

quả là ung thư biểu mô thanh dịch hay gặp nhất, sau đó đến ung thư biểu mô nhầy và ung thư biểu mô dạng lạc nội mạc tử cung.

V. KẾT LUẬN

- U biểu mô buồng trứng có thể gặp các lứa tuổi chủ yếu trong độ tuổi sinh sản (từ 20-49 tuổi). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân UBT ác tính cao hơn nhóm lành tính. Vậy là, khi có u buồng trứng, với bệnh nhân tuổi cao thì nguy cơ ác tính cũng cao hơn.

- Siêu âm có thể sơ bộ chẩn đoán các loại u buồng trứng và tính chất lành hay ác tính dựa. Tính chất khối u dạng hỗn hợp gợi ý hình ảnh ác tính.

- CLVT/ MRI giúp ích trong việc phân biệt các loại u buồng trứng nói chung và các thể bệnh của u biểu mô buồng trứng nói riêng. Thành phần hỗn hợp (cả phần tổ chức và phần nang) và tổ chức ngấm thuốc gợi ý nhiều đến ác tính.

- Với dấu ấn sinh học CA125 và HE4, giá trị trung bình tăng theo mức độ ác tính của u biểu mô buồng trứng.

- Đặc điểm về mô bệnh học: u biểu mô thanh dịch buồng trứng chiếm tỷ cao nhất trong u biểu mô buồng trứng nói chung; u biểu mô giáp biên và ác tính nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự.** (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide

for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 71(3), 209–249.

2. **Nguyễn Hải Linh.** Nghiên Cứu Một Số Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Phương Pháp Phẫu Thuật Các Khối u Buồng Trứng Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Từ Tháng 1- 2012 Đến Tháng 12- 2012. Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
3. **Nguyễn Tuấn Minh.** Một Số Đặc Điểm Lâm Sàng và Phương Kết Quả Phẫu Thuật U Biểu mô Buồng Trứng Tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội. Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
4. **Philip J. DiSaia** (1994). Ovarian neoplasm, Danforths obstetrics and gynecology edition, seventh. J.B Lippincott company Philadelphia,, 977-1016
5. **Lê Quang Vinh.** Nghiên cứu hình thái học u biểu mô buồng trứng. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.
6. **Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu giá trị của CA125 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
7. **Ohya A. và Fujinaga Y.** (2022). Magnetic resonance imaging findings of cystic ovarian tumors: major differential diagnoses in five types frequently encountered in daily clinical practice. Jpn J Radiol, 40(12), 1213–1234.
8. **Bischof P., Tseng L., Brioschi P.A. và cộng sự.** (1986). Cancer antigen 125 is produced by human endometrial stromal cells. Hum Reprod Oxf Engl, 1(7), 423–426.
9. **Kenemans P., Yedema C.A., Bon G.G. và cộng sự.** (1993). CA 125 in gynecological pathology--a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 49(1–2), 115–124.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 199 - BỘ CÔNG AN

Trần Ngọc Hải¹, Trần Nam Chung¹,
Võ Đăng Linh¹, Nguyễn Thị Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và sự phân bố các loại vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện 199 Đà Nẵng và đánh giá mức độ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn đó. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các chủng vi khuẩn phân lập được từ các loại bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện 199 trong khoảng thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Tỉ lệ nhiễm khuẩn của các bệnh phẩm là 88,2%.

