ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ VI KHUẨN Ở BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI ỐNG MẬT CHỦ QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Văn Thưởng[1,4], Nguyễn Văn Hiếu[2], Đào Việt Hằng[1], Nguyễn Hoàng Tùng[1] Nguyễn Trường Sơn[1,2,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ tại bệnh viện Bạch mai năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, tiến hành trên 125 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến hết 05/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 65,4±17,3 tuổi, tỷ lệ nam và nữ tương đương. Triệu chứng đau bụng hạ sườn phải hay gặp nhất chiếm 94,4%. Tỷ lệ cấy dịch mật dương tính 53,0%, trong đó tỷ lệ vi khuẩn E.coli, Enterococus, Klebsiella lần lượt là 40%, 28,9%, 17,8%. Vi khuẩn E. coli và Klebsiella có tỷ lệ đề kháng với kháng sinh Amikacin và nhóm Carbapenem tương đối thấp và chủng Enterococcus nhạy cảm với các kháng sinh Vancomycin,Linezolid. **Kết luận:** E.coli là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ, tỷ lệ đề kháng với kháng sinh Amikacin và Carbapenem tương đối thấp.

Từ khóa: Viêm đường mật, cấy khuẩn dịch mật, sỏi ống mật chủ.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL, AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BILIARY TRACT INFECTIONS DUE TO COMMON BILE DUCT STONES TREATED BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

Objective: This study was conducted to describe the clinical features, laboratory findings, and microbial characteristics of patients with biliary tract infections caused by common bile duct (CBD) stones at Bach Mai Hospital during 2024–2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, combining retrospective and prospective data collection, was carried out on 125 patients diagnosed with biliary tract infection due to CBD stones. All patients were admitted for inpatient treatment at the Department of Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from August 2024 to May 2025**. The results:** The mean age was 65.4 ± 17.3 years, with a nearly equal distribution between males and females. The most common symptom was right upper quadrant abdominal pain, observed in 94.4% of patients. The rate of positive bile culture was 53.0%. Among the cultured microorganisms, Escherichia coli, Enterococcus spp., and Klebsiella spp. accounted for 40.0%, 28.9%, and 17.8%, respectively. E. coli and Klebsiella strains showed relatively low resistance to Amikacin and the Carbapenem group, while Enterococcus strains were generally susceptible to Vancomycin and Linezolid**. Conclusion:** E. coli was the most commonly isolated pathogen in patients with biliary tract infections caused by CBD stones, with relatively low resistance rates to Amikacin and Carbapenems. ***Keywords:*** Cholangitis, bile culture, common bile duct stone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ là một tình trạng viêm cấp tính, nhiễm trùng của đường mật gây ra bởi sự bít tắc do sỏi, thường gặp ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới. Bệnh đã được mô tả lần đầu tiên vào năm 1877 bởi Charcot với tam chứng điển hình là đau bụng hạ sườn phải, sốt và vàng da. Bệnh cảnh của nhiễm trùng đường mật xảy ra đa dạng, không phải lúc nào cũng xuất hiện đầy đủ rõ ràng các triệu chứng, ban đầu chỉ là phản ứng viêm nhẹ tại đường mật nhưng cũng có thể tiến triển đến sốc nhiễm trùng gây tử vong cho bệnh nhân. Do đó, nhận biết sớm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng là rất cần thiết cũng như việc sử dụng kháng sinh thích hợp góp phần kiểm soát một cách hiệu quả. Bệnh viện Bạch Mai là một trong năm bệnh viện hạng đặc biệt của Việt Nam, có số lượng bệnh nhân lớn, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm vi khuẩn học ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô hình vi khuẩn ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ đang điều trị tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
[3]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
[4]*Bệnh viện đa khoa Hưng Hà*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn
Email: nguyentruongsonbm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025
Ngày duyệt bài: 17.9.2025

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi chẩn đoán xác định nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ được can thiệp ERCP điều trị. Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật không có sỏi ống mật chủ kèm theo. Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch mắc HIV, AIDS. Bệnh nhân có biến chứng thấm mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật do sỏi mật và các chống chỉ định khác của ERCP

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 08/2024 đến 05/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn đề được chọn vào nghiên cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện được thăm khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm, tiến hành ERCP đặt stent đường mật và/hoặc lấy sỏi ống mật chủ, lấy dịch mật trong quá trình can thiệp chuyển đến khoa vi sinh nuôi cấy vi khuẩn. Các mẫu xác định mọc vi khuẩn sẽ được định danh và làm kháng sinh đồ bằng hệ thống tự động.

