

## HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VẢY PHẦN DẠNG LICHEN MẠN TÍNH BẰNG UỐNG AZITHROMYCIN

Nguyễn Thị Kim Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Nhật Lệ<sup>2</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

Một thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng, đánh giá kết quả trước – sau nhằm đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn trong điều trị bệnh vảy phần dạng lichen mạn tính bằng uống azithromycin. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 8 tuần tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị (66,67%), đáp ứng tốt chiếm (26,67%), chỉ còn 2 bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ thấp (6,66%). Tác dụng phụ không mong muốn: 10% có buồn nôn, ỉa lỏng; 16,67% đau bụng trong 1-2 ngày đầu, không bệnh nhân nào từ chối điều trị.

**Từ khóa:** bệnh vảy phần lichen, mạn tính, azithromycin

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF LICHEN SCLEROSUS WITH ORAL AZITHROMYCIN

A uncontrolled, before-and-after clinical trial to evaluate the efficacy and adverse effects of oral azithromycin in the treatment of lichen sclerosis. The study was conducted on 30 patients at the National Hospital of Dermatology. The study results showed that, after 8 weeks, the proportion of patients who responded to treatment (66.67%), good response accounted for (26.67%), only 2 patients did not respond, accounting for a low rate (6.66%). Adverse side effects: 10% had nausea, diarrhea; 16.67% had abdominal pain in the first 1-2 days, no patient refused treatment.

**Keywords:** lichen sclerosis, chronic, azithromycin

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy phần dạng lichen mạn tính tuy lành tính và có thể tự thoái lui trong một số trường hợp nhưng thông thường bệnh tiến triển mạn tính, có thể kéo dài trong nhiều năm với tỷ lệ tái phát cao, ảnh hưởng lớn đến hoạt động, thẩm mỹ và chất lượng sống của người bệnh. Hiện tại, các phương pháp điều trị vảy phần dạng lichen mạn tính còn đa dạng, chưa được thống nhất. Do căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của bệnh còn chưa được sáng tỏ nên điều trị chủ yếu là điều trị triệu

chứng, không có điều trị đặc hiệu. Các biện pháp điều trị bệnh căn cứ vào mức độ nặng của tổn thương lâm sàng, có thể kết hợp giữa điều trị tại chỗ (corticoid, tacrolimus, kem dưỡng ẩm...) và điều trị toàn thân (kháng sinh nhóm cyclin, macrolid, thuốc ức chế miễn dịch methotrexate, dapsone...) hoặc quang liệu pháp [1],[2],[3]. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về hiệu quả điều trị bệnh PLC bằng kháng sinh nhóm macrolid, cyclin và gần đây nhất là dùng azithromycin trong 2 tháng liên tục, do azithromycin không chỉ có tác dụng kháng khuẩn mà còn có tác dụng chống viêm, điều hòa miễn dịch [4]. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào với số lượng lớn bệnh nhân, mà chủ yếu dựa vào các ca lâm sàng riêng biệt và ở Việt Nam vẫn chưa có một nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn trong điều trị bệnh vảy phần dạng lichen mạn tính bằng uống azithromycin".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân bị bệnh vảy phần dạng lichen mạn tính (PLC). Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là PLC phù hợp lâm sàng và mô bệnh học; bệnh nhân >5 tuổi; tại thời điểm khám không theo phác đồ điều trị khác; không có tiền sử dị ứng azithromycin và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trường hợp PLC không có chẩn đoán mô bệnh học hoặc chẩn đoán lâm sàng và mô bệnh học không phù hợp. Có thai hoặc đang cho con bú. Bệnh nhân đã được điều trị bằng azithromycin nhưng thất bại. Có bệnh lý nội khoa phối hợp: suy gan, suy thận, suy giảm miễn dịch, các bệnh mạn tính khác. Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 10/2015 đến 09/2016.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng, đánh giá kết quả trước – sau điều trị.

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:** 30 bệnh nhân lựa chọn thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

**2.5. Các bước tiến hành:** Nhóm nghiên cứu tiến hành khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Nam Cu Ba

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Hương

Email: nguyengkimhuong1987@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

sàng của bệnh PLC. Sau đó, tiến hành điều trị PLC bằng azithromycin 500mg/ngày x 3 ngày/tuần trong 2 tháng liên tục. Sau đó tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị, các triệu chứng lâm sàng sau 4 tuần, 8 tuần điều trị, theo dõi tái phát trong vòng 4 tuần sau khi dừng điều trị.