Có 8 chủng vi khuẩn gây bệnh, trong đó Pseudomonas spp và Streptococcus spp là hai tác nhân thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ tương ứng là 44,8% và 35,8%. Một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp khác là Staphylococcus, Enterobacter, Klebsiella, Acinobacter, Proteus với tỉ lệ từ 1,5 đến 9,0%. Các vi khuẩn đề kháng kháng sinh cao, cụ thể 88,1% vi khuẩn có kháng kháng sinh, trong đó trên 80% đa kháng (kháng từ 3 kháng sinh trở lên). Trong hai vi khuẩn thường gặp, Pseudomonas spp đề kháng hoàn toàn với Ampicillin, Ticarcillin (100 %); đề kháng cao với Trimethoprim-Sulfamethoxazole (76,5%); Amoxicillin/Clavulanic acid (AC), Lindamycin, Penicillin (66,5%); còn nhạy cảm với Vancomycin, Ofloxacin (100%); Amikacin (92,6%); Colistin (91,3%). Streptococcus spp đề kháng hoàn toàn với nhiều kháng sinh như Ampicillin, Cefuroxin, Ceftriaxone, Ticarcillin, Ticarcillin - Clavulanic acid, Optocin, Bacitracin (100%), đề kháng cao với Norfloxacin (75%), Teracilin (68,7 %),

¹Bệnh viện 199 Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Hải

Email: bienngoclab2@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

còn nhạy cảm với Tobramycin, Piperacillin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Ceftazidime (100%). **Kết luận:** Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Pseudomonas* spp, *Streptococcus* spp, *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Proteus*. Các vi khuẩn phân lập được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng, tỉ lệ đa kháng kháng sinh cao. **Từ khóa:** vi khuẩn, kháng kháng sinh, bệnh viện 199

SUMMARY

DISTRIBUTION AND ANTIBIOTIC RESISTANCE CHARACTERISTICS OF BACTERIA ISOLATED FROM PATIENTS AT HOSPITAL 199

Objective: This study aimed to assess the prevalence and distribution of pathogenic bacteria isolated at Hospital 199, as well as evaluate the antibiotic resistance levels exhibited by these bacterial strains. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, involving all bacterial strains isolated from different types of clinical specimens collected from patients undergoing treatment at Hospital 199 during the period from December 2022 to August 2023. **Results:** The findings revealed an infection rate of 88,2% among the clinical specimens. Eight strains of pathogenic bacteria were identified, with *Pseudomonas* spp and *Streptococcus* spp being the most prevalent, accounting for 44.8% and 35.8% respectively. Other frequently encountered pathogenic bacteria included *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, and *Proteus*, with proportions ranging from 1,5% to 9%. The bacterial strains exhibited high levels of antibiotic resistance, with 88,1% showing resistance, and more than 80% demonstrating multidrug resistance (resistant to three or more antibiotics). *Pseudomonas* spp displayed complete resistance to Ampicillin and Ticarcillin (100%), *Pseudomonas* spp. is susceptible to antibiotics such as Vancomycin, Ofloxacin (100%); Amikacin (92,6%); Colistin (91,3%); Piperacillin, Cefuroxim, Imipenem (80%). *Streptococcus* spp exhibited complete resistance to multiple antibiotics including Ampicillin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ticarcillin, Ticarcillin - Clavulanic acid, Optochin, and Bacitracin (100%), along with susceptible to Tobramycin, Piperacillin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Ceftazidime (100%); Vancomycin (90,9%); Cloramphenicol (80%). **Conclusion:** The most commonly encountered pathogenic bacteria were *Pseudomonas* spp, *Streptococcus* spp, *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinetobacter*, and *Proteus*. The isolated bacteria exhibited resistance to multiple commonly used antibiotics, with a high prevalence of multidrug resistance. **Keywords:** Bacteria, antibiotic resistance, hospital 199