Thu thập số biến số:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: đau bụng hạ sườn phải, sốt, vàng da, chỉ số xét nghiệm máu.
- Kết quả cấy dịch mật, tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận bởi Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội và hong qua Hội đồng đạo đức của bệnh viện Bạch mai

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Thông tin chung (n=125)		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	64	51,2
	Nữ	61	48,8
Tuổi (65,4 ± 17,3)	<50	19	15,2
	50-74	65	52,0
	≥75	41	32,8

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm 51,2% (N=64) tương đương nữ giới chiếm 48.8% (N=61). Tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,4 ±17,3 tuổi, trong đó nhóm tuổi 50-74 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,0%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với mức độ nhiễm trùng đường mật

Triệu chứng lâm sàng	Chung n=125	Độ I n=50	Độ II n=49	Độ III n=26	P
Đau bụng hạ sườn phải N(%)	118 (94,4%)	45 (90,0%)	48 (98,0%)	25 (96,2%)	0,28*
Sốt N(%)	67 (53,6%)	18 (36,0%)	29 (59,2%)	20 (76,9%)	< 0.01**
Vàng da N(%)	89 (71,2%)	34 (68,0%)	38 (77,6%)	17 (65,4%)	0.44**

**Fisher's exact test; **Chi-square test*

Nhận xét: Triệu chứng đau bụng thường hạ sườn phải gặp nhất của nhiễm trùng đường mật với 118 bệnh nhân chiếm 94,4%, triệu chứng vàng da với 89 bệnh nhân chiếm 71,2% và 67 bệnh nhân bị sốt chiếm 53,6%. Triệu chứng sốt có tỷ lệ gia tăng theo mức độ bệnh, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01)

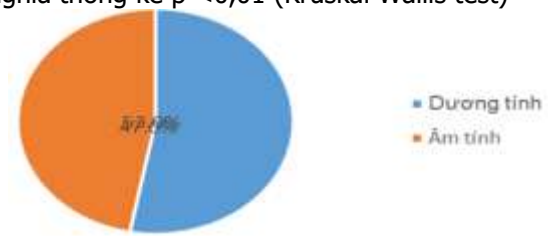
Bảng 3. Mối liên quan giữa xét nghiệm máu vào viện với mức độ nhiễm trùng đường mật

Chỉ số Median (IQR)	Chung n=125	Độ I n=50	Độ II n=49	Độ III n=26	P*
Số lượng bạch cầu (G/L)	11,1 (7,9-14,2)	8,9 (6,9-11,6)	12,1 (8,5-15,3)	13,7 (9,3-18,1)	<0,01
CRP (mg/l)	64,6 (29,5-151,1)	37,2 (23,3-92,5)	69,2 (37,7-160,0)	135,4 (68,5-200,0)	<0,01
Bilirubin toàn phần (µmol/l)	69,0 (34,0-134,4)	56,1 (31,2-85,6)	98,9 (46,5-142,9)	121,0 (32,0-187,6)	0,02
Bilirubin trực tiếp (µmol/l)	48,7 (21,9-95,3)	37,2 (19,3-60,8)	63,8 (25,7-103,4)	87,4 (20,0-120,7)	0,03
AST (U/I)	97,5 (56,5-187,5)	102,0 (51,8-205,0)	116,5 (61,5-200,0)	77,5 (59,0-112,3)	0,29
ALT (U/I)	110,5 (48,3-195,8)	145,0 (61,3-258,5)	121,0 (47,0-196,3)	59,0 (34,8-127,0)	<0,01
GGT (U/I)	503,5 (269,3-695,5)	513,0 (346,8-954,0)	520,0 (239,0-727,4)	374,0 (223,0-679,0)	0,36
ALP (U/I)	247,0 (130,8-486,8)	331,0 (109,0-459,0)	228,0 (111,5-490,3)	228,5 (194,8-926,3)	0,87

