

cải thiện rõ rệt. Tác giả Nguyễn Thị Thu Hải ghi nhận tốc độ dẫn truyền dây trụ cảm giác ở nhóm bệnh nhân lọc máu HDF-OL tăng từ $57,8 \pm 7,6$ tại T0 lên $60,1 \pm 6,3$ ở T6 và $61,8 \pm 7,3$ ở T12. Các chỉ số này đều tăng có ý nghĩa khi so sánh với nhóm bệnh nhân điều trị bằng biện pháp HD thường quy [1]. Tác giả Ria Arnold cũng kết luận các chỉ số điện thần kinh ở nhóm bệnh nhân lọc máu bằng HDF hoặc HD sử dụng màng lọc high flux đều đạt gần giá trị bình thường hơn nhóm lọc máu thường quy [6]. Khi phân tích về các chỉ số dẫn truyền của dây giữa, chúng tôi cũng nhận thấy kết quả tương tự như dây thần kinh trụ. Tốc độ dẫn truyền, biên độ điện thế đều tăng sau 6 tháng, thời gian tiềm cảm giác và vận động đều giảm.

Dù cho một số chỉ số điện thần kinh trung bình vẫn chưa đạt ngưỡng bình thường nhưng đều cao hơn so với thời điểm ban đầu. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kết hợp thẩm tách máu thường quy (HD) kết hợp phương pháp thẩm tách siêu lọc máu bù dịch trực tiếp (HDF-OL) có thể cải thiện được một số chỉ số dẫn truyền thần kinh, cũng như cải thiện được triệu chứng lâm sàng liên quan bệnh thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân biểu hiện rối loạn cảm giác giảm có ý nghĩa từ 75% còn 45%, rối loạn dinh dưỡng giảm từ 38,8% còn 21,25% và rối loạn phản xạ từ 35% còn 12,5%.

Đối với chỉ số điện dẫn truyền thần kinh dây

mác: tốc độ và biên độ dẫn truyền gia tăng, thời gian tiềm vận động giảm có ý nghĩa sau 6 tháng. Đối với dây chày, tốc độ dẫn truyền vận động tăng từ $30,53 \pm 8,05$ m/s lên $43,56 \pm 8,99$ m/s và biên độ tăng từ $5,04 \pm 3,16$ mV lên $7,75 \pm 4,45$ mV sau 6 tháng. Thời gian tiềm vận động dây thần kinh chày giảm không có ý nghĩa thống kê. Ở dây thần kinh trụ, biên độ dẫn truyền tăng, thời gian tiềm giảm sau 6 tháng. Ở dây giữa, các chỉ số điện dẫn truyền thần kinh cải thiện đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hải, và cs. (2013), "Biến đổi một số chỉ số điện dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân suy thận mạn thận nhân tạo chu kỳ được điều trị bằng thẩm tách siêu lọc máu", Tạp chí Y học thực hành, 878 (8), tr.60-64.
2. Nguyễn Trọng Hưng, Lê Quang Cường, và Trần Văn Chất (2007), "Nghiên cứu lâm sàng và điện sinh lý tổn thương thần kinh ngoại vi ở người suy thận mạn giai đoạn cuối chưa lọc máu chu kỳ", tạp chí Y học thực hành, 566+567 (3), tr.29-32.
3. Amy Kang, et al. (2021), "Effect of hemodiafiltration on the progression of neuropathy with kidney failure", CJASN, 16, pp.1365-1375.
4. Julian L. Seifter and Martin A. Samuels, (2019), "Neurologic complications of chronic kidney disease", Comprehensive Clinical Nephrology, 6th edition, Elsevier, USA, pp.996-1001.
5. KDIGO, (2012), "Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International, 3 (1), pp.1-150.
6. Ria Arnold, et al. (2013), "Effects of hemodiafiltration and high flux hemodialysis on nerve excitability in end-stage kidney disease", PLOS One, 8 (3), pp.59055.