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang đối mặt với một tình trạng lo ngại về vi khuẩn kháng kháng sinh. Sự gia tăng đáng kể của vi khuẩn đề kháng kháng sinh đang gây ra những thách thức lớn trong việc điều trị

các bệnh nhiễm trùng. Tình trạng này đã dẫn đến sự giảm hiệu quả của các loại kháng sinh thông thường và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nặng do vi khuẩn kháng kháng sinh. Để sử dụng kháng sinh hợp lý thì phải dựa trên kết quả xét nghiệm vi sinh, tuy nhiên nhiều trường hợp bác sĩ phải quyết định điều trị dựa vào kinh nghiệm trước khi có kết quả, nhưng điều này chỉ có tác dụng nếu được áp dụng từ các nghiên cứu về tình trạng kháng kháng sinh của từng loại vi khuẩn tại cơ sở mình điều trị. Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định tình hình các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp, cũng như tính kháng thuốc của chúng tại bệnh viện 199. Từ đó góp phần giúp các bác sĩ lựa chọn kháng sinh hợp lý, hiệu quả hơn cho bệnh nhân bị nhiễm khuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Tất cả các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện 199 từ tháng 12/2022 đến tháng 8/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh. Kháng sinh đồ sẽ được thực hiện trong quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tất cả các mẫu đạt tiêu chuẩn nghiên cứu

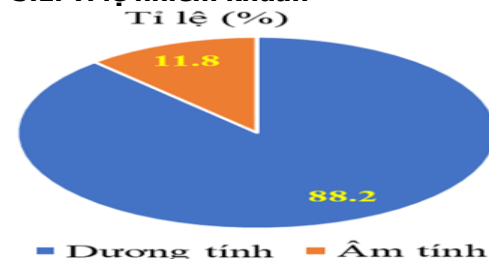
Quy trình nuôi cấy vi khuẩn, định danh và kháng sinh đồ: theo Hướng dẫn thực hành kỹ thuật Vi sinh lâm sàng, Bộ Y Tế (Quyết định 1539/QĐ-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y Tế) [1]

Xử lý số liệu: Phương pháp thống kê y học, nhập dữ liệu vào Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 76 trường hợp được thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh phẩm được nuôi cấy phân lập và làm kháng sinh đồ.

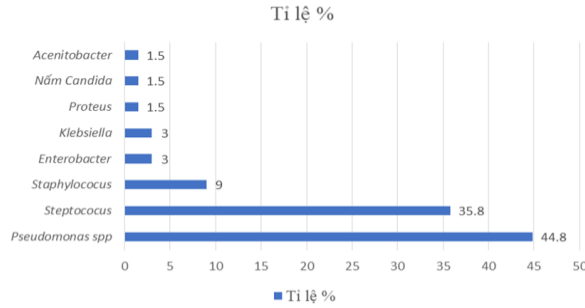
3.1. Tỉ lệ nhiễm khuẩn



Biểu đồ 1: Tỉ lệ cấy dương tính của các bệnh phẩm

Nhận xét: Trong tổng số 76 bệnh nhân được nuôi cấy phân lập, kết quả cấy dương tính chiếm tỷ lệ cao với 67/76 trường hợp, chiếm tỉ lệ 88,2%.

3.2. Phân bố các tác nhân gây bệnh thường gặp



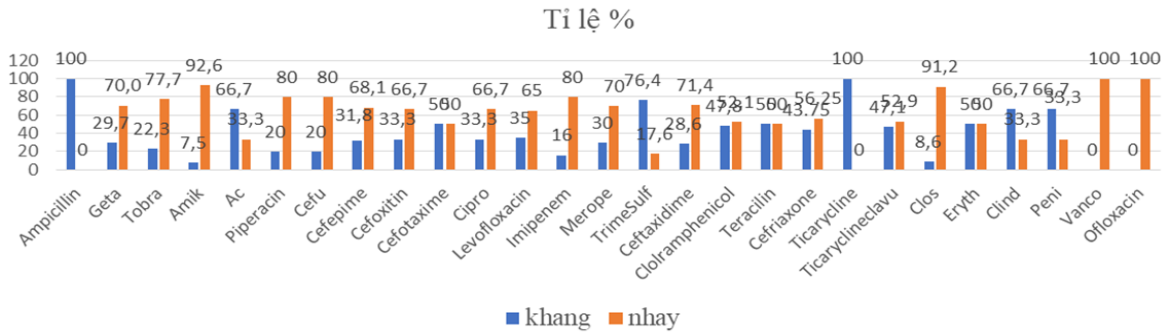
Biểu đồ 2: Phân bố các tác nhân gây bệnh thường gặp