**2.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Triệu chứng ngứa trên lâm sàng: Cách đánh giá: dựa vào tiến triển của triệu chứng ngứa theo 4 mức độ (0= không ngứa; 1= ngứa nhẹ; 2= ngứa trung bình; 3= ngứa nhiều)

- Đánh giá có xuất hiện tổn thương mới hay không.

- Thất bại điều trị khi bệnh nhân được đánh giá là không đáp ứng với điều trị hoặc xuất hiện thêm ít nhất 10 thương tổn mới của PLC trong quá trình điều trị.

- Cải thiện triệu chứng vảy da, đỏ da trên lâm sàng.

- Kết quả điều trị: 1)Đáp ứng tốt: Bệnh nhân hết tổn thương, không ngứa, không xuất hiện tổn thương mới; 2) Có đáp ứng: Diện tích tổn thương giảm đi có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, bệnh nhân không ngứa hoặc ngứa ít,

không xuất hiện tổn thương mới; 3) Không đáp ứng: Diện tích tổn thương không giảm so với trước điều trị, còn ngứa, xuất hiện tổn thương mới.

**- Đánh giá các tác dụng không mong muốn của thuốc**

**2.7. Xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 16.0. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình ±SD. Các số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỉ lệ %. So sánh các số liệu trước và sau điều trị của từng nhóm, kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**2.8. Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu được hội đồng khoa học Bệnh viện Da liễu trung ương, bộ môn Da liễu - trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 30 bệnh nhân, tuổi trung bình mắc bệnh là 22,33, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi và cao tuổi nhất là 59 tuổi. Bệnh PLC gặp ở nam (56,7 %) nhiều hơn nữ (43,3%). Tỉ lệ PLC cao nhất ở nhóm học sinh-sinh viên (33,3%) sau đó đến nhóm cán bộ (26,7%) và công nhân (20,0%).

**Bảng 1. So sánh triệu chứng ngứa trước và sau điều trị (n=30)**

	Trước điều trị		Sau 4 tuần điều trị		Sau 8 tuần điều trị	
	n	%	n	%	n	%
Ngứa nhiều	3	10.0	1	3.33	0	0
Ngứa ít	9	30.0	2	6.67	2	6.67
Không ngứa	18	60.0	27	90.0	28	93.33
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Bảng 1 cho thấy, trong số 30 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 12 bệnh nhân có triệu chứng ngứa, 18 bệnh nhân không ngứa. Trong số 12 bệnh nhân này chúng tôi thấy, sau 4 tuần điều trị chỉ còn 3 bệnh nhân (10%) có triệu chứng ngứa trong đó có 2 bệnh nhân ngứa mức độ ít, 1 bệnh nhân ngứa nhiều. Sau 8 tuần điều trị chỉ còn 2 bệnh nhân (6,67%) còn ngứa ở mức độ ít, không có bệnh nhân nào còn ngứa nhiều, cả 2 bệnh nhân này trước đó đều ngứa nhiều.

**Bảng 2. So sánh diện tích tổn thương sau điều trị (n=30)**

	Sau 4 tuần		Sau 8 tuần	
	n	%	n	%
CR	6	20,0	8	26,67
PR	17	56,67	18	60,0
NR	7	23,33	4	13,33
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

(Complete response-CR: sạch > 90% S cơ thể, Partial response-PR: sạch từ 50% đến 90% S cơ thể, No response-NR: sạch dưới 50% S cơ thể).

Bảng 2 cho thấy, sau 4 tuần điều trị tỷ lệ

bệnh nhân đạt PR chiếm tỷ lệ cao nhất (56,67%), sau đó đến NR chiếm (23,33%), chỉ có 6 bệnh nhân đạt CR chiếm thấp hơn (20%). Sau 8 tuần điều trị tỷ lệ bệnh nhân đạt PR chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), sau đó đến CR chiếm (26,67%), còn 4 bệnh nhân chỉ đạt NR chiếm (13,33%).

**Bảng 3. Xuất hiện tổn thương mới (n=30)**

	Sau 4 tuần		Sau 8 tuần	
	n	%	n	%
Không	23	76,67	28	93,33
Xuất hiện ít <10tt	5	16,67	2	6,67
Xuất hiện nhiều >10tt	2	6,66	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Bảng 3 cho thấy, sau 4 tuần điều trị, 23 bệnh nhân không xuất hiện thêm tổn thương mới chiếm tỷ lệ cao 76,67%, 7 bệnh nhân có xuất hiện tổn thương mới chiếm 23,33%. Sau 8 tuần điều trị chỉ còn 2 bệnh nhân xuất hiện tổn thương mới chiếm tỷ lệ thấp 6,67%.