ĐẶC ĐIỂM NHẠY CẢM KHÁNG SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU DO TÁC NHÂN KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Đặng Diệu Linh¹, Phùng Mạnh Thắng²,
Trần Thế Việt², Lê Nguyễn Uyên Chi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Klebsiella pneumoniae là tác nhân vi khuẩn gram âm thường gặp nhất trong nhiễm trùng cổ sâu. K. pneumoniae có các chủng đa kháng gây khó khăn trong việc chọn lựa kháng sinh điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị nhiễm trùng cổ sâu do tác nhân K.

pneumoniae tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 06/2021 đến 06/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, ghi nhận 46 bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/2021 đến 6/2022, có kết quả cấy mũ định danh K. pneumoniae và có kết quả kháng sinh đồ. **Kết quả:** K. pneumoniae nhạy cao với kháng sinh nhóm Carbapenem (93,5- 95,7%), nhóm Aminoglycoside (93,3- 93,5%), Cefoperazone/ Sulbactam (91,3%) và Tigecycline (91,3%). K. pneumoniae đa kháng chiếm tỷ lệ 32,6% gồm kiểu hình đa kháng (MDR) (26,1%) và đa kháng diện rộng (XDR) (6,5%). K. pneumoniae kiểu hình MDR (3/12 trường hợp tiết ESBL) còn nhạy 100% với kháng sinh nhóm Carbapenem. K. pneumoniae kiểu hình XDR kháng 100% với Carbapenem và chỉ nhạy với Tigecycline. Tỷ lệ bệnh

¹Trường Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Diệu Linh

Email: dangdiuolinh011110@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

nhân nhiễm trùng cổ sâu nặng là 8,7%. **Kết luận:** K. pneumoniae trong nhiễm trùng cổ sâu nhạy cao với nhiều nhóm kháng sinh. Có sự xuất hiện các chủng K. pneumoniae đa kháng trong nhiễm trùng cổ sâu. Phần lớn K. pneumoniae đa kháng còn nhạy với kháng sinh nhóm Carbapenem. Chủng K. pneumoniae kháng Carbapenem chỉ còn nhạy cảm với Tigecycline. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu nặng cao.

Từ khóa: Nhiễm trùng cổ sâu, Klebsiella pneumoniae

SUMMARY

ANTIBIOTIC SENSITIVITY PATTERN AND OUTCOME OF DEEP NECK INFECTION BY KLEBSIELLA PNEUMONIAE

Background: Klebsiella pneumoniae is the most common gram-negative bacterial pathogen in deep neck infection. K. pneumoniae has multi-drug resistant strains, which is a challenge of choosing an effective antibiotic. **Objectives:** Investigating the antibiotic sensitivity pattern and outcome of deep neck infection caused by K. pneumoniae pathogen in Cho Ray hospital from 06/2021 to 06/2022. **Methods:** Description of 46 patients with deep neck infection caused by K. pneumoniae in Cho Ray hospital from 06/2021 to 06/2022. **Results:** K. pneumoniae was highly sensitive to Carbapenems (93.5- 95.7%), Aminoglycosides (93.3- 93.5%), Cefoperazone/Sulbactam (91.3%) and Tigecycline (91.3%). K. pneumoniae resistant to multiple antibiotics accounted for 32.6%, which included MDR phenotype (26.1%) and XDR phenotype (6.5%). MDR phenotype (3/12 isolates produced ESBL) was sensitive to Carbapenems. Carbapenem-resistant K. pneumoniae were only sensitive to Tigecycline. The rate of severe deep neck infection was 8,4%. **Conclusions:** In deep neck infection, K. pneumoniae remained sensitive to several antibiotics. There was an emergence of multi-drug resistant strains. Multi-drug resistant K. pneumoniae strains were mostly sensitive to Carbapenem. Carbapenem-resistant K. pneumoniae was only sensitive to Tigecycline. The rate of severe deep neck infection was high.

Keywords: Deep neck infection, Klebsiella pneumoniae

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu là một bệnh lý nhiễm trùng nặng có nhiều biến chứng đe dọa tính mạng (22%) và tỷ lệ tử vong cao (1,4%)⁽¹⁾. K. pneumoniae là tác nhân vi khuẩn gram âm quan trọng trong nhiễm trùng cổ sâu, thường gặp ở bệnh nhân đại tháo đường. Các nghiên cứu ghi nhận vi khuẩn K. pneumoniae đề kháng nhiều nhóm kháng sinh với các chủng đa kháng ngày càng nhiều. K. pneumoniae đa kháng gây khó khăn cho bác sĩ lâm sàng trong lựa chọn kháng sinh điều trị⁽²⁾. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu này với mục tiêu là khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh và kết quả điều trị nhiễm trùng cổ sâu do tác nhân K. pneumoniae.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng Nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng cổ sâu từ 18 tuổi trở lên được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 06/2021 đến 06/2022.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm trùng cổ sâu và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 06/2021 tới 06/2022 có kết quả cấy mũ định danh vi khuẩn K. pneumoniae và có kết quả kháng sinh đồ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu hoặc bệnh nhân ung thư vùng cổ áp xe hóa hoặc bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu thứ phát sau vết thương, phẫu thuật vùng đầu cổ.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca

Các bước tiến hành. Chúng tôi ghi nhận kết quả nuôi cấy định danh K. pneumoniae và kết quả kháng sinh đồ. Phương pháp định danh vi khuẩn K. pneumoniae được tiến hành tự động trên máy VITEK 2 COMPACT và máy MALDI-TOF. Kháng sinh đồ được thực hiện tự động trên máy VITEK 2 COMPACT của hãng BioMerieux, theo tiêu chuẩn của Viện tiêu chuẩn xét nghiệm cận lâm sàng CLSI 2016. Chúng tôi ghi nhận các kiểu hình của K. pneumoniae (theo Magiorakos) gồm (1) Không đa kháng (not multidrug-resistant, NR): kháng lại ≤ 2 nhóm kháng sinh; (2) Đa kháng (multidrug-resistant, MDR): kháng lại ít nhất 1 loại trong ≥ 3 nhóm kháng sinh; (3) Đa kháng diện rộng (extensively drug resistant, XDR): kháng lại ít nhất 1 loại trong hầu hết các nhóm kháng sinh trừ ≤ 2 nhóm và (4) Kháng toàn bộ (pandrug-resistant, PDR): kháng tất cả các loại trong tất cả các nhóm kháng sinh⁽³⁾.

Phương pháp xử lý số liệu. Xử lý số liệu với phần mềm Stata 14.2. Thống kê mô tả với các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận 46 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu có kết quả cấy mũ định danh vi khuẩn Klebsiella pneumoniae (chiếm 30,7% trên tổng số các trường hợp có kết quả cấy mũ dương tính).

Bảng 1: Kết quả kháng sinh đồ của Klebsiella pneumoniae

Nhóm	Kháng sinh	n	Nhạy cảm	Không nhạy
------	------------	---	----------	------------

kháng sinh			(%)	Trung gian (%)	Kháng (%)
PNL	Ampicillin	46	0	1 (2,2)	45 (97,8)
APP/BLI	Piperacillin/Tazobactam	46	41 (89,1)	2 (4,4)	3 (6,5)
CEPHA 2	Cefuroxime	46	33 (71,7)	1 (2,2)	12 (26,1)
CEPHA 3	Ceftriaxone	39	33 (84,6)	0	6 (15,4)
	Ceftazidime	46	41 (89,1)	0	5 (10,9)
	Cefpodoxime	46	39 (84,8)	0	7 (15,2)
	Cefotaxime	46	40 (87)	0	6 (13)
CEPHA/BLI	Cefoperazone/Sulbactam	46	42 (91,3)	1 (2,2)	3 (6,5)
CAR	Imipenem	46	43 (93,5)	1 (2,2)	2 (4,3)
	Ertapenem	46	43 (93,5)	0	3 (6,5)
	Meropenem	46	44 (95,7)	0	2 (4,3)
AMI	Gentamicin	46	43 (93,5)	0	3 (6,5)
	Amikacin	30	28 (93,3)	0	2 (6,7)
QNL	Levofloxacin	28	24 (85,7)	1 (3,6)	3 (10,7)
	Ciprofloxacin	46	33 (71,7)	4 (8,7)	9 (19,6)
	Moxifloxacin	46	41 (89,1)	0	5 (10,9)
GLY	Tigecycline	46	42 (91,3)	2 (4,3)	2 (4,3)
SUL	TMP/SMX	46	38 (82,6)	0	8 (17,4)

Viết tắt: PNL: Penicillin;; APP/BLI- Antipseudomonal penicillin/ β-lactamase inhibitor; Penicillin kháng Pseudomonas/ chất ức chế β-lactamase; CEPHA 2: Cephalosporin thế hệ 2; CEPHA 3: Cephalosporin thế hệ 3; CEPHA/BLI- Cephalosporin/β-lactamase inhibitor; Cephalosporin/chất ức chế β- lactamase; CAR: Carbapenem; QNL: Quinolone; SUL: Sulfonamide; AMI: Aminoglycoside; GLY: Glycylcycline;

TMP/SMX: Trimethoprim/ Sulfamethoxazole. Klebsiella pneumoniae nhạy cao với kháng sinh Cefoperazone/Sulbactam, nhóm Carbapenem, nhóm Aminoglycoside và Tigecycline với tỷ lệ 91,3- 95,7% (Bảng 1). K. pneumoniae dễ kháng cao với Ampicillin, Cefuroxime, Ciprofloxacin và TMP/SMX với tỷ lệ không nhạy lần lượt là 100%, 28,3%, 28,3% và 17,4% (Bảng 1).