Nhận xét: Có 8 căn nguyên nhiễm khuẩn là: Pseudomonas spp, Streptococcus spp, Acenitobacter, Staphylococcus, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Candida. Pseudomonas spp là vi khuẩn gặp nhiều nhất, với 30/67 trường hợp chiếm tỉ lệ 44,8%. Tiếp theo là vi khuẩn Streptococcus spp với tỉ lệ 35,8% (24/67).

3.3. Tỉ lệ kháng kháng sinh. Tỉ lệ kháng kháng sinh và đa kháng kháng sinh: 59/67 trường hợp có kết quả kháng sinh đồ là kháng, chiếm tỉ lệ cao 88,1%. Trong 59 trường hợp này, tỷ lệ vi khuẩn kháng từ 3 loại kháng sinh trở lên, gọi là đa kháng kháng sinh là 50 trường hợp, chiếm 84,7%.

3.4. Đề kháng kháng sinh của hai loại vi khuẩn thường gặp

Đề kháng kháng sinh của Pseudomonas spp

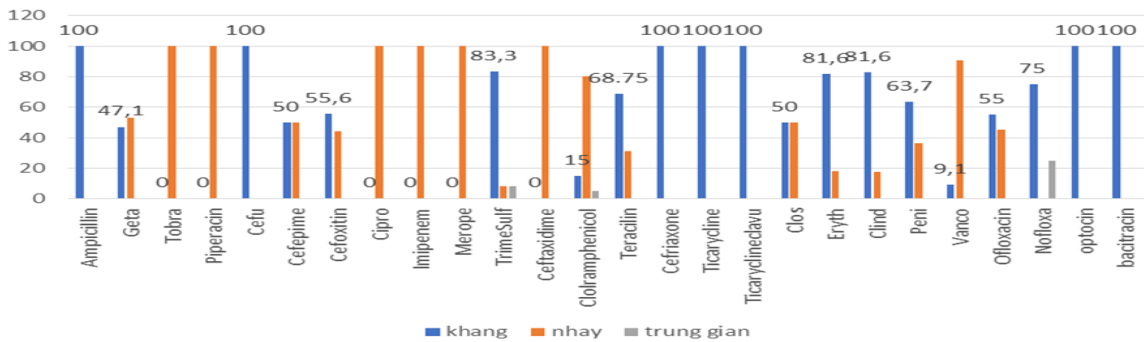


Biểu đồ 4: Đề kháng kháng sinh của Pseudomonas spp

Nhận xét: Pseudomonas spp đề kháng hoàn toàn với Ampicillin, Ticarcillin 100%; đề kháng cao với Trimethoprim-Sulfamethoxazole, Amoxicillin/Clavulanic Acid, Clindamycin, Penicillin, Cefotaxime, Erythromycin (từ 50-76,5%). Pseudomonas spp nhạy cảm với các

loại kháng sinh như Vancomycin, Ofloxacin 100%; Amikacin 92,6%; Colistin 91,3%; Piperacillin, Cefuroxim, Imipenem 80%.

Đề kháng kháng sinh của Streptococcus spp



Biểu đồ 5: Đề kháng kháng sinh của Streptococcus spp

Nhận xét: Streptococcus spp đề kháng hoàn toàn với với Ampicillin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ticarcillin, Ticarcillin - Clavulanic acid, Optocin, Bacitracin chiếm 100%. Đề kháng cao với Norfloxacin, Tetracilin, Cefepime,

Oflocacin (55% -75%). Steptococcus spp nhạy cảm 100% với Tobramycin, Piperacillin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Ceftazidime; 90,9 % Vancomycin; 80% Cloramphenicol; 50% với Colistin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tại bệnh viện.

