

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Trần Quốc Huy¹, Nguyễn Hoàng Thảo My², Trần Thị Mộng Lành³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi khuẩn *B. pseudomallei* gây nhiễm trùng ở người và động vật (còn gọi là bệnh Whitmore). Bệnh gặp ở người lớn và trẻ em với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và xảy ra ở mọi lứa tuổi khác nhau. Tỷ lệ tử vong cao mặc dù được điều trị thích hợp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và tính kháng kháng sinh *B. pseudomallei* tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca hồi cứu và tiến cứu từ tháng 10/2022 đến 10/2023. **Kết quả và kết luận:** Có 16 bệnh nhân nhiễm *B. pseudomallei*. Tỷ lệ nam/nữ: 10/6, độ tuổi 40 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao 62,5%. Bệnh nhân gặp nhiều nhất ở Khoa Hồi sức chống độc chiếm tỷ lệ 56,4%. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là bệnh lý đái tháo đường trong nghiên cứu chiếm 68,7%. *B. pseudomallei* gặp nhiều nhất ở bệnh phẩm là máu 87,6%. Bệnh nhân có bạch cầu tăng chiếm 56,2%, trong đó bạch cầu đa nhân trung tính tăng 93,8%, Procalcitonin tăng 87,5%, CRP tăng 12,5%. Tỷ lệ nhạy của *B. pseudomallei* với Ceftazidime, Sulfamethoxazol/trimethoprim, Amoxicilline/clavulanate là 100%. Nhạy 93,8% với Imipenem và Tetracycline. **Từ khóa:** *B. pseudomallei*, bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang.

SUMMARY

SURVEY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN PATIENTS INFECTED WITH BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023

Introduction: *B. pseudomallei* is a bacterium that causes infections in humans and animals, commonly known as Whitmore's disease. The disease occurs in both adults and children, presenting with diverse clinical manifestations and affecting individuals of all ages. Despite appropriate treatment, it is associated with a high mortality rate. **Objective:** Description of Clinical Characteristics and Antibiotic Resistance of *B. pseudomallei* at Kien Giang General Hospital. **Methods:** A retrospective and prospective case series study was conducted from October 2022 to October 2023. **Results and Conclusion:** The study included 16 patients infected with *B. pseudomallei*. The male-to-female ratio was 10:6, and the age group

of 40–60 years accounted for the highest infection rate 62,5%. Most patients were treated in the Intensive Care Unit, making up 56,4% of cases. The most common risk factor was diabetes mellitus, present in 68,7% of the patients. The highest rate of *B. pseudomallei* isolation was from blood samples 87,6%. Leukocytosis in 56,2% of patients, with increased neutrophils in 93,8%. Procalcitonin levels were elevated in 87,5%, and C-reactive protein (CRP) levels were elevated in 12,5%. Antibiotic susceptibility testing showed that *B. pseudomallei* was 100% sensitive to Ceftazidime, Sulfamethoxazole/Trimethoprim, and Amoxicillin/Clavulanate. It was 93,8% sensitive to Imipenem and Tetracycline.

Keywords: *B. pseudomallei*, Kien Giang General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei* gây nhiễm trùng ở người và động vật (còn gọi là bệnh Whitmore). Bệnh gặp ở người lớn và trẻ em với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng từ viêm phổi, viêm tuyến mang tai, áp xe da, mô mềm đến nhiễm trùng huyết lan toả, các ổ áp xe sâu như áp xe gan, lách, tiền liệt tuyến. Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, những người thường xuyên tiếp xúc với đất và nước, đặc biệt người có bệnh nền như đái tháo đường, bệnh phổi, bệnh thận mạn...

Việt Nam là vùng dịch tễ của vi khuẩn *B. pseudomallei*, trường hợp đầu tiên được Pons và Advier báo cáo năm 1925 trên một thai phụ trẻ ở Thủ Đức. Trong khoảng những thập niên từ 1940 đến 1970, rất nhiều trường hợp nhiễm *B. pseudomallei* trên lính Pháp và lính Mỹ tham chiến ở Việt Nam đã được ghi nhận (1). Tuy nhiên cho đến nay chỉ có một số ít báo cáo về lâm sàng và vi sinh trong bệnh lý này ở người Việt Nam. Kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy thể bệnh thường gặp nhất là nhiễm trùng huyết. Vi khuẩn nhạy hoàn toàn với Imipenem nhưng kháng Trimethoprim/sulfamethoxazole đến 45,8% và tỷ lệ tử vong vẫn cao trên 35% (2).

Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang lần đầu tiên phân lập được vi khuẩn *B. pseudomallei* là vào tháng 10 năm 2022 trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết ở khoa Hồi sức chống độc. Đến nay vẫn phân lập được vi khuẩn này ở một số khoa khác như nội hô hấp, nội tổng quát...đại số bệnh nhân nhiễm vi khuẩn này đều có bệnh cảnh lâm sàng nặng với nhiều bệnh nền. Cho đến nay bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang chưa có báo

¹Trường Đại học Văn Lang

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Huy

Email: huy.tq@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

cáo nào về tình hình nhiễm vi khuẩn *B. pseudomallei*. Vì thế chúng tôi nghiên cứu với đề tài: “Khảo sát đặc điểm lâm sàng và tính kháng kháng sinh trên bệnh nhân nhiễm *B. pseudomallei* tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2023” với các mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân nhiễm *B. pseudomallei*
- Xác định tình trạng nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn *B. pseudomallei* đối với các kháng sinh thường dùng trong điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân nhiễm *B. pseudomallei* phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Vi sinh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ ngày 01/10/2022 đến 30/10/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả loạt ca hồi cứu và tiền cứu

2.4. Phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Phương pháp chọn mẫu. Tất cả các mẫu máu hoặc dịch thể (mủ, đờm, nước tiểu...) của bệnh nhân ở khoa lâm sàng có đầy đủ thông tin. Được tiến hành quy trình nuôi cấy định danh, kháng sinh đồ theo quy định.

2.4.2. Quy trình kỹ thuật. Thực hiện nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ

Phân lập vi khuẩn. Máu: Lấy 10 ml máu theo kỹ thuật vô trùng, cho vào chai cấy máu Bactec của hãng BD, ủ trong tủ cấy máu tự động, theo dõi trong vòng 5 ngày. Khi phát hiện có vi khuẩn mọc, sẽ phân lập trên các môi trường BA, CA và MC. Riêng CA, BA ủ trong bình nền.

Nước tiểu: Lấy nước tiểu giữa dòng, cấy định lượng trên BA, MC.

Đờm: Mẫu đờm khi nhuộm Gram có số lượng bạch cầu ≥ 25 , tế bào biểu mô ≤ 10 dưới kính hiển vi quang trường X100 sẽ được chọn và cấy định lượng lên các môi trường CA, BA và MC, ủ 37°C qua đêm. Riêng CA, BA ủ trong bình nền.

Mủ và các loại dịch: Lấy bằng tăm bông hoặc hút bằng kim vô trùng. Cấy vào BA và MC. Ủ qua đêm. BA ủ ở trong bình nền.

Định danh vi khuẩn. Vi khuẩn mọc trên MC: khúm khuẩn to, nhỏ không đều, không lên men đường Lactose. Trên BA khúm to, nhỏ không đều. Trắng đục như sữa, không tiêu huyết.

Kết quả nhuộm Gram: trực khuẩn Gram âm đờm 2 đầu.

Test Oxidase và catalase dương tính.

Khi thực hiện định danh cần thực hiện thêm kháng sinh đồ khuếch tán với 3 loại kháng sinh: penicillin, colistin và Amoxicilic/ clavulanic acid. Nếu là vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei* sẽ cho kết quả penicillin và colistin kháng không vòng vô khuẩn; Amoxicillin/clavulanic acid nhạy.

Khảo sát kháng sinh đồ. Bằng hệ thống Phoenix tự động, theo tiêu chuẩn của CLSI 2022. Các kháng sinh được khảo sát gồm: Cefotaxime, Sulfamethoxazol/ trimethoprim, Imipenem, Tetracycline và Amoxicilline/clavulanate.

2.5. Biện số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, chẩn đoán, mẫu bệnh phẩm, kháng sinh điều trị

- Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, CRP, PCT, kết quả kháng sinh đồ

2.6. Phương pháp thu thập thông tin.

Sử dụng phiếu thu thập thông tin để thu thập số liệu bao gồm: họ tên bệnh nhân, giới tính, tuổi, chẩn đoán, loại bệnh phẩm, kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Nhập số liệu bằng Excell và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 25. Kết quả trình bày dưới dạng bảng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban Giám đốc của bệnh viện và được thông qua Hội đồng cơ sở bệnh viện. Mọi thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc tính chung đối tượng