Bảng 2: Đặc điểm các kiểu hình đề kháng kháng sinh của K. pneumoniae

Kiểu hình	Nhóm kháng sinh không nhạy	n (%)
NR	PNL	30
	PNL, APP/BLI	1
MDR	PNL, QNL, SUL	1
	PNL, QNL, GLY	1
	PNL, CEPHA 2, QNL	1
	PNL, CEPHA 2, GLY	2
	PNL, CEPHA 2, QNL, SUL	3
	PNL, CEPHA 2, CEPHA 3, QNL	1
	PNL, APP/BLI, CEPHA 2, CEPHA 3, QNL ^a	1
	PNL, CEPHA 2, CEPHA 3, QNL, SUL, AMI ^a	1
	PNL, CEPHA 2, CEPHA 3, CEPHA/BLI, QNL, SUL ^a	1
	XDR	PNL, APP/BLI, CEPHA 2, CEPHA 3, CEPHA/BLI, CAR, QNL, AMI ^b
PNL, APP/BLI, CEPHA 2, CEPHA 3, CEPHA/BLI, CAR, QNL, SUL, AMI ^b		1
PNL, APP/BLI, CEPHA 2, CEPHA 3, CEPHA/BLI, CAR, QNL, SUL, AMI, GLY ^b		1*
Tổng cộng		46 (100)

^a K. pneumoniae tiết ESBL ^b K. pneumoniae kháng Carbapenem

K. pneumoniae đa kháng chiếm 32,6% bao gồm kiểu hình MDR (26,1%) và kiểu hình XDR (6,5%) (Bảng 2). Trong đó, 3 trường hợp K. pneumoniae tiết ESBL (6,5%) đều thuộc kiểu hình MDR (chú thích ^a) và 3 trường hợp K. pneumoniae kháng Carbapenem (6,5%) đều thuộc kiểu hình XDR (chú thích ^b).

Bảng 3: Độ nhạy của K. pneumoniae đa kháng đối với các nhóm kháng sinh

Kiểu hình	CEPHA3	APP/BLI	CEPHA/BLI	CAR	AMI	GLY
MDR	8/12	11/12	11/12	12/12	11/12	9/12 (75%)

	(6,67%)	(91,7%)	(91,7%)	(100%)	(91,7%)	
K. pneumoniae tiết ESBL	0	2/3 (66,7%)	2/3 (66,7%)	3/3 (100%)	2/3 (66,7%)	3/3 (100%)
XDR	0	0	0	0	0	2/3 (66,7%)

K. pneumoniae thuộc kiểu hình MDR, bao gồm cả K. pneumoniae tiết ESBL, nhạy 100% với kháng sinh nhóm Carbapenem (Bảng 3).

K. pneumoniae kháng Carbapenem, thuộc kiểu hình XDR, chỉ còn nhạy với kháng sinh nhóm Glycylcycline. Trong đó 2/3 trường hợp nhạy (Bảng 3) và 1/3 trường hợp trung gian với Tigecycline. (Bảng 2, chú thích *)

Bảng 4: Kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu do K. pneumoniae

Kết cục	n	Tỷ lệ (%)
Xuất viện/ Chuyển viện	42	91,3
Xin về	4	8,7
Tổng cộng	46	100

Trong nghiên cứu có 4 trường hợp bệnh nặng (đáp ứng kém với điều trị kháng sinh, có nguy cơ tử vong cao và xin về) chiếm tỷ lệ 8,7%. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị có cải thiện, đủ khả năng xuất viện hoặc chuyển viện là 91,3% (Bảng 3). Trong số các bệnh nhân nặng có 2/4 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu do K. pneumoniae đa kháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhạy của K. pneumoniae với kháng sinh Cefoperazone/Sulbactam, nhóm Carbapenem, nhóm Aminoglycoside và Tigecycline là 91,3-95,7% (Bảng 1). Nghiên cứu của tác giả Lê Tiến Dũng trên bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đại học Y Dược cũng ghi nhận tác nhân K. pneumoniae nhạy cao với kháng sinh nhóm Carbapenem và nhóm Aminoglycoside với cùng tỷ lệ 80% (4). Có thể thấy, K. pneumoniae trong nhiễm trùng cổ sâu nhạy cao với kháng sinh nhóm Carbapenem, nhạy cao với nhóm Aminoglycoside, nhạy cao với sự kết hợp giữa kháng sinh nhóm Cephalosporin và chất ức chế β -lactamase, nhạy cao với Tigecycline.

