

5. **Santamaría J, Diaz-Barreda M, et al.** Correlation between topographic vessel density and retinal thickness in patients treated with anti-VEGF therapy. *J Pers Med.* 2023;13(12):1718.
6. **Park JB, Kim JH, et al.** OCT angiography biomarkers in macular neovascularization: predictive value in anti-VEGF therapy. *BMC Ophthalmol.* 2023;23:287.
7. **Spaide RF, Fujimoto JG, Waheed NK.** Optical coherence tomography angiography. *Prog Retin Eye Res.* 2018;64:1-55.
8. **Toto L, Di Antonio L, Mastropasqua R, et al.** Optical coherence tomography angiography findings in exudative age-related macular degeneration after intravitreal bevacizumab treatment. *Retina.* 2016;36(8):1566-1576.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN PHÂN LẬP ĐƯỢC Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC BỆNH VIỆN 19-8 – NĂM 2024

Bùi Nam Phong¹, Nguyễn Thị Bích Thủy¹, Phan Hồng Ân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, đặc điểm vi sinh ở bệnh nhân viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, trong năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 33 bệnh nhân, trên 18 tuổi từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** 33 bệnh nhân viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, tất cả đều có kết quả cấy đờm dương tính (100%), trong đó *Klebsiella Pneumoniae* là các tác nhân thường gặp nhất (30,3%). Trong các vi khuẩn thì *A. Baumannii* chỉ nhạy với kháng sinh Colistin và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Bên cạnh đó, *P. Aeruginosa* cũng chỉ nhạy cảm với kháng sinh nhóm Aminoglycoside và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Trong khi đó *E. Coli* và *K. Pneumoniae* kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Flourquinolon nhưng vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm carbapenem và aminoglycoside.

Từ khóa: vi khuẩn, viêm phổi.

SUMMARY

STUDY ON MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA ISOLATED FROM PATIENTS WITH PNEUMONIA IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT THE HOSPITAL 19-8 – 2024

Aim: To evaluate the clinical and microbiological characteristics of pneumonia patients in the intensive care unit of Hospital 19-8 in 2024. **Subjects and methods:** The study described 33 patients, over 18 years old, from April 2024 to April 2025. **Results:** 33 pneumonia patients in the intensive care unit of

Hospital 19-8, all had positive sputum culture results (100%), in which *Klebsiella Pneumoniae* was the most common agent (30.3%). Among the bacteria, *A. Baumannii* was only sensitive to Colistin antibiotics and resistant to Carbapenem antibiotics, 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones. In addition, *P. Aeruginosa* was also only sensitive to Aminoglycoside antibiotics and resistant to Carbapenem antibiotics, 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones. Meanwhile, *E. Coli* and *K. Pneumoniae* were resistant to 3rd generation Cephalosporins and Flourquinolones but were still sensitive to carbapenem and aminoglycoside antibiotics.

Keywords: bacteria, pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao. Do đặc thù của bệnh nhân mắc viêm phổi tại khoa Điều trị Tích Cực – Chống độc, Bệnh viện 198 hầu hết là các bệnh nhân viêm phổi nặng, từ nhiều nguồn chuyển tới, có thể là bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng, bệnh nhân mắc viêm phổi bệnh viện từ các khoa, trung tâm, trong Bệnh viện 198, và bệnh nhân mắc viêm phổi bệnh viện từ các bệnh viện khác chuyển tới. Với đặc điểm kể trên, bệnh nhân viêm phổi chuyển đến khoa Điều trị Tích Cực - Chống độc thường là những bệnh nhân có một hoặc nhiều bệnh mạn tính phổi hợp, số bệnh nhân có tuổi trung bình cao [1] và đã điều trị nội trú ở các khoa hoặc các bệnh viện khác. Do đó, nguy cơ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn là khá cao.

Điều trị kháng sinh là cốt lõi của chiến lược điều trị viêm phổi. Trong điều trị kháng sinh, việc cho kháng sinh phù hợp với chủng vi khuẩn gây bệnh và mức độ nhạy cảm của vi khuẩn là mục tiêu hàng đầu [3], [4]. Hiện nay, các khuyến cáo điều trị viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện đều đưa ra điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm [3], [4]. Các khuyến cáo thực hành thống nhất nhận định rằng một chiến lược kháng

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Nam Phong

Email: bnphong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

sinh kinh nghiệm hợp lý phải được xây dựng trên cơ sở số liệu dịch tễ tại địa phương, tại cơ sở điều trị [5]. Hiểu biết các chủng căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi và tính nhạy cảm kháng sinh của các chủng vi khuẩn này là điều cần thiết khi chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm vi sinh và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được ở bệnh nhân Viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8 năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- BN được chẩn đoán viêm phổi ở khoa Điều trị tích cực và chống độc Bệnh viện 198 và có kết quả cấy máu hoặc đờm dương tính với vi khuẩn.

