh; Tiếng ran nổ hoặc ran rít qua thăm khám phổi; Tình trạng trao đổi khí xấu đi bao gồm giảm oxy máu, tăng nhu cầu oxy cung cấp hoặc tăng nhu cầu thở máy.

- Tiêu chuẩn 3 (Xét nghiệm vi sinh), có ít nhất một trong các tiêu chí sau: Kết quả cấy máu và/hoặc dịch màng phổi dương tính; Kết quả cấy bệnh phẩm dịch tiết từ đường hô hấp dương tính; Soi dịch rửa phế quản dưới kính hiển vi (ví dụ: nhuộm gram) có $\geq 5\%$ các tế bào thu được chứa vi khuẩn nội bào.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc chuyển viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp thuận tiện, chọn các đối tượng thoả tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu đến khi đạt được số mẫu mong muốn. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 292 đối tượng tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, tiền sử hút thuốc lá, tiền sử uống rượu bia, tiền sử dùng corticoid kéo dài, tiền sử phẫu thuật, bệnh cấu trúc phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dẫn phế quản, ung thư phổi), điều trị kháng sinh

trước đó, điều trị tại khoa hồi sức tích cực, suy giảm miễn dịch, ung thư, thông khí cơ học.

Tỷ lệ nhiễm và đề kháng carbapenem của *A. baumannii* và phân tích một số yếu tố liên quan.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng phép kiểm Chi-square (χ^2) để so sánh mối liên quan giữa 2 biến định tính. Nếu ô có vọng trị <5 chiếm tỉ lệ hơn 20% hay ô có vọng trị <1 thì sử dụng phép kiểm định Fisher. Sử dụng hồi quy logistic đa biến phân tích mối liên quan giữa các yếu tố.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.180.HV/PCT- HĐĐĐ. Đồng thời, nghiên cứu cũng được Ban giám đốc, Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ phê duyệt là nơi tiến hành lấy mẫu.

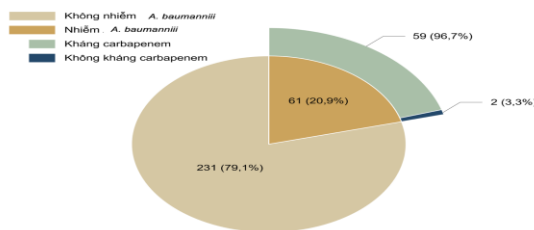
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 5/2023 đến 3/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, chúng tôi thu thập được 292 bệnh nhân VPBV và được phân lập vi khuẩn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam/nữ bằng 1,92, tuổi trung bình là $70,4 \pm 13,2$, nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số với 78,4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử hút thuốc lá	Có	180
	Không	112
Tiền sử uống rượu bia	Có	162
	Không	130
Sử dụng corticoid kéo dài	Có	46
	Không	246
Phẫu thuật	Có	16
	Không	276
Bệnh cấu trúc phổi	Có	41
	Không	251
Sử dụng kháng sinh	Có	47
	Không	245
Nhập ICU	Có	24
	Không	268

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu không có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài (84,2%), không phẫu thuật (94,5%), không mắc bệnh cấu trúc phổi (86%), không sử dụng kháng sinh (83,9%) và không nhập ICU (91,8%), trong khi có tỷ lệ tương đối cao người bệnh có tiền sử hút thuốc lá (61,6%) và uống rượu bia (55,5%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhiễm và đề kháng carbapenem của *Acinobacter baumannii*

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm *A. baumannii* chiếm xấp xỉ 1/5 (20,9%). Trong số những bệnh nhân nhiễm *A. baumannii*, hầu hết đều kháng carbapenem (96,7%).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm *Acinobacter baumannii*

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi ≥ 60 tuổi	1,03	0,42 – 1,74	0,685
Hút thuốc lá	0,73	0,41 – 1,29	0,286
Uống rượu bia	1,70	0,94 – 3,06	0,074
Sử dụng corticoid kéo dài	5,47	2,79 – 10,73	$<0,001$
Phẫu thuật	2,41	0,84 – 6,91	0,093
Sử dụng kháng sinh trước đó	9,46	4,75 – 18,84	$<0,001$
Bệnh cấu trúc phổi	9,33	4,54 – 19,17	$<0,001$
Nhập ICU	39,9	11,36 – 140,03	$<0,001$

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm *A. baumannii* có ý nghĩa thống kê với OR và KTC 95% lần lượt là: sử dụng corticoid kéo dài (OR = 5,47; KTC 95%: 2,79 – 10,73), sử dụng kháng sinh trước đó (OR = 9,46; KTC 95%: 4,75 – 18,84), bệnh cấu trúc phổi (OR = 9,33; KTC 95%: 4,54 – 19,17) và nhập ICU (OR = 39,9; KTC 95%: 11,36 – 140,03).