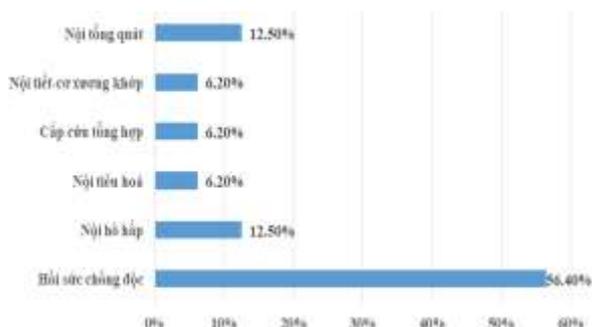
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	10	62,5
	Nữ	6	37,5
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	2	12,5
	40-60 tuổi	10	62,5
	> 60 tuổi	4	25,0
Nghề nghiệp	Làm nông	1	6,2
	Hưu trí	6	37,6
	Buôn bán	1	6,2
	Công nhân	1	6,2
	Không xác định	7	43,8
Địa lý	Thành thị	4	25,0
	Nông thôn	12	75,0

Tỷ lệ nam nhiễm *B. pseudomallei* cao hơn nữ, nhóm tuổi nhiễm bệnh cao nhất 40 - 60 tuổi 62,5%. Cư trú ở nông thôn nhiều hơn thành thị.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Sự phân bố vi khuẩn *B. pseudomallei* theo khoa lâm sàng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ B. pseudomallei phân lập được từ các khoa lâm sàng

Tỷ lệ nhiễm B. pseudomallei gặp nhiều nhất ở khoa Hồi sức chống độc 56,4%.

Yếu tố nguy cơ bệnh nhân nhiễm B. pseudomallei

Bảng 2: Yếu tố nguy cơ

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ %
Đái tháo đường	11	68,7
ARDS (hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển)	2	12,5
Tăng huyết áp	6	37,5
Suy thận mạn	1	6,3
Thiếu máu mạn	2	12,5

Trong 16 bệnh nhân nhiễm B. pseudomallei thì có 11 bệnh nhân có bệnh nền đái tháo đường chiếm 68,7%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm bệnh nhân nhiễm B. pseudomallei

Xét nghiệm	Bình thường (%)	Tăng (%)	Giảm (%)	Không chỉ định (%)	TB ± SD
WBC	31,3	56,2	12,5	0	14,6 ± 8,6
Neutrophil	6,2	93,8	0	0	88,4 ± 6,6
Procalcitonin (PCT)	0	87,5	0	12,5	24,7 ± 18,5
CRP	62,5	12,5	18,8	6,2	99,6 ± 105,8

Trong số 16 bệnh nhân có 9 bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu (56,2%) cao nhất là 27,57 K/uL, trung bình 14,6 K/uL. Có 2 bệnh nhân có bạch cầu giảm trên bệnh nhân suy đa cơ quan và suy thận mạn. Có 15 bệnh nhân có tăng bạch cầu Neutrophil 93,8%. Có 14 bệnh nhân tăng nồng độ PCT trong đó có 3 trường hợp tăng > 50 ng/ml. Số bệnh nhân tăng nồng độ CRP thấp, chỉ có 2 bệnh nhân tăng chiếm tỷ lệ 12,5%.

Sự phân bố vi khuẩn B. pseudomallei theo bệnh phẩm. Vi khuẩn B. pseudomallei phân bố nhiều nhất ở bệnh phẩm là máu 87,6%. Bệnh phẩm đàm và dịch tỷ lệ bằng nhau 6,2%.



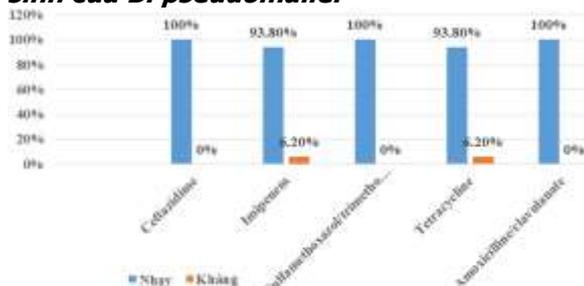
Biểu đồ 2. Tỷ lệ B. pseudomallei phân lập được từ các loại bệnh phẩm

Bảng 4: Thời gian kết quả cấy kháng sinh đồ

Số ngày cấy kháng sinh đồ	Tần số	Tỷ lệ %
1-3 ngày	5	31,3
4-5 ngày	10	62,5
>5 ngày	1	6,2