**Bảng 4. Kết quả điều trị (n=30)**

	Đáp ứng tốt		Có đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng
	n	%	n	%	n	%	
4 tuần	6	20,0	17	56,67	7	23,33	30
8 tuần	8	26,67	20	66,67	2	6,66	30

Bảng 4 cho thấy, sau 4 tuần điều trị có 56,67% bệnh nhân có đáp ứng với điều trị, không đáp ứng chiếm (23,33%), đáp ứng tốt chiếm (20,0%). Sau 8 tuần điều trị tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị tăng (66,67%), đáp ứng tốt chiếm (26,67%), chỉ còn 2 bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ thấp (6,66%).

**Bảng 5. Tác dụng không mong muốn (n=30)**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	%
Buồn nôn	3	10,0
Nôn	0	0
Đau bụng	5	16,67
Ỉa chảy	3	10,0
Mệt mỏi	0	0
Đau đầu	0	0
Chóng mặt	0	0
Phát ban	0	0

Bảng 5 cho thấy, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất do uống azithromycin là rối loạn tiêu hóa, đau bụng chiếm (16,67%), buồn nôn và ỉa chảy (10,0%).

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh vảy phấn dạng lichen mạn tính (PLC) không có thuốc điều trị đặc hiệu. Cho đến nay, chủ yếu là điều trị triệu chứng với mục tiêu làm thuyên giảm, kéo dài thời gian ổn định bệnh và hạn chế tái phát. Việc lựa chọn biện pháp điều trị cụ thể căn cứ vào thời gian bị bệnh, đặc điểm và diện tích lan rộng của tổn thương. Các nghiên cứu về thuốc điều trị PLC đã được tiến hành từ nhiều năm nay trên thế giới nhưng chưa có nhiều nghiên cứu thử nghiệm trên số lượng lớn bệnh nhân để đưa ra kết luận chính xác về hiệu quả của mỗi loại thuốc đối với các tổn thương của PLC, đa phần chỉ là tập hợp các kinh nghiệm điều trị trên lâm sàng.

Trước khi điều trị có 12 bệnh nhân có triệu chứng ngứa (40%) trong đó có 3 bệnh nhân ngứa, gãi nhiều (10%), 9 bệnh nhân ngứa mức độ ít (30%). Sau 4 tuần điều trị bằng azithromycin triệu chứng này có cải thiện, chỉ có 3 bệnh nhân còn ngứa mức độ dao động từ ngứa ít đến nhiều, trong đó tỷ lệ bệnh nhân ngứa nhiều giảm còn 3,33%, ngứa ít còn 6,67%. Và sau 8 tuần điều trị không còn bệnh nhân nào ngứa mức độ nhiều, 2 bệnh nhân còn ngứa ít (6,67%), cả 2 bệnh nhân này trước đó đều ngứa

nhiều và hiện vẫn còn xuất hiện tổn thương mới. Tuy triệu chứng ngứa không phải là triệu chứng điển hình trong bệnh PLC, nhưng qua đó cũng có thể đánh giá điều trị bằng azithromycin cũng góp phần cải thiện triệu chứng này trên lâm sàng.

Sau 4 tuần điều trị tỷ lệ bệnh nhân đạt PR chiếm tỷ lệ cao nhất (56,67%), sau đó đến NR chiếm (23,33%), chỉ có 6 bệnh nhân đạt CR chiếm thấp hơn (20%). Sau 8 tuần điều trị tỷ lệ bệnh nhân đạt PR chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), sau đó đến CR chiếm (26,67%), còn 4 bệnh nhân chỉ đạt NR chiếm (13,33%). Theo nghiên cứu của Kenan Aydogan và cộng sự thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ khi tiến hành điều trị bệnh PL bằng NB-UVB. Trong đó có 23 bệnh nhân được chẩn đoán PLEVA và 8 bệnh nhân PLC. Kết quả ở riêng nhóm bệnh nhân PLC cho thấy số bệnh nhân đạt CR rất cao 7/8 (87,5%) với liều chiếu trung bình 18,4 J/cm<sup>2</sup> (khoảng 7,1-27,1) sau số lần chiếu trung bình là 45,8; 1 bệnh nhân đạt PR (12,5%) với liều chiếu trung bình 9,1J/cm<sup>2</sup> sau trung bình 19 lần chiếu, không có trường hợp nào không đáp ứng với liệu pháp ánh sáng này [5].