Trong tổng số 76 mẫu nuôi cấy phân lập vi khuẩn có 67 mẫu dương tính, chiếm tỷ lệ 88,2%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương trong tổng số 250 mẫu thì có 173 mẫu dương tính chiếm tỷ lệ (69,2%) [2], nghiên cứu Phạm Minh Quân (2022) Bệnh viện Cần thơ thấy tỷ lệ nuôi cấy đằm, dịch hút khí quản dương tính là 70,6 % [3]. Lý giải cho sự khác nhau này có thể do thời gian và đối tượng nghiên cứu khác nhau, trong nghiên cứu của chúng tôi thì đối tượng là những bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn nên tỷ lệ phân lập được vi khuẩn cũng cao hơn.

4.2. Phân bố tác nhân gây bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là *Pseudomonas spp* và *Streptococcus spp* với tỷ lệ tương ứng là 44,8% và 35,8%. So với các nghiên cứu khác thì tỷ lệ các căn nguyên gây bệnh có sự khác nhau giữa các địa phương, đối tượng nghiên cứu. Ví dụ nghiên cứu của Mai Thị Hiếu (2014) tỷ lệ phân lập được *Streptococcus spp* 16,2% [4], nghiên cứu của Phạm Minh Quân [3] tỷ lệ phân lập *Streptococcus spp* 47,2 %.

4.3. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn. Trong nghiên cứu này tỷ lệ đề kháng kháng sinh 88,1% và đa kháng kháng sinh chiếm từ 84,7%, đây là tỷ lệ kháng kháng sinh chung trong cơ cấu bệnh nhiễm khuẩn, theo nhóm nghiên cứu quốc gia GAPD - Việt Nam và Ts Nguyễn Văn Kính (2010) phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam thì tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các cầu khuẩn gram dương là 71,4% - 92,1% [5], nghiên cứu của Đoàn Ngọc Ánh (2022) tại bệnh viện tim mạch An Giang tỷ lệ kháng kháng sinh của trực khuẩn gram âm từ 64,7% đến 96,7% [6]. Việc đánh giá, phân tích mức độ đề kháng và đa kháng kháng sinh của vi khuẩn là quan trọng để xác định các phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho các bệnh nhiễm trùng, khi các vi khuẩn trở nên đa kháng kháng sinh thì việc điều trị nhiễm trùng có thể khó khăn và đòi hỏi bác sĩ sẽ sử dụng các loại kháng sinh thế hệ mới hoặc các phương pháp điều trị thay thế khác.

4.4. Đề kháng kháng sinh của hai loại vi khuẩn thường gặp

Đề kháng kháng sinh của *Pseudomonas*

spp: Kết quả nghiên cứu này cho thấy rằng *Pseudomonas spp* đề kháng cao nhất với Ampicillin, Ticarcillin 100%; Trimethoprim - Sulfamethoxazole 76,5%; Amoxicillin/Clavulanic

acid, Clindamycin, Penicillin 66.5%; Cefotaxim, Erythromycin 50%, phù hợp với nghiên cứu Parisa Bonyadi (2022) Cefotaxime có tỷ lệ kháng sinh cao nhất 67%, [7], một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Héctor Sambrano cũng cho thấy *Pseudomonas* đề kháng với Ampicillin là 69%, với Trimethoprim là 65% [8]. *Pseudomonas spp* là tác nhân gây ra nhiều loại nhiễm trùng khác nhau đặc biệt gây nhiễm trùng ở đường hô hấp, là một trong những nguyên nhân chính gây nhiễm khuẩn Bệnh viện, là "nhóm ưu tiên quan trọng" vì sự lây lan của vi khuẩn và kháng kháng sinh gây ra mối đe dọa đáng kể về tỷ lệ mắc bệnh, đa kháng thuốc và tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới [9]. Trong nghiên cứu này *Pseudomonas spp* đề kháng với các kháng sinh thông thường, trong đó nhóm Beta- lactam đã đề kháng 100%, vì vậy để điều trị hiệu quả tốt nhất các nhiễm khuẩn *Pseudomonas spp* là cần phân lập vi khuẩn làm kháng sinh đồ trước khi sử dụng kháng sinh.