Chúng tôi ghi nhận K. pneumoniae đa kháng trong nhiễm trùng cổ sâu chiếm tổng cộng là 32,6% bao gồm kiểu hình MDR (26,1%) và kiểu hình XDR (6,5%). Tác giả Trương Thiên Phú trong nghiên cứu về mô hình đa kháng hằng năm tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017 đến 2019 ghi nhận tỷ lệ đa kháng của K. pneumoniae định danh được tại khoa vi sinh là 49,2-59,6% (5). Một báo cáo hệ thống nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ K. pneumoniae đa kháng trung bình trên tất cả các bệnh nhiễm trùng bệnh viện là 32,8% (6). Nhiều nghiên cứu ghi nhận K. pneumoniae đa

kháng tồn tại dưới dạng khuẩn lạc đường tiêu hóa và/hoặc gây bệnh lý nhiễm trùng trên các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như lớn tuổi, nhiều bệnh đồng mắc, nằm liệt giường, sử dụng kháng sinh phổ rộng, can thiệp phẫu thuật và các thủ thuật như đặt sonde tiểu, sonde dạ dày, thở máy, nhập ICU... (2). Các yếu tố nguy cơ này liên quan nhiều đến nhiễm trùng bệnh viện. Chỉ có một số báo cáo các ca riêng lẻ đề cập đến các trường hợp K. pneumoniae đa kháng từ cộng đồng xuất hiện trong bệnh lý nhiễm trùng tiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có thời gian ủ bệnh từ trước khi nhập viện nên đây là các nhiễm trùng có nguồn gốc từ cộng đồng. Những bệnh nhân này vẫn có một số yếu tố nguy cơ nhiễm K. pneumoniae đa kháng như lớn tuổi, nhiều bệnh đồng mắc, sử dụng kháng sinh phổ rộng. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên mô tả K. pneumoniae đa kháng trong nhiễm trùng có nguồn gốc từ cộng đồng nói chung và bệnh lý nhiễm trùng cổ sâu nói riêng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận K. pneumoniae tiết ESBL chiếm tỷ lệ 6,5% và thuộc kiểu hình MDR (Bảng 2, chú thích a). Tất cả các K. pneumoniae thuộc kiểu hình MDR đều nhạy cảm với kháng sinh nhóm Carbapenem (Bảng 3). Theo các báo cáo của WHO, tỷ lệ hiện mắc của K. pneumoniae tiết ESBL đã tăng cao lên đến 50% ở nhiều nơi trên thế giới và tỷ lệ mắc trong cộng đồng là 30%. Điều trị K. pneumoniae tiết ESBL bằng kháng sinh nhóm Carbapenem, sự kết hợp giữa kháng sinh nhóm β -lactam và chất ức chế β -lactamase (7).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận K. pneumoniae kháng Carbapenem trong nhiễm trùng cổ sâu chiếm 6,5% và đều thuộc kiểu hình XDR (Bảng 2, chú thích b). K. pneumoniae kháng Carbapenem chỉ còn nhạy với Tigecycline khi có 2/3 trường hợp nhạy (Bảng 2) và 1/3 trường hợp nhạy trung bình (Bảng 3, chú thích *). Điều trị nhiễm trùng do K. pneumoniae kháng Carbapenem bằng sự kết hợp 3 kháng sinh (Tigecyclin, Colistin và Meropenem) hoặc tăng liều Tigecyclin (200 mg/24 giờ với liều đầu tiên là 400 mg) (2).

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nặng (đáp ứng kém với điều trị kháng sinh, có nguy cơ tử vong cao và xin về) trong nhiễm trùng cổ sâu chiếm 8,4%. Trong đó có 2/4 trường hợp nhiễm K. pneumoniae đa kháng. Nghiên cứu của tác giả

Velhonoja ghi nhận tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu do tất cả các tác nhân là 1,4% ⁽¹⁾. Nguy cơ nhiễm trùng cổ sâu diễn tiến nặng, tử vong có thể liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng như bệnh lý đồng mắc, biến chứng, đáp ứng của bệnh nhân với điều trị nội khoa và điều trị ngoại khoa,... K. pneumoniae đa kháng có thể dẫn đến sự thất bại của liệu pháp kháng sinh ban đầu, làm tăng nguy cơ bệnh diễn tiến nặng và nguy cơ tử vong.