Tuy nhiên, nếu so sánh với các nghiên cứu sử dụng kháng sinh đường toàn thân khác thì không có sự khác biệt. Theo Hapa và cộng sự khi điều trị 24 bệnh nhân PL ở trẻ em bằng kháng sinh erythromycin với liều điều trị 30-50mg/kg/ngày, 64% đáp ứng tốt sau 1 tháng điều trị, 73% sau 2 tháng và 83% sau 3 tháng (bệnh nhân được coi là đáp ứng tốt với điều trị khi cải thiện >50% diện tích tổn thương) [6].

Từ kết quả này có thể thấy khi sử dụng azithromycin cho hiệu quả điều trị cao hơn erythromycin và doxycyclin với thời gian điều trị rút ngắn. Trung bình điều trị bằng erythromycin hay doxycyclin từ 4-6 tháng, với azithromycin thời gian điều trị trung bình từ 2-3 tháng. Trong các nghiên cứu chỉ ra rằng azithromycin hấp thu tốt hơn và thâm nhập mô sâu hơn so với erythromycin. Điều trị bằng azithromycin có thể có hiệu quả hơn bởi vì việc tuân thủ liều dùng duy nhất mỗi ngày (5 ngày liên tục, cách tuần 1 lần hoặc 3 ngày liên tục mỗi tuần) dễ dàng thực hiện hơn so với việc dùng 2 đến 3 lần một ngày của erythromycin, doxycyclin trong 4-6 tháng. Hơn nữa, thời gian dùng thuốc kéo dài có thể dẫn đến tâm lý hoang mang, chán nản cho người bệnh, từ đó nhiều người không tuân thủ điều trị,

bỏ điều trị giữa chừng để tìm các liệu pháp khác thay thế.

Mặc dù nguyên nhân về bệnh PL cho đến nay vẫn chưa rõ ràng, hiện vẫn chỉ là các giả thuyết, nhưng dựa trên các báo cáo từ trước đến nay có thể thấy bệnh có liên quan đến: phản ứng viêm bị kích hoạt bởi các tác nhân nhiễm khuẩn, phản ứng viêm thứ phát do loạn sản tế bào T và lắng đọng phức hợp miễn dịch. Bằng các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, đã chứng minh azithromycin không chỉ có tác dụng kháng khuẩn mà còn có tác dụng kháng viêm, điều hòa miễn dịch do có cả chống viêm. Chúng có thể ảnh hưởng trực tiếp thực bào và tế bào lympho. Ngoài ra, azithromycin có tác dụng trên chức năng bạch cầu trung tính và sản xuất các cytokine tham gia vào các đợt viêm (giảm sản xuất IL-1, IL-6, IL-8, và TNF và tăng sản xuất IL-10 và có thể, IL-4). Đối với các tế bào lympho T, azithromycin và các dẫn xuất của nó ức chế sự tăng sinh tế bào lympho T. Với những tác dụng trên, azithromycin có thể cho hiệu quả điều trị tốt với bệnh PLC nói riêng và PL nói chung.

Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu nào trên thế giới có đưa ra những số liệu chính xác về cách đánh giá, theo dõi và xếp loại kết quả điều trị bệnh PLC bằng azithromycin. Vì vậy cần tiến hành nghiên cứu kỹ hơn với cỡ mẫu lớn hơn để có kết luận chính xác hiệu quả điều trị bệnh PLC bằng azithromycin so với các phương pháp khác.