Đề kháng kháng sinh của *Streptococcus*

spp: Kết quả cho thấy vi khuẩn *Streptococcus spp* đề kháng hoàn toàn với Ampicillin, Cefuroxim, Ceftriaxone, Ticarcillin, Ticarciline - Clavulanic acid, Optocin, Bacitracin chiếm 100%, Trimethoprim 88,1%. So với nghiên cứu của Gulsen Hascelik [10] trên 272 bệnh phẩm được phân lập, tỷ lệ kháng kháng sinh của *Streptococcus spp* với các kháng sinh như Tetracyclin (63,5%), Trimethoprim (48%), Penicillin-oral (30,4%), Erythromycin (21,7%), Clindamycin (15,8%), Ciprofloxacin (5,9%), Penicillin (5,5%), Cefotaxim (2,2%) cho thấy tỷ lệ kháng kháng sinh ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Đây là vấn đề cần được quan tâm vì việc sử dụng thuốc kháng sinh ở Việt Nam vẫn chưa được kiểm soát, người dân có thể tự mua kháng sinh dù không có đơn thuốc, sử dụng kháng sinh không đủ thời gian và liều lượng. Một số kháng sinh còn có tỷ lệ nhạy cao là Tobramycin, Piperacillin, Ciprofloxacin, Imipenem, Meropenem, Ceftazidime (100%). Như vậy đây là cơ sở để lựa chọn kháng sinh đầu tay khi điều trị các nhiễm trùng do *Streptococcus spp*.

V. KẾT LUẬN

Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất là *Pseudomonas spp*, *Streptococcus spp*, *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Acinobacter*, *Proteus*. Các vi khuẩn phân lập được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng, tỷ lệ đa kháng kháng sinh cao, do đó tất cả

các bệnh nhân khi vào điều trị tại bệnh viện có dấu hiệu nhiễm khuẩn cần phải chỉ định nuôi cấy, phân lập, định danh vi khuẩn và làm kháng đồ trước khi sử dụng kháng sinh. Đối với những bệnh nhân khi chưa làm được kháng sinh đồ cần cần nhắc, thận trọng kê đơn thuốc kháng sinh khởi đầu, phù hợp hạn chế sử dụng các kháng sinh có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao.

Hai loại vi khuẩn gặp nhiều nhất là Streptococcus spp còn nhạy cảm cao với các kháng sinh như Ciprofloxacin, Ceftazidime; Pseudomonas spp nhạy cảm với các loại kháng sinh như Vancomycin, Ofloxacin (100%), vì vậy việc lựa chọn các kháng sinh có tính nhạy cảm cao sẽ là giải pháp tốt nhất khi điều trị các bệnh nhiễm khuẩn tại bệnh viện. Tuy nhiên nghiên cứu được thực hiện trên số lượng mẫu hạn chế, do đó cần các nghiên cứu lớn hơn để có định hướng tốt nhất cho các bác sỹ lâm sàng khi lựa chọn kháng sinh điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2020). Quyết định 5632/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện".
2. **Nguyễn Thị Phương và cs** (2020). "Khảo sát đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập tại bệnh viện Hoàn Mỹ Vạn phúc 2, năm 2019-2020". Tạp chí Y học Việt Nam tập 496 - tháng 11- số đặc biệt 2020.
3. **Phạm Minh Quân** (2022). "Tác nhân vi sinh vật

và kết quả điều trị ở trẻ viêm phổi có suy hô hấp tại bệnh viện nhi đồng cần thơ, năm 2022". Tạp chí Y dược học Cần Thơ - số 52/2022.