- Tiêu chuẩn viêm phổi cộng đồng theo "Biên bản đồng thuận Ban chuyên gia: Viêm phổi cộng đồng ở Việt Nam năm 2017" [5]:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi bệnh viện: theo "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy 2017"

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi liên quan thở máy: theo "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy 2017"

+ Người nhà bệnh nhân hoặc Người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Áp-xe phổi

+ Xét nghiệm AFB đờm (+)

+ Thiếu các thông tin các biến số nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả

- Cỡ mẫu: 33 bệnh nhân Viêm phổi

- Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm ở thời điểm được chẩn đoán Viêm phổi để cấy định danh vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

+ Bệnh nhân được điều trị theo các phác đồ hồi sức chung thống nhất theo khuyến cáo.

+ Kết quả điều trị: BN sống và BN tử vong.

▪ BN sống: Bao gồm các BN ra viện trong tình trạng không cần một hỗ trợ nào về tuần hoàn, hô hấp.

▪ BN tử vong: Bao gồm các BN tử vong tại bệnh viện và những bệnh nhân quá nặng, gia đình xin về (sau đó được kiểm tra và xác định).

- Xử lý số liệu: Số liệu thu nhập được nhập vào bệnh án nghiên cứu. Nhập số liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ %, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng	Tỉ lệ
Tuổi ($X \pm SD$)	61,5 $\pm$ 18.1	
Giới (n,%)	Nam	25 75,76%
	Nữ	8 24,24%
Các bệnh lý nền đi kèm (n,%)	Tăng huyết áp	27 81,8%
	Đái tháo đường	26 78,7%
	Bệnh thận mạn	6 18,18%
	COPD	10 30,3%
Kết quả (tử vong, tỷ lệ %)	8	24,24%

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 61,5 $\pm$ 18.1. Nam giới chiếm đa số với 75,76%. Có 8/33 BN tử vong (24,24%). Tỷ lệ cấy khuẩn dương tính là 100% (33/33). Các bệnh đi kèm phổ biến nhất tăng huyết áp (81,8%) và đái tháo đường (78,7%).

3.2. Đặc điểm vi sinh học ở bệnh nhân Viêm Phổi

Bảng 2: Phân bố vi sinh vật của BN Viêm Phổi nuôi cấy dương tính

Tên vi khuẩn	Chủng VK	Số lượng	Tỷ lệ
Acinetobacter baumannii	Gram -	8	24,24%
E. Coli	Gram -	5	15,15%
Klebsiella pneumoniae	Gram -	10	30,3%
Staphylococcus aureus	Gram +	2	6,06%
Pseudomonas aeruginosa	Gram -	4	12,12%
Gram âm khác		4	12,13%
Gram dương khác		0	0%
Tổng		33	100%

Nhận xét: Klebsiella pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (30,3%), sau đó đến Acinetobacter baumannii (24,24%), E. Coli (14%), P. aeruginosa (12,12%) và cuối cùng chiếm tỉ lệ thấp nhất là S. aureus (6,06%). Vi khuẩn gram âm chiếm khoảng 4/5 số loài vi sinh vật gây bệnh; các loài A. baumannii và Klebsiella pneumoniae là những mầm bệnh phổ biến nhất.

3.3. Tính kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được

Bảng 3. Kết quả kháng sinh đồ của A. Baumannii (n=8)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Colistin	6	75%	2	25%		
Imipenem	0	0%	8	100%		
Meropenem	0	0%	8	100%		

Ceftazidime	0	0%	8	100%
Piperacillin/Tazobactam	0	0%	8	100%
Tobramycin	0	0%	8	100%
Ciprofloxacin	1	0%	1	100%
Minocyclin	1	0%	1	100%
Ampicillin/Sulbactam	0	0%	8	100%
Gentamycin	0	0%	8	100%
Amikacin	0	0%	8	100%
Doxycyclin	0	0%	8	100%
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	1	12,5%	7	87,5%

Nhận xét: - Các chủng vi khuẩn A. Baumannii kháng hầu hết với các kháng sinh như imipenem, meropenem, ceftazidime, piperacillin/tazobactam, gentamycin, amikacin.

- Colistin là các kháng sinh nhạy nhất với vi khuẩn A. Baumannii với tỷ lệ 75%.