**kiểm định phi tham số, test Kruskal Wallis*
IQR: khoảng tứ phân vị

Nhận xét: - Các chỉ số xét nghiệm của các bệnh nhân nhiễm trùng đường mật đều tăng, trong đó bạch cầu 11,1 G/l, CRP 64,6 mg/l, bilirubin toàn phần 69,0 Bilirubin trực tiếp 48,7, AST 97,5 U/I và ALT 110,5 U/I

- Trong nhóm nhiễm trùng đường mật độ III chỉ số AST và ALT thấp hơn so với nhóm độ I và độ II, trong đó chỉ số ALT sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p <0,01 (Kruskal Wallis test)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ cấy dịch mật

Nhận xét: Có 83 bệnh nhận được cấy dịch mật, tỷ lệ cấy dịch mật dương tính chiếm 53,0%

Bảng 4. Tỷ lệ phân bố loài vi khuẩn

Loài vi khuẩn	N	Tỷ lệ (%)
E.coli	18	40,0
Enterococcus	13	28,9
Klebsiella	8	17,8
Streptococcus	1	2,2
Citrobacter	1	2,2
Stenotrophomonas maltophilia	1	2,2
Khác	3	6,7
Tổng số	**45**	**100,0**

Nhận xét: Vi khuẩn phổ biến được tìm thấy trong cấy dịch mật chủ yếu là E.Coli, Enterococcus và Klebsiella. Trong đó, vi khuẩn E.Coli có tỉ lê cao nhất chiếm 40%

Bảng 5. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn E.coli , Klebsiella và Enterococcus

Kháng sinh	E. Coli		Klebsiella		Enterococcus	
	n=18	%	n=8	%	n=13	%
Ampicillin	18	100,0	4	50,0	4	30,7
Ceftazidime/ Avibactam	2	11,1	4	50,0	x	x
Piperacillin/ Tazobactam	7	38,8	6	75,0	x	x
Cefepime	10	55,5	4	50,0	x	x
Ceftriaxone	13	72,2	5	62,5	x	x
Cefuroxime	13	72,2	5	62,5	x	x
Ceftazidime	8	44,4	5	62,5	x	x
Ertapenem	2	11,1	3	37,5	x	x
Imipenem	2	11,1	3	37,5	x	x
Meropenem	2	11,1	3	37,5	x	x
Gentamicin	7	38,8	4	50,0	4	30,7
Amikacin	2	11,1	3	37,5	x	x
Ciprofloxacin	8	44,4	3	37,5	x	x
Trimethoprim/ sulfamethoxazole	13	72,2	4	50,0	x	x
Penicillin G	x	x	x	x	3	23,0
Vancomycin	x	x	x	x	0	0
Linezolid	x	x	x	x	0	0

X: Không thử kháng sinh

Nhận xét: - Nhóm kháng sinh Carbapenem (Ertapenem, Imipenem, Meropenem) và kháng sinh amikacin ghi nhận tỷ lệ kháng rất thấp đối với vi khuẩn Ecoli và Klebsiella.

- Vi khuẩn Enterococcus không ghi nhận trường hợp nào kháng với Vancomycin hay Linezolid.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 125 bệnh nhân bị nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ được điều trị bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP), tỷ lệ bệnh nhân nam 51,2%.

(64 bệnh nhân) tương đương với nữ 48,8 % (61 bệnh nhân). Điều này phản ánh rằng bệnh lý sỏi ống mật chủ và nhiễm trùng đường mật có thể gặp ở cả hai giới với tần suất tương tự nhau trong cộng đồng. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Quế Anh Trâm (2023) tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trên 115 bệnh nhân nhiễm trùng đường mật cấp có nam giới chiếm 54,8%, nữ 45,2%, tỷ lệ gần như cân bằng[1], không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới trong tỷ lệ mắc sỏi ống mật chủ kèm nhiễm trùng đường mật .