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến nhiễm *Acinobacter baumannii*

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Sử dụng corticoid kéo dài	4,79	2,06 – 11,14	$<0,001$
Sử dụng kháng sinh trước đó	5,23	2,06 – 13,26	$<0,001$
Nhập ICU	28,97	7,50 – 111,86	$<0,001$
Bệnh cấu trúc phổi	3,20	1,20 – 8,53	0,02

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến nhiễm *A. baumannii* gồm: sử dụng corticoid kéo dài làm tăng nguy cơ 4,79 lần (KTC 95%: 2,06 – 11,14), sử dụng kháng sinh trước đó làm tăng nguy cơ 5,23 lần (KTC 95%: 2,06 – 13,26), nhập ICU làm tăng nguy cơ 28,97 lần (KTC 95%: 7,50 – 111,86) và có bệnh cấu trúc phổi làm tăng nguy cơ

3,2 lần (KTC 95%: 1,20 – 8,53), $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 292 bệnh nhân VPBV ghi nhận *A. baumannii* chiếm tỷ lệ 20,9% trong các trường hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022) cũng nghiên cứu tại cùng địa điểm, nhóm tác giả ghi nhận *A. baumannii* chiếm tỷ lệ 31,4% từ bệnh phẩm đường hô hấp [10]. Nghiên cứu của Ong Văn Phát và cộng sự (2025) tại Khoa ICU ghi nhận *A. baumannii* chiếm đến 29,8% ở bệnh nhân VPBV [9]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang (2022) cho thấy *A. baumannii* chiếm 28,2% vi khuẩn phân lập được ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện [2]. Con số này khẳng định vai trò đáng lo ngại của *A. baumannii* như một tác nhân gây nhiễm khuẩn hô hấp bệnh viện hàng đầu ở cơ sở chúng tôi, phù hợp với nhiều báo cáo trong và ngoài nước. Thật vậy, Tổ chức Y tế Thế giới đã xếp *A. baumannii* kháng carbapenem vào nhóm mầm bệnh nguy hiểm ưu tiên hàng đầu do khả năng kháng thuốc kháng sinh nhanh chóng.

Đáng lưu ý, 96,7% các chủng *A. baumannii* phân lập được trong nghiên cứu kháng với nhóm carbapenem. Tỷ lệ kháng cực kỳ cao này tương đương với tình trạng kháng thuốc của *A. baumannii* được báo cáo tại nhiều cơ sở khác. Một phân tích tổng hợp trên toàn cầu cho thấy khoảng 80% chủng *A. baumannii* gây VPBV hoặc viêm phổi thở máy là vi khuẩn đa kháng thuốc [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu đa trung tâm giai đoạn 2012–2014 cũng ghi nhận trên 90% *A. baumannii* phân lập từ VPBV kháng carbapenem [1]. Gần đây hơn, nghiên cứu tại một bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh báo cáo 91% *A. baumannii* nhiễm khuẩn bệnh viện kháng carbapenem [5]. Như vậy, kết quả của chúng tôi một lần nữa khẳng định xu hướng phổ biến của *A. baumannii* kháng carbapenem tại các bệnh viện Việt Nam. Điều này đặc biệt đáng lo ngại vì lựa chọn điều trị rất hạn chế (chỉ còn các thuốc như colistin hoặc tigecycline) và nhiễm trùng do *A. baumannii* đa kháng thường đi kèm tỷ lệ tử vong cao (ước tính ~43% trên thế giới) [8]. Đóng góp của nghiên cứu chúng tôi là cung cấp dữ liệu cập nhật về tình hình đề kháng tại Đồng bằng sông Cửu Long, cần phải tăng cường quản lý kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn nhằm hạn chế sự lan rộng của vi khuẩn nguy hiểm này.