Bảng 4. Kết quả kháng sinh đồ của Klebsiella Pneumoniae (n=10)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Ertapenem	4	40%	6	60%		
Imipenem	7	70%	3	30%		
Meropenem	6	60%	4	40%		
Ceftazidim	7	70%	6	60%		
Piperacillin/ Tazobactam	4	40%	6	60%		
Tobramycin						
Ciprofloxacin	4	40%	6	60%		
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	6	60%	4	40%		
Ceftriaxon	4	40%	6	60%		
Cefepim	3	30%	7	70%		
Gentamycin	8	80%	2	20%		
Amikacin	4	40%	6	60%		
Levofloxacin						
Fosfomycin						

Nhận xét: - Các chủng vi khuẩn K. Pneumoniae kháng hầu hết với các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, Penicillin cũng như nhóm Flourquinolon.

- K. Pneumoniae còn tương đối nhạy cảm với hầu hết kháng sinh nhóm carbapenem (trừ Ertapenem 4/10) như Imipenem (7/10), Meropenem (6/10) và các kháng sinh Gentamycin (8/10).

Bảng 5. Kết quả kháng sinh đồ của P. Aeruginosa (n=4)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	%	N	%	N	%
Aztreonam	1	25	3	75		
Meropenem	1	25	3	75		
Imipenem	1	25	3	75		
Cefepime	1	25	3	75		
Gentamycin	2	50	2	50		

Amikacin	3	75	1	25
Ceftazidime	3	75	1	25
Piperacillin/Azobactam	2	50	2	50
Tobramycin				
Ciprofloxacin	1	25	3	75

Nhận xét: - P. Aeruginosa kháng hầu hết với các nhóm kháng sinh carbapenem cũng như cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon.

- Các chủng P. Aeruginosa chỉ còn nhạy cảm với số ít các kháng sinh gentamycin (3/4) và Ceftazidime (3/4).

Bảng 6. Kết quả kháng sinh đồ của E. Coli (n=5)

Kháng sinh	Mức độ kháng		Nhạy		Kháng	
	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ	N	Tỷ lệ
Ertapenem	3	60%	2	40%		
Imipenem	4	80%	1	20%		
Meropenem	5	100%	0	0%		
Ceftazidime	2	40%	3	60%		
Cefotazime						
Piperacillin/Tazobactam	4	80%	1	20%		
Tobramycin						

Nhận xét: Các chủng vi khuẩn E. Coli kháng hầu hết với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon. Tuy vậy, E.Coli còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem như Meropenem 5/5, Imipenem 4/5, Ertapenem 3/5.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân đa phần là nam giới (75,76%), tuổi trung bình là 61,5 ± 18.1 (Bảng 1). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Giang năm 2022 với tỷ lệ nam giới chiếm 69,72%, tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,95 ± 18,19. Như vậy, BN Viêm phổi tại khoa Hồi sức đa phần là nam giới, tuổi cao, có thể do cơ địa dễ mắc bệnh lý nền nhiều hơn nên tỉ lệ nam giới trong các nghiên cứu luôn cao hơn nữ giới.

Nghiên cứu chỉ ra, ở BN Viêm phổi, các bệnh lý nền đi kèm hay gặp nhất là tăng huyết áp (81,8%) và đái tháo đường (78,7%). Kết quả này cao hơn với các nghiên cứu khác thực hiện ở trong nước. Theo tác giả Bùi Thị Hương Giang, tăng huyết áp và đái tháo đường cũng là 2 bệnh lý đi kèm phổ biến với tỷ lệ tương ứng thấp hơn là 47,5% và 37,3% [6].

Tỉ lệ tử vong của bệnh nhân Viêm phổi trong ICU trong nghiên cứu của chúng tôi là 24,24%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả J. Phua với tỷ lệ tử vong 33% [9].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tác nhân gây Viêm phổi chủ yếu nuôi cấy được thì Klebsiella pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất

(30,3%), sau đó đến *A. Baumannii* (24,24%), tiếp theo là *E. Coli* (15,15%), *P. aeruginosa* (12,12%), *Staphylococcus aureus* (6,06%) trong đó vi khuẩn gram âm chiếm khoảng 4/5 số vi sinh vật gây bệnh; các loài *A. baumannii* và *K. Pneumoniae* là những mầm bệnh phổ biến nhất (Bảng 2). Nghiên cứu tại một bệnh viện ở Bệnh viện Bạch Mai của Bùi Thị Hương Giang và cộng sự cho thấy kết quả *A. Baumannii* là vi khuẩn chủ yếu phân lập được (28,2%), tiếp là *Klebsiella* (19,7%) [6]. Kết quả này cho thấy sự phân bố các chủng vi khuẩn ở mỗi cơ sở y tế có sự khác biệt.