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,4 ± 17,3, trong đó nhiều tuổi nhất là 96 và thấp tuổi nhất là 22. Nhóm tuổi từ 50 đến 74 tuổi có 65 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất với 52,0%. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng ghi nhận đặc điểm tuổi càng cao khả năng mắc bệnh lý đường mật càng lớn. Tại Bệnh viện Bình Dân, Nguyễn Cao Cương (2018) cũng ghi nhận tuổi trung bình bệnh nhân viêm đường mật cấp do sỏi khoảng 54,2 tuổi[2]. Trên thế giới, tác giả Mohan (2021) cho thấy tuổi trung vị của 262 bệnh nhân viêm đường mật lên tới 75,9 tuổi (khoảng tứ phân vị 64,8 -82,8)[3]. Như vậy, so với các nghiên cứu, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình nằm trong khoảng trung bình - cao, phù hợp với tính chất bệnh lý sỏi mật thường gặp ở người cao tuổi.

Triệu chứng đau bụng thường gặp nhất tỷ lệ đồng đều giữa các mức độ nhiễm trùng đường mật, điều đó phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Cao Cương (2018) tại bệnh viện Bình

Dân ghi nhận tỷ lệ đau bụng hạ sườn phải 93%[2] và nghiên cứu của Hamdi (2019) tại Hoa Kỳ gồm 331 bệnh nhân viêm đường mật do sỏi ghi nhận 289/331 trường hợp (87%) có triệu chứng đau bụng cấp[4]. Tỷ lệ sốt tăng dần theo mức độ với độ I 36,0%, độ II 59,2%, độ III 76,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01 (chi- square test), cho thấy sốt cao liên quan đến tiên lượng xấu trong viêm đường mật cấp, bệnh nhân càng nặng càng có tần suất sốt cao hơn. Điều này tương ứng với Tokyo Guidelines 2018, khi nhiệt độ ≥39°C là tiêu chí phân mức độ nhiễm trùng đường mật. Các chỉ số bạch cầu, nồng độ CRP, Bilirubin trực tiếp, Bilirubin toàn phần, ALT có sự khác biệt trong các mức độ nhiễm trùng đường mật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới Raghhupatruni (2021)[5], Inan (2023)[6] cho thấy các chỉ số này có thể hỗ trợ định hướng trong tiên lượng, điều trị bệnh nhân.

Tỷ lệ cấy khuẩn dịch mật dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,0% kết quả này thấp hơn so với phần lớn các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới dao động từ 55,1%-91,8%[7,8]. Điều này có thể do bệnh nhân đến nằm viện hầu hết đã được điều trị bằng kháng sinh trước đó ở tuyến dưới. Bên cạnh đó, khi nhập viện bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật sẽ được sử dụng kháng sinh ngay, trung bình sau 2-4 ngày mới được làm ERCP và lấy dịch mật cấy do đó làm giảm tỷ lệ cấy khuẩn dương tính. Các vi khuẩn được phân lập từ dịch mật trong nghiên cứu đa phần vi khuẩn E. coli chiếm 40,0%; Enterococus spp. là 28,9% và Klebsiella spp. chiếm 17,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Xiang Gu (2020) cho thấy E. coli là vi khuẩn được phân lập nhiều nhất trong dịch mật[8]. Ngoài các vi khuẩn phân lập được trong dịch mật thường gặp ở trên thì còn có một tỷ lệ nhỏ vi khuẩn thuộc họ vi khuẩn đường ruột khác như Citrobacter spp, Stenotrophomonas. Điều này phù hợp sinh lí bệnh của viêm đường mật là do đường mật bị tắc nghẽn khiến dịch mật ứ đọng và các vi khuẩn từ ruột, vượt qua các hàng rào bảo vệ di chuyển từ tá tràng lên và phát triển tại đường mật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm vi khuẩn gram dương đại diện là Enterococcus.spp chiếm chủ yếu với 13/14 vi khuẩn được phân lập, tỉ lệ kháng cao nhất chỉ khoảng 30,7% với nhóm Ampicillin và Gentamycin. Trong khi không ghi nhận trường hợp nào kháng với Vancomycin và Linezolid. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu Li (2017-2023) có tỷ lệ kháng Ampicillin khoảng 40%, kháng vancomicin và Linezolid rất thấp dưới 2 %[9]. Các vi khuẩn gram âm có tỉ lệ kháng kháng sinh nhóm cephalosporin rất cao: tỷ lệ kháng của vi khuẩn Klebsiella đều trên 50% như ceftriaxone và cefuroxime kháng 62,5%, thấp nhất là cefepim kháng 50%. Ceftazidime kết hợp với Avibactam có tỉ lệ kháng cũng là 50%. Vi khuẩn E coli cũng có tỉ lệ kháng cao với kháng sinh nhóm này, cao nhất là kháng ceftriaxone và Cefuroxime với tỷ lệ 72,2%. Trong khi đó với Ceftazidime kết hợp với Avibactam có tỉ lệ kháng rất thấp chỉ khoảng 11,1%. Như vậy trong nhóm cephalosporin thì chỉ có ceftazidime kết hợp với avibactam có tỉ lệ kháng thấp nhất với các vi khuẩn gram âm mà đại diện là vi khuẩn E coli và Klebsiella.