Nhìn chung có 10/16 bệnh nhân có kết quả từ 4-5 ngày kể từ ngày nhận bệnh phẩm chiếm tỷ lệ 62,5%

Khảo sát mức độ nhạy kháng kháng sinh của B. pseudomallei



Biểu đồ 3: Tỷ lệ nhạy kháng kháng sinh của B. pseudomallei

Vi khuẩn B. pseudomallei có tỷ lệ nhạy cao với với Cefazidime, Sulfamethoxazol/trimethoprim, Amoxicilline/clavulanate là 100%. Nhạy 93,8% với Imipenem và Tetracycline

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nhiễm B. Pseudomallei. Trong thời gian thực hiện nghiên cứu cho thấy có 16 bệnh nhân nhiễm B. pseudomallei. Nghiên cứu tại bệnh viện Đà Nẵng trong 5 năm từ 2016 đến 2021 có 74 bệnh nhân cấy dương tính với B. Pseudomallei. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với chúng tôi về số bệnh nhân mắc bệnh trên 1 năm (3).

Theo các nghiên cứu về bệnh Meliodosis tại Việt Nam trong những năm gần đây bệnh gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Nguyên nhân có lẽ do nam giới ở nông thôn thường xuyên tiếp xúc với môi trường đất, nước nhiều hơn nữ nên nguy cơ phơi nhiễm với B. pseudomallei nhiều hơn. Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu chúng tôi chiếm tỷ lệ 62,5% thấp hơn so với nghiên cứu Lê

Viết Nhiệm 86,0%, Trần Đăng Khoa 85,0%, Nguyễn Hoàng Sơn 81,1%, Nguyễn Quang Huy 76,6%. Tỷ lệ bệnh nhân nữ 37,5% cao hơn so với nghiên cứu Lê Viết Nhiệm 14,0%, Trần Đăng Khoa 15,0%, Nguyễn Hoàng Sơn 18,9%, Nguyễn Quang Huy 23,4% (2-5).

Độ tuổi nhiễm *B. pseudomallei* nhiều nhất là ở nhóm bệnh nhân từ 40 - 60 tuổi 62,5%, sinh sống ở nông thôn chiếm 75,0%. Kết quả của tác giả Nguyễn Hoàng Sơn nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm 83,8%; tác giả Trần Đăng Khoa nhóm bệnh nhân từ 40 - 60 tuổi chiếm 60%, các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể được giải thích do độ tuổi 40 - 60 là độ tuổi lao động và sống ở nông thôn, tiếp xúc nhiều với môi trường đất nước nên tỷ lệ nhiễm bệnh cao hơn (2, 3).

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Bệnh nhân nhập viện ở nhiều khoa khác nhau, nhiều nhất là ở khoa hồi sức chống độc, kể đến là nội hô hấp, nội tiêu hoá, nội tiết cơ xương khớp,... Melioidosis là bệnh lý nhiễm trùng toàn thân, có nhiều bệnh cảnh khác nhau, trong đó phần lớn là nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm xương khớp, viêm màng não,... Trong nghiên cứu chúng tôi bệnh nhân nhập viện ở khoa hồi sức chống độc chiếm tỷ lệ nhiều nhất 56,4% cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Hoàng Sơn 17,5% (3). Theo nghiên cứu của Direk melioidosis không có biểu hiện lâm sàng đặc thù, biểu hiện lâm sàng bao gồm sốt, nhiễm trùng và sốc nhiễm trùng. Có thể có hoặc không có viêm phổi hoặc áp xe phổi hoặc áp xe tại bất cứ nội tạng nào. Chính vì vậy bệnh nhân melioidosis được điều trị tại nhiều khoa khác nhau trong bệnh viện (6).

Chẩn đoán melioidosis dựa vào các yếu tố dịch tễ và lâm sàng trước khi có kết quả định danh vi khuẩn *B. pseudomallei* là một vấn đề khó bởi lâm sàng rất đa dạng và phong phú. Tại bệnh viện nhiệt đới có 20,7% được chẩn đoán melioidosis dựa vào các yếu tố lâm sàng và dịch tễ trước khi có kết quả định danh vi khuẩn (2). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Yee ở Malaysia không có trường hợp nào được chẩn đoán melioidosis trước khi có kết quả vi sinh (7).