Các chủng vi khuẩn *A. Baumannii* kháng hầu hết với các kháng sinh như imipenem, meropenem, ceftazidime, piperacillin/tazobactam, gentamycin, amikacin. Colistin là các kháng sinh nhạy nhất với vi khuẩn *A. Baumannii* (Bảng 3). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự năm 2022 với tỷ lệ kháng kháng sinh của *A. Baumannii* với các kháng sinh nhóm carbapenem, Cephalosporin, Quinolone là 100% và chỉ còn nhạy cảm với kháng sinh Colistin [7].

K. Pneumoniae kháng hầu hết với các kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, Penicillin cũng như nhóm Flourquinolon. Tuy nhiên chúng vẫn có nhạy cảm cao với các kháng sinh nhóm Carbapenem và Gentamycin (bảng 4). Nghiên cứu của Bạch Thái Dương và cộng sự năm 2022 cũng cho kết quả tương tự khi các chủng *K. Pneumoniae* kháng với các loại kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3, Quinolone, Penicillin nhưng vẫn còn nhạy cảm với các kháng sinh thuộc nhóm Aminoglycoside. Tuy vậy, trong nghiên cứu này để kháng kháng sinh của *K. Pneumoniae* với carbapenem lên tới trên 80% [7].

P. Aeruginosa kháng hầu hết với các nhóm kháng sinh carbapenem cũng như cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon và chỉ còn nhạy cảm với các kháng sinh thuộc nhóm aminoglycoside và ceftazidime (bảng 5). Nghiên cứu của Trần Văn Giang và cộng sự cho thấy kết quả tương tự khi các chủng vi khuẩn *P. Aeruginosa* kháng với hầu hết các loại kháng sinh kể cả carbapenem và Flourquinolon. Trong đó đặc biệt các chủng *P. Aeruginosa* còn kháng với kháng sinh nhóm aminoglycoside lên đến 86% [8] cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (25%).

Các chủng vi khuẩn *E. Coli* kháng hầu hết với kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 và Flourquinolon. Tuy vậy, *E. Coli* còn nhạy cảm với các kháng sinh nhóm carbapenem (Bảng 6). Kết quả này không tương đồng với các nghiên cứu của Bạch Thái Dương năm 2022 [7]. Trong nghiên cứu này các chủng *E. Coli* đều có tỉ lệ

kháng với Carbapenem rất cao lên đến trên 80%. Nghiên cứu của Trần Văn Giang cũng cho kết quả tương tự khi *E. Coli* kháng với hầu hết các loại kháng sinh với tỉ lệ kháng là 71%.

V. KẾT LUẬN

33 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện 19-8, trong đó 33 BN (100%) cấy đờm dương tính, trong đó *Klebsiella Pneumoniae* là các tác nhân thường gặp nhất (30,3%) ở BN Viêm phổi. *A. Baumannii* chỉ nhạy với kháng sinh Colistin và kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Bên cạnh đó, *P. Aeruginosa* cũng chỉ nhạy cảm với kháng sinh nhóm Aminoglycoside kháng với các kháng sinh nhóm Carbapenem, Cephalosporin thế hệ 3 cũng như Flourquinolon. Trong khi đó *E. Coli* và *K. Pneumoniae* kháng với các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3, Flourquinolon nhưng vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm carbapenem và aminoglycoside.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander E. L., Loutit J., et al. (2017), "Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: Results From a Retrospective Series and Implications for the Design of Prospective Clinical Trials", *Open Forum Infect Dis*, 4(2), pp. ofx063.
2. Phu V. D., Wertheim H. F., et al. (2016), "Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units", *PLoS One*, 11(1), pp. e0147544.
3. Tumbarello M., Trecarichi E. M., et al. (2015), "Infections caused by KPC-producing *Klebsiella pneumoniae*: differences in therapy and mortality in a multicentre study", *J Antimicrob Chemother*, 70(7), pp. 2133-43.
4. Xu L., Sun X., et al. (2017), "Systematic review and meta-analysis of mortality of patients infected with carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*", *Ann Clin Microbiol Antimicrob*, 16(1), pp. 18.
5. Ah Y. M., Kim A. J., et al. (2014), "Colistin resistance in *Klebsiella pneumoniae*", *Int J Antimicrob Agents*, 44(1), pp. 8-15.
6. Bùi Thị Hương Giang. (2022). 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*, 515(1).
7. Bạch Thái Dương. (2024) Vi khuẩn đa kháng thuốc trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 543(3).
8. Trần Văn Giang. (2025). Đặc điểm kháng kháng sinh và kết quả điều trị Viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Nhiệt đới trung ương. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 551(2).
9. Phua J, Ngereng WJ, Lim TK. The impact of a delay in intensive care unit admission for community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2010.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN GIÃN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 1 TỪ THÁNG 5/2025 ĐẾN THÁNG 9/2025