Trong các nghiên cứu trên thế giới đều quan tâm và đánh giá về tỷ lệ xuất hiện tổn thương mới trong thời gian điều trị và theo dõi tiếp đó sau đợt điều trị. Chúng tôi cũng đưa tiêu chí này vào đánh giá hiệu quả điều trị bệnh PLC bằng azithromycin trong 2 tháng thì thấy sau 4 tuần điều trị, 23 bệnh nhân không xuất hiện thêm tổn thương mới chiếm tỷ lệ cao 76,67%, 7 bệnh nhân có xuất hiện tổn thương mới chiếm 23,33%, sau 8 tuần điều trị chỉ còn 2 bệnh nhân xuất hiện tổn thương mới chiếm tỷ lệ thấp 6,67%. Các bệnh nhân này hầu hết xuất hiện tổn thương mới ở vị trí lòng bàn tay, lòng bàn chân, tay, chân 2 bên. Hơn nữa cả 2 bệnh nhân này đều có diễn biến bệnh phức tạp trước khi điều trị, trước đó đã được dùng nhiều thuốc khác nhau với chẩn đoán không phù hợp. Tại thời điểm khám và tiếp nhận điều trị theo phác đồ tại Bệnh viện Da liễu trung ương thì thấy rằng tổn thương xuất hiện nhiều, gần như dày đặc khắp toàn thân (trừ mặt, lòng bàn chân, lòng bàn tay, sinh dục) nên việc đáp ứng điều trị cũng khó khăn hơn các bệnh nhân khác. Chúng tôi có cho

bệnh nhân dùng thuốc thêm một đợt nữa và theo dõi thì thấy tổn thương cũ tiến triển tốt hơn, không thấy xuất hiện thêm tổn thương mới.

Với các kết quả trên cho thấy dùng azithromycin có hiệu quả điều trị, kiểm soát được bệnh. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do thời gian thực hiện ngắn, chưa theo dõi được bệnh nhân sau đợt điều trị để phát hiện tỷ lệ tái phát bệnh. Vì vậy cũng cần tiến hành nghiên cứu kỹ hơn trong thời gian dài hơn (6 tháng) để có kết luận chính xác.

Cũng như kháng sinh erythromycin, azithromycin dung nạp khá tốt, không gây tác dụng phụ đáng kể, một số ít có báo cáo về rối loạn tiêu hóa nhẹ (chiếm khoảng 10% các trường hợp): buồn nôn, nôn, co cứng cơ bụng, đau bụng, đi ngoài... có thể xảy ra. Một vài nghiên cứu chỉ ra azithromycin ít tác dụng phụ đường tiêu hóa, nếu có cũng nhẹ hơn erythromycin. Ngoài ra, theo khuyến cáo của cơ quan về thực phẩm và thuốc Hoa Kỳ azithromycin (zithromax hoặc zmax) có thể gây rối loạn nhịp tim, kéo dài QT, xoắn đỉnh, tăng cường nguy cơ đột tử do tim. Vì vậy, cần xem xét đặc biệt khi một bệnh nhân có nguy cơ tiềm ẩn các bệnh lý tim mạch trước khi sử dụng azithromycin [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một vài trường hợp có biểu hiện rối loạn tiêu hóa nhẹ: 10% xuất hiện triệu chứng buồn nôn, ỉa lỏng; 16,67% có đau bụng trong khoảng thời gian ngắn 1-2 ngày ngay sau khi uống azithromycin. Tất cả các bệnh nhân này đều được tư vấn trước khi dùng thuốc về các tác dụng phụ có thể xảy ra nên khi có triệu chứng đều phản ánh với chúng tôi ngay lập tức, không có bệnh nhân nào từ chối tham gia nghiên cứu vì lý do không chấp nhận được tác dụng không mong muốn của thuốc. Theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ban đầu, nên không có bệnh nhân nào có tiền sử dị ứng với kháng sinh azithromycin, cũng không có trường hợp nào xuất hiện đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi hay giảm sức nghe. Hơn nữa, bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là người trẻ tuổi, không ai có tiền sử bệnh lý tim mạch trước đó nên việc chỉ định dùng azithromycin cho bệnh nhân là an toàn, đáng tin cậy.

## V. KẾT LUẬN

- Sau 8 tuần tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị (66,67%), đáp ứng tốt chiếm (26,67%), chỉ còn 2 bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ thấp (6,66%).

- Tác dụng phụ không mong muốn: 10% có

buồn nôn, ỉa lỏng; 16,67% đau bụng trong 1-2 ngày đầu, không bệnh nhân nào từ chối điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patel DG, Kihiczak G, Schwartz RA, Janniger CK, Lambert WC (2000). Pityriasis lichenoides. *Cutis*; 65: 17-23.
2. Piamphongsant T (1974). Tetracycline for the treatment of pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol*. Sep. 91(3):319-22.
3. LeVine MJ (1983). Phototherapy of pityriasis lichenoides. *Arch Dermatol*. May. 119(5):378-80.
4. R. B Skinner and A. L. Levy (2008). Rapid

- resolution of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta with azithromycin, *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 58, no.3, pp. 524-525.
5. Aydogan K, Saricaoglu H, Turan H (2008). Narrowband UVB (311 nm, TL01) phototherapy for pityriasis lichenoides. *Photodermatol*
  6. Hapa A, Ersoys-Evans S, Karaduman A (2012). Childhood pityriasis lichenoides and oral erythromycin. *Pediatr Dermatol*; 29: 719-724.
  7. U.S Food and Drug Administration (2014). FDA Drug safety communication: Azithromycin (zithromax or Zmax) and the risk of potentially fatal heart rhythms. Accessed on August 27, 2014.