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có bệnh nền thường gặp nhất là đái tháo đường 68,7%, tăng huyết áp và một số bệnh lý khác gây suy giảm miễn dịch. Nhiều bệnh nhân có nhiều hơn 2 bệnh nền, điều này dẫn đến bệnh nhân dễ mắc bệnh melioidosis và bệnh có khả năng trầm trọng hơn. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Lê Viết Nhiệm tỷ lệ này là 67,2% (4).

Kết quả xét nghiệm máu chúng tôi nhận thấy bạch cầu tăng, Procalcitonin tăng là những biến đổi trong bệnh lý nhiễm trùng, không đặc hiệu cho bệnh melioidosis. Kết quả này cao so với nghiên cứu của Lê Viết Nhiệm và Trần Đăng Khoa lần lượt là: bạch cầu 36,8%; 68,8%, Procalcitonin 37,2%; 68,0%. Sự khác biệt này có thể do thời điểm lấy mẫu (2, 4).

Melioidosis có bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, tổn thương thường gặp ở nhiều cơ quan khác nhau, trong đó hay gặp nhất là viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dương tính với *B. pseudomallei* chủ yếu từ nuôi cấy máu 87,6% cao hơn nghiên cứu Nguyễn Hoàng Sơn 56,7%, có 2 bệnh nhân cấy đàm và dịch 6,2% thấp hơn so với nghiên cứu Nguyễn Hoàng Sơn lần lượt là 16,2% và 36,4% (3). Nguyên nhân có thể do quy trình cấy máu với nhiều chất dinh dưỡng ngay từ khi lấy mẫu, đồng thời mẫu không bị tạp nhiễm như đàm, mũi nên khả năng phát hiện vi khuẩn cao hơn các bệnh phẩm tạp nhiễm nêu trên.

Thời gian cấy mọc và kháng sinh đồ vi khuẩn *B. pseudomallei* trong nghiên cứu chúng tôi từ 1 - 3 ngày chiếm 31,3%, từ 4 - 5 ngày chiếm nhiều nhất 62,5%, > 5 ngày chiếm 6,2%. Kết quả của chúng tôi không chậm hơn so với khoa Vi sinh- BV Nhiệt đới TPHCM, thời gian cấy mọc *B. pseudomallei* từ 1 - 2 ngày, thời gian có kết quả định danh 2 - 3 ngày nếu dùng máy MALDI-TOF và ≥ 4 ngày nếu dùng các phương pháp khác (2).

4.3. Tình trạng nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei*. Bệnh cảnh nhiễm trùng do *B. pseudomallei* có thể có thời gian ủ bệnh kéo dài, diễn tiến cấp tính, bán cấp hay mãn tính với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng gây chậm trễ trong chẩn đoán xác định và điều trị. Tỷ lệ tử vong đối với bệnh Melioidosis dao động từ 14 - 40%, và có thể cao đến 80% nếu không sử dụng thuốc kháng sinh hiệu quả (8). Hiện nay, Ceftazidime và Carbapenem, Trimethoprim/sulfamethoxazole và Doxycyclin là những kháng sinh được lựa chọn trong điều trị, tuy nhiên đã có báo cáo về các trường hợp kháng với những kháng sinh này.

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ nhạy với Ceftazidime, Sulfamethoxazol/trimethoprim cao 100%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Đăng Khoa, Lê Viết Nhiệm 100%, cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Kim Thư lần lượt là 93,3% và 82,2%. Tỷ lệ nhạy với Amoxicilline/clavulanate 100%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Đăng Khoa 96,3%, Lê Viết Nhiệm 92,9% và Nguyễn Kim Thư 88,4%. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận 1 trường hợp kháng với Imipenem và