Thân Trọng Hưng¹, Phạm Thị Ngọc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh. Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025, được cấy bệnh phẩm đờm hoặc/và dịch phế quản. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66.77±13.28. Tỷ lệ nam: nữ là 1.14: 1; Triệu chứng ho khạc đờm gặp nhiều nhất chiếm 80%, tiếp theo là 73.3% khó thở, 70% đau ngực, ho máu chiếm 26.7%, sốt chiếm 23.3%; Tính chất đờm mủ đục gặp nhiều nhất chiếm phần lớn 46.7%, đờm trong chiếm 30%, đờm lẫn máu 13.3%, đờm vàng gặp ít chiếm 10%; 90% bệnh nhân có rales ở phổi, trong đó rales ẩm và nổ thường gặp chiếm 56.6%; 83.3% người bệnh có tổn thương Giãn phế quản trên CLVT hình trụ, thể hỗn hợp chiếm 13.4, hình túi gặp 3.3%; 87.5% là dương tính với *Pseudomonas aeruginosa*; còn nhạy nhiều kháng sinh Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Từ khóa:** Giãn phế quản, Nội soi phế quản, kháng sinh.

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH BRONCHIECTASM TREATED AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF BAC NINH GENERAL HOSPITAL NO. 1 FROM MAY 2025 TO SEPTEMBER 2025

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with bronchiectasis treated at the Department of Respiratory Medicine - Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025. **Research subjects and methods:** This is a descriptive study of a series of cases. The study subjects include 30 patients diagnosed with acute bronchiectasis at the Department of Respiratory Medicine, Bac Ninh General Hospital No. 1 from May 2025 to September 2025, with sputum and/or bronchial fluid cultures. **Results and conclusions:** The average age of the study subjects is 66.77±13.28. The male: female ratio is 1.14: 1; The most common

symptom is cough with phlegm, accounting for 80%, followed by 73.3% of shortness of breath, 70% of chest pain, hemoptysis accounting for 26.7%, fever accounting for 23.3%; The most common sputum characteristics are turbid sputum (46.7%), clear sputum (30%), bloody sputum (13.3%), and yellow sputum (10%); 90% of patients have rales in the lungs, of which moist and explosive rales are common (56.6%); 83.3% of patients have cylindrical bronchiectasis lesions on CT scan, mixed 13.4%, and saccular 3.3%; 87.5% are positive for *Pseudomonas aeruginosa*; and are sensitive to many antibiotics: Levofloxacin, ciprofloxacin, colistin, meropenem. **Keywords:** Bronchiectasis, Bronchoscopy, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản là tình trạng giãn không hồi phục một phần của cây phế quản. Bệnh cảnh lâm sàng của giãn phế quản được Laennec mô tả đầu tiên năm 1819 với đặc điểm lâm sàng: ho, khạc nhiều đờm, khạc ra máu tươi. Bệnh nhân thường nhập viện điều trị vì các đợt cấp do bội nhiễm. Nguyên nhân gây đợt cấp của giãn phế quản thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn. Tại Hoa Kỳ, Giãn phế quản là một tình trạng tương đối phổ biến ở Hoa Kỳ, với tỷ lệ mắc ước tính là 4,2 trên 100.000 người từ 18–34 tuổi và 272 trên 100.000 người từ 75 tuổi trở lên¹. Tại Việt Nam, chưa có thống kê đầy đủ, nhưng từ năm 1996 – 2000 có 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai chiếm 1,86%². Tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1, hàng năm có từ 70- 80 trường hợp Giãn phế quản được điều trị và điều trị nhắc lại tại khoa Hô hấp.

Điểm đặc trưng của bệnh GPQ là các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất phong phú và đa dạng theo cá thể người bệnh, do vậy việc xác định triệu chứng cận lâm sàng và lâm sàng là rất cần thiết, nhằm giúp cho thầy thuốc lâm sàng lựa chọn và phối hợp kháng sinh có hiệu quả. Do vậy, tôi tiến hành nghiên cứu "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2025" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân giãn phế quản điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1

Chịu trách nhiệm chính: Thân Trọng Hưng

Email: phamngoc.n7@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025