V. KẾT LUẬN

K. pneumoniae trong nhiễm trùng cổ sâu nhạy cảm cao với kháng sinh nhóm Carbapenem, nhóm Aminoglycoside, kháng sinh Cephalosporin kết hợp với chất ức chế β- lactamase và Tigecycline. Các chủng K. pneumoniae đa kháng xuất hiện với tỷ lệ cao. Phần lớn K. pneumoniae đa kháng nhạy với kháng sinh nhóm Carbapenem. Chủng K. pneumoniae kháng Carbapenem chỉ còn nhạy cảm với Tigecycline. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu nặng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Velhonoja J, Lääveri M, Soukka T, Irjala H, Kinnunen I.** Deep neck space infections: an upward trend and changing characteristics. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2020/03/01 2020;277(3):863-872. doi:10.1007/s00405-019-05742-9

2. **Bassetti M, Righi E, Carnelutti A, Graziano E, Russo A.** Multidrug-resistant Klebsiella pneumoniae: challenges for treatment, prevention and infection control. *Expert Review of Anti-infective Therapy.* 2018/10/03 2018;16(10):749-761. doi:10.1080/14787210.2018.1522249

3. **Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, et al.** Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect.* Mar 2012;18(3):268-281. doi:10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x

4. **Lê Tiên Dũng.** Viêm phổi cộng đồng: đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh in vitro tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM. *Thời sự Y học,* tháng 10/2017. 2017, <http://hoiyoctphcm.org.vn/wp-content/uploads/2018/05/11F-PGS-D%C5%A9ng-VPC%C4%90-5tr64-68.pdf>:64-67.

5. **Trương Thiên Phú, Lê Phương Mai, Ngô Minh Quân, et al.** Mô hình vi khuẩn đa kháng tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017-2019. 2019,

6. **Mohd Asri NA, Ahmad S, Mohamud R, et al.** Global Prevalence of Nosocomial Multidrug-Resistant Klebsiella pneumoniae: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021;10(12):1508. <https://www.mdpi.com/2079-6382/10/12/1508>

7. **Wang G, Zhao G, Chao X, Xie L, Wang H.** The Characteristic of Virulence, Biofilm and Antibiotic Resistance of Klebsiella pneumoniae. 2020;17(17):6278. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6278>

TỶ LỆ CHẤP NHẬN ĐẶT QUE CÂY TRÁNH THAI IMPLANON CỦA SẢN PHỤ SAU SINH 6-12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN MÊKÔNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ chấp nhận đặt que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 393 sản phụ sau sinh 6-12 tuần đến khám tại bệnh viện phụ sản MêKông, 18 tuổi trở lên, từ tháng 11/2021 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ sau sinh 6-12 tuần chấp nhận đặt que cấy tránh thai (QCTT) là 21,2%. Tuổi trung bình là 31 ±4; 75,3% sản phụ có trình độ văn hóa trên lớp 12; 46,4% sản phụ có 1 con; 77,6% sản phụ có sử dụng biện pháp tránh thai trước lần sinh này. Tỷ lệ sản phụ có kiến thức đúng về QCTT là 32,3%, có thái độ tốt về QCTT

Nguyễn Hồng Hoa¹, Đinh Thị Vân Khanh²

là 41,5%. Sản phụ có kiến thức đúng có tỷ lệ chấp nhận QCTT cao gấp 3,08 lần so với sản phụ có kiến thức kém với PR=3,08; KTC 95% (2,44 – 3,88); p<0,001. **Kết luận:** Cần nâng cao kiến thức về QCTT cho các sản phụ qua việc tư vấn cho phụ nữ về QCTT từ khi khám thai, ngay sau sinh trước xuất viện và những lần tái khám sau sinh.

Từ khóa: tỷ lệ chấp nhận, kiến thức, thái độ, que cấy tránh thai, Implanon, sản phụ sau sinh, Bệnh viện MêKông.

SUMMARY

ACCEPTABILITY OF IMPLANON SUBDERMAL IMPLANT AMONG 6-12 WEEKS POSTPARTUM WOMEN AT MEKONG HOSPITAL

Objective: To determine the acceptability of Implanon subdermal implant in 6-12 week-postpartum women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 393 postpartum women who visited MeKong hospital after giving-birth 6-12 weeks, 18 years of age or older, from November 2021 to June

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Phụ sản Mê Kông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022