Tetracycline, tỷ lệ kháng là 6,2%. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu Nguyễn Kim Thư lần lượt là 6,8% và 23,8%. *B. pseudomallei* là vi khuẩn Gram âm nội bào, có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh, điều trị kéo dài là cần thiết để chữa khỏi hoàn toàn. Sulfamethoxazol/trimethoprim là một liệu pháp kháng sinh được ưu tiên điều trị kéo dài trong giai đoạn duy trì của bệnh và một số trường hợp trong giai đoạn cấp tính. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận chủng vi khuẩn kháng Sulfamethoxazol/trimethoprim (2, 4, 9).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam giới chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5%; Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất từ 40 - 60 tuổi chiếm 62,5%; 75% sống ở nông thôn.
- Bệnh nhân melioidosis nhập viện nhiều nhất ở khoa hồi sức chống độc, chiếm 56,4%, nội tổng quát và nội hô hấp chiếm 12,5%.
- Bệnh nhân cổ bạch cầu tăng chiếm 56,2%, trong đó bạch cầu đa nhân trung tính tăng 93,8%. Chỉ số Procalcitonin tăng 87,5%, CRP tăng 12,5%.
- *B. pseudomallei* gặp nhiều nhất ở bệnh phẩm là máu, chiếm 87,6%.
- *B. pseudomallei* nhạy 100% với Ceftazidime, Sulfamethoxazol/trimethoprim, Amoxicilline/ clavulanate. Nhạy 93,8% với Imipenem và Tetracycline.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pons R, Advier M. Melioidosis in Cochin China. J Hyg. 1927;26:28-30.
2. Trần Đăng Khoa. Melioidosis tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ 2009 đến 2019. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021;25:142-7.
3. Nguyễn Hoàng Sơn, Đinh Thị Hoàng Oanh, Nguyễn Hữu Thọ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị Melioidosis tại bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2023;2(42): 65-70.
4. Lê Việt Nhiệm, Đinh Thế Trung, Phạm Thị Lệ Hoa. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng bệnh melioidosis tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP.HCM. Y học TP Hồ Chí Minh. Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;19(1) 503-12.
5. Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Thị Hương Giang. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi do Whitmore tại bệnh viện Bạch Mai từ 2012-2020. Tạp chí Y học lâm sàng. 2022;128 (10-2022):112-9.
6. Limmatthurotsakul Direk. Bệnh melioidosis, giới thiệu, gánh nặng toàn cầu và khu vực phân bố. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, hội thảo khoa học toàn quốc lần thứ II. 2017:1-32.
7. Yee KC, Lee MK, Chua CT, Puthuchearu SD. Melioidosis, the great mimicker: a report of 10 cases from Malaysia. The Journal of tropical medicine and hygiene. 1988;91(5):249-54.
8. Wiersinga W Joost, Virk Harjeet S, Torres Alfredo G, Currie Bart J, Peacock Sharon J, Dance David AB, et al. Melioidosis. Nature reviews Disease primers. 2018;4(1):1-22.
9. Nguyễn Kim Thư, Lê Việt Nghĩa. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm burkholderia pseudomallei tại bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương từ 2016-2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;515(2).

TÁI TẠO LÓC TOÀN BỘ DA ĐẦU LỘ XƯƠNG SỌ BẰNG VẬT DA CƠ THANG MỞ RỘNG XUỐNG DƯỚI VÀ GHÉP DA MỎNG

Lưu Phương Lan¹, Phạm Ngọc Minh¹, Lê Kim Nhã¹

TÓM TẮT

Lóc toàn bộ da đầu là 1 tổn thương nặng nề có thể gặp phải do tai nạn lao động, đặc biệt ở Việt Nam khi bảo hộ an toàn lao động chưa được chú trọng. Đã có nhiều tác giả tại Việt Nam báo cáo phẫu thuật vi phẫu nối thành công màng da đầu đứt rời đem lại hiệu quả về cả chức năng và thẩm mỹ. Tại Bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi báo cáo trường hợp không thể mang phần da đầu đứt rời đến Bệnh Viện, bệnh nhân với vết thương lóc toàn bộ da đầu từ mi trên tới vùng cằm, lộ xương sọ vùng cằm, đỉnh. Chúng tôi đã che

phủ toàn bộ da đầu thành công với việc sử dụng vật da cơ thang mở rộng xuống dưới để che phủ toàn bộ vùng lộ xương cằm đỉnh và ghép da mỏng cho các diện khuyết còn lại. **Từ khóa:** Vật da cơ thang mở rộng xuống dưới, vết thương lóc toàn bộ da đầu

SUMMARY

CASE REPORT: TOTAL SCALP AVULSION RECONSTRUCTION WITH EXPOSED SKULL BONE BY EXTENDED LOWER TRAPEZIUS MUSCULOCUTANEOUS FLAP AND SPLIT THICKNESS SKIN GRAFT

Total scalp avulsion is a severe injury that can occur due to occupational accidents, particularly in Vietnam where workplace safety measures are not yet adequately emphasized. Many authors in Vietnam have reported successful microsurgical replantation of avulsed scalp tissue, resulting in both functional and

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Lưu Phương Lan
 Email: lanphuongy@gmail.com
 Ngày nhận bài: 15.9.2025
 Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025
 Ngày duyệt bài: 25.11.2025