Các kháng sinh carbapenem (imipenem, meropenem, ertapenem) vẫn duy trì hiệu quả cao. Vi khuẩn E coli có tỷ lệ đề kháng chỉ 11,1% và Klebsiella có tỷ lệ đề kháng cao hơn 37,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Liu (2024) cho thấy tỉ lệ kháng rất thấp ghi nhận E. coli chỉ có 3,8% kháng imipenem 5,3% kháng meropenem và 3,2% kháng ertapenem[10]. Như vậy qua các nghiên cứu cho thấy carbapenem vẫn là lựa chọn hiệu quả cho các chủng E. coli, Klebsiella đường mật, với tỉ lệ đề kháng chỉ ở mức thấp. Trong nhóm Aminoglycoside thì kháng sinh Amikacin nhạy cảm với các vi khuẩn gram âm, còn Gentamycin có tỉ lệ kháng cao hơn. Vi khuẩn E coli kháng Amikacin chiếm tỉ lệ 11,1%, trong khi đó tỉ lệ kháng Gentamycin 38,8%. Vi khuẩn Klebsiella kháng Amikacin 37,5%, trong khi đó tỉ lệ kháng Gentamicin 50,0%.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Triệu chứng sốt, các chỉ số xét nghiệm số lượng bạch cầu, CRP, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, ALT có mối liên quan đến mức độ nhiễm trùng đường mật.

- Vi khuẩn E. coli và Klebsiella có tỷ lệ đề kháng với kháng sinh Amikacin và nhóm Carbapenem tương đối thấp và chủng Enterococcus nhạy cảm với các kháng sinh Vancomycin,Linezolid. Đây là các lựa chọn điều trị quan trọng trong bối cảnh vi khuẩn đa kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trầm QA.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn đường mật tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Published online 2023.
2. **Cương NC, Hưng TV, Thi NV, Quang PV, Dũng HT.** Kết quả điều trị cấp cứu viêm đường mật cấp do sỏi. Published online 2018.
3. **Mohan R, Wei Lynn Goh S, Tan GW, et al.** Validation of Tokyo Guidelines 2007 and Tokyo

Guidelines 2013/2018 Criteria for Acute Cholangitis and Predictors of In-Hospital Mortality. Visc Med. 2021;37(5): 434-442. doi:10.1159/000516424
4. **Hamdi A, Yetmar ZA, Miller AT, Diaz M, Fida M, Beam E.** 148. Retrospective Evaluation of Acute Cholangitis and Clinical Implication and Management of Secondary Bacteremia. Open Forum Infect Dis. 2019;6(Suppl 2):S101. doi:10.1093/ofid/ofz360.223
5. **Raghhupatruni P, Gopalakrishna R, Ankarath V, Sadasivan S.** Profile and Outcome of Patients with Acute Cholangitis in a Tertiary Center in South India. Journal of Digestive Endoscopy. 2021;12(03):127-132. doi:10.1055/s-0041-1739561
6. **Inan O, Sahiner ES, Ates I.** Factors associated with clinical outcome in geriatric acute cholangitis patients. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2023;27(8): 3313-3321. doi:10.26355/eurrev_202304_32102
7. **Gromski MA, Gutta A, Lehman GA, et al.** Microbiology of bile aspirates obtained at ERCP in patients with suspected acute cholangitis. Endoscopy. 2022;54(11):1045-1052. doi:10.1055/a-1790-1314
8. **Gu XX, Zhang MP, Zhao YF, Huang GM.** Clinical and microbiological characteristics of patients with biliary disease. World J Gastroenterol. 2020;26(14): 1638-1646. doi:10.3748/wjg.v26.i14.1638
9. **Li Y, Li D, Huang X, Long S, Yu H, Zhang J.** Temporal Shifts in Etiological Agents and Antibiotic Resistance Patterns of Biliary Tract Infections in Sichuan Province, China (2017–2023). Infect Drug Resist. 2024;17:4377-4389. doi:10.2147/IDR.S474191
10. **Liu T, Li M, Tang L, et al.** Epidemiological, clinical and microbiological characteristics of patients with biliary tract diseases with positive bile culture in a tertiary hospital. BMC Infectious Diseases. 2024;24(1):1010. doi:10.1186/s12879-024-09799-8

ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ VÀ KHÁNG THUỐC KHÁNG NẤM CỦA CANDIDA SPP PHÂN LẬP TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU, BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Trần Đình Hùng[1,2], Hoàng Văn Vụ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm phân bố, tình hình kháng thuốc và tỷ lệ tử vong liên quan đến các chủng Candida spp phân lập từ bệnh nhân bỏng nặng điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 1262 bệnh phẩm lâm sàng (máu, nước tiểu, đờm, mủ) của bệnh nhân bỏng nặng điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu từ 1/01/2024 đến ngày 31/12/2024. Các chủng nấm được định danh và làm kháng sinh đồ kháng nấm với 5 loại thuốc: Fluconazole, Voriconazole, Caspofungin, Micafungin, Amphotericin B. **Kết quả:** Có 30 mẫu bệnh phẩm (trên 30 bệnh nhân) mọc nấm, bao gồm 13 bệnh phẩm máu, 15 bệnh phẩm nước tiểu, 1 bệnh phẩm mủ vết thương và 1 bệnh phẩm đờm. Candida tropicalis chiếm đa số (27/30 bệnh phẩm, chiếm 90%) trong tổng số mẫu phân lập, tiếp theo là C. albicans (6,67%) và C. parapsilosis (3,33%). Nước tiểu và máu là hai bệnh phẩm chính mọc nấm với tỷ lệ lần lượt là 11,45% và 2,82%. C. tropicalis có tỷ lệ kháng Fluconazole lên tới 51,9%, trong khi các thuốc nhóm Echinocandin và Amphotericin B vẫn còn hiệu quả trên hơn 96% mẫu. Tỷ lệ tử vong cao nhất ghi nhận ở bệnh nhân nhiễm C. tropicalis máu (50%). **Kết luận:** Candida tropicalis là chủng chiếm ưu thế và có tỷ lệ kháng Fluconazole cao, liên quan đến tử vong tăng ở bệnh nhân bỏng nặng. Cần tăng cường giám sát vi sinh định kỳ và lựa chọn phác đồ kháng nấm hợp lý, đặc biệt trong nhiễm nấm huyết tại các đơn vị hồi sức. ***Từ khóa:*** Candida tropicalis, bỏng nặng, nhiễm nấm xâm lấn

[1]*Bệnh viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác*
[2]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng
Email: drtrandinhhung@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025
Ngày duyệt bài: 18.9.2025

SUMMARY

DISTRIBUTION CHARACTERISTICS AND ANTIFUNGAL DRUG RESISTANCE OF CANDIDA SPP IN THE EMERGENCY ICU DEPARTMENT, LE HUU TRAC NATIONAL BURNS HOSPITAL

Objective: To describe the distribution characteristics, antifungal resistance patterns, and mortality rates associated with Candida spp. isolated from severely burned patients treated in the Intensive Care Unit (ICU) of the National Burn Hospital, Le Huu Trac. **Subjects and Methods:** A retrospective, cross-sectional study was conducted on 1262 clinical specimens (blood, urine, sputum, pus) collected from critically ill burn patients treated in the Intensive Care Unit from January 1, 2024, to December 31, 2024. The isolates were identified and tested for susceptibility to five antifungal agents: fluconazole, voriconazole, caspofungin, micafungin, and amphotericin B. **Results:** Fungi were isolated from 30 clinical specimens (from 30 patients), including 13 blood samples, 15 urine samples, 1 wound pus sample, and 1 sputum sample. Candida tropicalis accounted for the majority (27/30 specimens,