## KHẢO SÁT VI KHUẨN ESCHERICHIA COLI SINH ENZYME $\beta$ LACTAMASE PHỔ RỘNG PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Võ Thái Dương<sup>1</sup>, Đỗ Hoàng Long<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Diệu Hiền<sup>3</sup>,  
Nguyễn chí Nguyễn<sup>2</sup>, Võ Thành Trí<sup>2</sup>, Lê Trung Tín<sup>2</sup>,  
Võ Thanh Huy<sup>3</sup>, Trần Đăng Khoa<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay, một vấn đề đang được quan tâm là nhiễm khuẩn do trực khuẩn Gram âm sinh men  $\beta$ -lactamase phổ rộng. ESBL có khả năng ly giải các cephalosporins, gây nhiều khó khăn cho việc chọn lựa kháng sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) xác định tỷ lệ vi khuẩn Escherichia coli sinh ESBL, (2) khảo sát tính kháng thuốc của các chủng này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 392 chủng Escherichia coli thu thập từ nuôi cấy mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhân nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 07/2021 - 05/2022. Tiến hành thử nghiệm xác định sinh ESBL bằng 2 phương pháp đĩa kết hợp và máy tự động phoenix M50. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh ESBL của Escherichia coli là 60,7% với phương pháp đĩa kết hợp và 58,9% với máy tự động Phoenix M50. Các vi khuẩn sinh men ESBL ngoài việc đề kháng với nhóm cephalosporin cũng đề kháng với các nhóm kháng sinh khác như aminoglycosides, penicillins và fluoroquinolones đặc biệt là levofloxacin, vẫn còn nhạy cảm với nhóm Carbapenems. **Kết luận:** Vi khuẩn Escherichia coli tiết ESBL thực sự là gánh nặng trong điều trị nhiễm khuẩn. Cần phải cấy máu và làm kháng sinh đồ sớm phát hiện chủng vi khuẩn tiết ESBL để có hướng điều trị thích hợp giảm được chi phí điều trị.

**Từ khóa:** Escherichia coli, ESBL, đĩa kết hợp, máy Phoenix M50.

#### SUMMARY

#### INVESTIGATION OF ESCHERICHIA COLI'S $\beta$ LACTAMASE PRODUCTION BACILLI ISOLATED FROM CAN THO CENTER HOSPITAL

**Background:** A most important issue of bacterial infections is the actual resistance due to ESBL-producing Gram-negative bacilli. ESBLs are able to hydrolyse all cephalosporins, therefore choosing antibiotics for therapy is difficult. **Objectives:** (1) to determine the rates of Escherichia coli and their species produce ESBL (2) to determine the resistance of Gram-negative bacilli to different antibiotics. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 155 Escherichia coli strains collected from clinical specimens of infected patients at Can Tho Central General Hospital from 07/2021 - 05/2022. ESBL was detected by the combined disk test method and using the phoenix M50 automatic machine. **Results:** The proportion of Escherichia coli's ESBL production is 60.7% with the combined plate method and 58.9% with the Phoenix M50 automatic machine. They were also resistant to aminoglycosides, penicillin, and fluoroquinolones, but not Carbapenems. **Conclusion:** ESBL-producing Escherichia coli are actually burdensome for chemotherapy for bacterial infections. Prompt hemoculture and antibiogram are needed to find out the ESBL-producing bacteria and using appropriate antibiotics.

**Keywords:** Escherichia coli, ESBL, combined disk, Phoenix M50.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao (70%), một trong số các vi khuẩn chiếm ưu thế trong việc gây bệnh thường gặp là Escherichia coli (E.coli). Escherichia coli là một căn nguyên

<sup>1</sup>Phòng khám Đa khoa Phương Đức, Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thái Dương

Email: thaiduong0392@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022