Về yếu tố nguy cơ, nghiên cứu đã xác định 4 yếu tố liên quan chặt chẽ đến nhiễm *A. baumannii* ở bệnh nhân VPBV, bao gồm: sử

dụng corticoid kéo dài, sử dụng kháng sinh trước đó, có bệnh lý cấu trúc phổi, và điều trị tại khoa ICU. Trong mô hình hồi quy đa biến, cả bốn yếu tố này đều là yếu tố nguy cơ độc lập với ý nghĩa thống kê, trong đó nhập ICU là yếu tố nguy cơ mạnh mẽ nhất ($OR = 28,97$). Kết quả này hoàn toàn hợp lý vì bệnh nhân ICU thường nặng hơn, phải can thiệp xâm lấn nhiều (đặt nội khí quản, thở máy) và dễ phơi nhiễm với mầm bệnh đề kháng trong môi trường ICU. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng các yếu tố như thở máy kéo dài, nằm hồi sức, dùng kháng sinh trước đó và suy giảm miễn dịch do bệnh mạn tính hoặc dùng corticosteroid đều làm tăng nguy cơ nhiễm *A. baumannii* bệnh viện. Joshi và cộng sự (2013) ghi nhận bệnh nhân thở máy, nằm ICU lâu ngày và có bệnh mạn tính (như COPD, đái tháo đường) dễ nhiễm *A. baumannii* hơn hẳn nhóm khác [7]. Đặc biệt, việc dùng corticosteroid kéo dài – vốn gây suy giảm miễn dịch – đã được chứng minh là làm tăng ~5 lần nguy cơ nhiễm *A. baumannii* tại khoa hồi sức tích cực. Tương tự, tiền sử dùng kháng sinh trước đó (đặc biệt là kháng sinh phổ rộng) tạo áp lực chọn lọc vi khuẩn đề kháng và tiêu diệt hệ vi sinh vật thường trú, làm bệnh nhân dễ bị *A. baumannii* xâm nhập hơn [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đã coi dùng kháng sinh sớm là một yếu tố nguy cơ độc lập của nhiễm *A. baumannii* cũng như nhiều vi khuẩn Gram âm đa kháng khác. Đối với bệnh lý cấu trúc phổi (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dẫn phế quản, ung thư phổi), chúng tôi ghi nhận đây là yếu tố nguy cơ đáng kể ($OR=3,20$). Điều này có thể được lý giải do cấu trúc phổi bất thường làm giảm khả năng thanh thải vi sinh vật và có thể tồn tại các ổ nhiễm trùng mạn tính, tạo điều kiện cho vi khuẩn cơ hội như *A. baumannii* gây bệnh. Mặc dù ít nghiên cứu phân tích riêng yếu tố bệnh phổi mạn, kết quả của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng rằng tổn thương cấu trúc phổi nền khiến bệnh nhân dễ mắc VPBV do vi khuẩn không điển hình [7]. Tóm lại, các yếu tố nguy cơ được xác định trong nghiên cứu (corticoid, kháng sinh trước đó, bệnh phổi mạn và chăm sóc ICU) nhìn chung thống nhất với y văn trong và ngoài nước, qua đó khẳng định độ tin cậy của kết quả và ý nghĩa thực tiễn của nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung dữ liệu về dịch tễ học của VPBV do *A. baumannii* tại một bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ, đồng thời cung cấp dữ liệu về tình hình đề kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ liên quan. Những phát hiện này có ý nghĩa quan trọng trong việc định hướng các chiến lược can thiệp:

(1) Kiểm soát nhiễm khuẩn tại ICU cần được thắt chặt hơn nữa. (2) Sử dụng kháng sinh hợp lý. (3) Thận trọng khi chỉ định corticosteroid dài ngày trên những bệnh nhân nguy cơ, đồng thời chủ động các biện pháp dự phòng nhiễm khuẩn cho nhóm bệnh nhân phải dùng corticosteroid hoặc có suy giảm miễn dịch; (4) Quản lý tốt bệnh nhân có bệnh phổi mạn: cần tối ưu điều trị bệnh nền, phục hồi chức năng hô hấp và theo dõi sát để phát hiện sớm nhiễm trùng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tác nhân *Acinetobacter baumannii* trong viêm phổi bệnh viện tương đối thường gặp, hầu hết có đề kháng carbapenem (96,7%). Các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến nhiễm *Acinetobacter baumannii* gồm: sử dụng corticoid kéo dài, sử dụng kháng sinh trước đó, nhập khoa hồi sức tích cực và có bệnh cấu trúc phổi, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Biedenbach DJ, Giao PT, Hung Van P, et al. Antimicrobial-resistant *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* From Patients With Hospital-acquired or Ventilator-associated Pneumonia in Vietnam. *Clin Ther*. 2016;38(9): 2098-2105. doi:10.1016/j.clinthera.2016.07.172.
2. Bùi Thị Hương Giang, Nguyễn Đức Quỳnh, Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 515(1), 23-27. <https://doi.org/10.51298/vmj.v515i1.2666>.
3. CDC, Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event. 2025. Link: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscreport/6pscvcapcurrent.pdf>.

4. Da Silva KE, Maciel WG, Croda J, et al. A high mortality rate associated with multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* ST79 and ST25 carrying OXA-23 in a Brazilian intensive care unit. *PLoS ONE*. 2018;13(12): e0209367. DOI: 10.1371/journal.pone.0209367.
5. Diep DTH, Tuan HM, Ngoc KM, et al. The clinical features and genomic epidemiology of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* infections at a tertiary hospital in Vietnam. *J Glob Antimicrob Resist*. 2023;33:267-275. doi:10.1016/j.jgar.2023.04.007
6. Đường Thị Hồng Điệp, Cao Thị Phụng. Sự lưu hành các chủng *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 521(1), 118-122. <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i1.3959>.
7. Joshi SG, Litake GM. *Acinetobacter baumannii*: An emerging pathogenic threat to public health. *World J Clin Infect Dis* 2013; 3(3): 25-36. DOI: 10.5495/wjcid.v3.i3.25
8. Mohd Sazli Lim S, Zainal Abidin A. et al. The global prevalence of multidrug-resistance among *Acinetobacter baumannii* causing hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia and its associated mortality: A systematic review and meta-analysis. *J Infect*. 2019;79(6):593-600. doi:10.1016/j.jinf.2019.09.012.
9. Ong Văn Phát và cộng sự. Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025, 547 (3), 377-381. <https://doi.org/10.51298/vmj.v547i3.13263>.
10. Trần Đỗ Hùng và cộng sự (2022), Tỷ lệ nhiễm và sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515 (6), 338-342. <https://doi.org/10.51298/vmj.v515i2.3483>

KẾT QUẢ SỬA CHỮA PHỤC HÌNH TOÀN HÀM SAI GÂY BIẾN CHỨNG LOẠN NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM SỬ DỤNG RĂNG NHỰA TẠM IN 3D

Chu Thị Quỳnh Hương¹, Khiếu Thanh Tùng², Phạm Minh Trí³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phục hình toàn hàm sai gây biến chứng trên người bệnh đã được phục hình thẩm mỹ toàn hàm, có biến chứng loạn năng khớp thái dương hàm do mất thăng bằng khớp cắn, sử dụng răng nhựa

tạm in 3D, tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu trình bày ca lâm sàng ở người bệnh là nữ giới, 57 tuổi đã được phục hình thẩm mỹ toàn hàm, có biến chứng loạn năng khớp thái dương hàm do mất thăng bằng khớp cắn. Người bệnh được phục hồi lại khớp cắn đúng, sử dụng răng nhựa tạm in 3D, được theo dõi khả năng thích nghi, sau đó được phục hình vĩnh viễn bằng chụp sứ. **Kết quả:** Đã thiết lập lại được khớp cắn đúng cho người bệnh, loại bỏ các triệu chứng loạn năng khớp thái dương hàm. **Kết luận:** Đây chính là yếu tố tạo nên sự thành công cho ca sửa chữa phục hình toàn hàm. **Từ khóa:** Phục hồi toàn bộ hàm răng, mào răng tạm thời, in 3D

SUMMARY

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025