4. **Mai Thị Hiếu, Nguyễn Văn An, Kiều Chí Thành** (2014). "Nghiên cứu tỷ lệ phân lập và tính kháng kháng sinh của các chủng Streptococcus pneumoniae phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp của trẻ dưới 5 tuổi bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại Bệnh Viện nhi Thanh Hoá từ tháng 6/2013 - 1/2014". Tổng hội Y học Việt Nam tập 447- tháng 10- số 1 năm 2016.
5. **Nguyễn Văn Kính** (2010). "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam". Global Antibiotic Resistance Partnership, pp. 3 - 4.
6. **Đoàn Ngọc Ánh** (2022). "Khảo sát sự phân bố và đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn thường gặp ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn tại Bệnh viện tim mạch An Giang từ tháng 10/2020-10/2022".
7. **Bonyadi P, Saleh NT, Dehghani M, Yamini M, Amini K** (2022). "Prevalence of antibiotic resistance of Pseudomonas aeruginosa in cystic fibrosis infection: A systematic review and meta-analysis". Microb Pathog. doi: 10.1016/j.micpath.2022.105461.
8. **Sambrano H, Castillo JC, Ramos CW, de Mayorga B, Chen O, Durán O, Ciniglio C, Aguilar C, Cisterna O, de Chial M** (2021). "Prevalence of antibiotic resistance and virulent factors in nosocomial clinical isolates of Pseudomonas aeruginosa from Panamá". Braz J Infect Dis. doi: 10.1016/i.biid.2020.11.003.
9. **Reia S, Le Gouellec A, Blevés S** (2022). "What Is New in the Anti-Pseudomonas aeruginosa Clinical Development Pipeline Since the 2017 WHO Alert? Front Cell Infect Microbiol". doi: 10.3389/fcimb.2022.909731.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BN RỐI LOẠN NHỊP THẤT KÈM BỆNH MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phan Đình Phong¹, Phan Việt Tâm Anh², Nguyễn Hữu Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị BN rối loạn nhịp (RLN) thất kèm bệnh mạch vành tại bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán RLN thất, phân loại \geq Lown 2 tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. BN được chụp động mạch vành (ĐMV) qua đường ống thông và đánh giá kết quả chụp bằng phương pháp QCA, kết quả 31 bệnh nhân có hẹp ĐMV \geq 70%. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được điều trị bằng

các phương pháp: điều trị nội khoa, điều trị bằng năng lượng sóng có tần số Radio(RF) và nhóm phối hợp cả 2 phương pháp trên. Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị RLN thất sớm tại thời điểm BN xuất viện. **Kết quả:** Các phương pháp điều trị chung của nhóm nghiên cứu: Điều trị nội khoa chiếm 19.4 %, triệt đốt bằng RF 9.6 %, can thiệp ĐMV kèm điều trị nội khoa chiếm 71 %. Kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu cho thấy tỷ lệ điều trị hiệu quả RLN thất chiếm 80.6%, trong đó BN sau điều trị ngoại tâm thu thất hết hoàn toàn chiếm tỷ lệ 51.6%, và có 06 BN kết quả điều trị không thay đổi chiếm 19.4%. Ở nhóm bệnh nhân vẫn có RLN thất sau điều trị chiếm 48.4%, trong đó có 29% BN ghi nhận số lượng RLN thất giảm, và 19.4 % BN có số lượng ngoại tâm thu thất (NTTT) không thay đổi. Tỷ lệ BN được đặt Stent ĐMV chiếm 71% và có 10 BN không can thiệp ĐMV chiếm 29%. Ở nhóm được can thiệp đặt Stent ĐMV tỷ lệ điều trị hiệu quả RLN thất chiếm 76.2%, trong đó điều trị thành công chiếm tỷ lệ 57.1%. **Kết luận:** Tỷ lệ điều trị hiệu quả RLN

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện HNĐK Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023