

Trong nghiên cứu của Kensuke Takagi⁶, sau khi phân tích đa biến, nhóm tác giả trên ghi nhận PSTM thất trái < 40%, phân độ killip \geq II, eGFR < 60 ml/ph/1,73m², can thiệp nhánh LAD/LCx/LM và tăng huyết áp là yếu tố dự đoán độc lập của tử vong nội viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố trên chưa có đủ giá trị dự đoán về mặt thống kê, điều này có thể đến từ cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế và sự khác biệt trong các tiêu chí chọn mẫu giữa các nghiên cứu. Nhìn chung, chỉ riêng PSTM thất trái \leq 40% đã là một yếu tố dự đoán độc lập về tử vong ngắn hạn lẫn dài hạn qua nhiều công trình nghiên cứu⁸. So với nhóm bệnh nhân NMCT có PSTM thất trái > 40%, bệnh nhân có PSTM thất trái giảm thường nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn, do đó đây là nhóm bệnh nhân cần được chú ý điều trị tích cực hơn để cải thiện tiên lượng sống còn⁹.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái \leq 40% sau CTMV qua da là 8,89%. Các bệnh nhân này nhập viện với tình trạng lâm sàng nặng nề hơn với tỉ lệ bệnh nhân có độ Killip \geq II cao (40,7%), tỉ lệ choáng tim (9,76%) và tỉ lệ xuất hiện các biến cố nội viện cao hơn. Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzoq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. Feb 22 2022;145(8):e153-e639. doi:10.1161/CIR.0000000000001052.
2. McNamara RL, Kennedy KF, Cohen DJ, Diercks DB, Moscucci M, Ramee S, et al.

- Predicting In-Hospital Mortality in Patients With Acute Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2016; 68(6):626-35. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.05.049>.
3. Hanada K, Sasaki S, Seno M, et al. Reduced Left Ventricular Ejection Fraction Is a Risk for Sudden Cardiac Death in the Early Period After Hospital Discharge in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circ J*. Mar 18 2022;doi:10.1253/circj.CJ-21-0999.
4. Velazquez EJ, Francis GS, Armstrong PW, et al. An international perspective on heart failure and left ventricular systolic dysfunction complicating myocardial infarction: the VALIANT registry. *Eur Heart J*. Nov 2004;25(21):1911-9. doi:10.1016/j.ehj.2004.08.006.
5. Ali M, Lange SA, Wittlinger T, Lehnert G, Rigopoulos AG, Noutsias M. In-hospital mortality after acute STEMI in patients undergoing primary PCI. *Herz*. Dec 2018;43(8):741-745. Krankenhausmortalitat nach akutem STEMI bei Patienten mit primarer PCI. doi:10.1007/s00059-017-4621-y.
6. Takagi K, Tanaka A, Yoshioka N, et al. In-hospital mortality among consecutive patients with ST-Elevation myocardial infarction in modern primary percutaneous intervention era ~ Insights from 15-year data of single-center hospital-based registry ~. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252503.
7. Trần Anh Tuấn (2022). Tỉ lệ và tiên lượng ngăn ngừa của tái tưới máu không hoàn toàn trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược TPHCM.
8. Hall TS, von Lueder TG, Zannad F, et al. Relationship between left ventricular ejection fraction and mortality after myocardial infarction complicated by heart failure or left ventricular dysfunction. *Int J Cardiol*. Dec 1 2018;272:260-266. doi:10.1016/j.ijcard.2018.07.137.
9. Wohlfahrt P, Jenca D, Melenovskiy V, et al. Trajectories and determinants of left ventricular ejection fraction after the first myocardial infarction in the current era of primary coronary interventions. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:1051995. doi:10.3389/fcvm.2022.1051995.

BÁO CÁO LOẠT CA: VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Thị Thúy Tường^{1,2}, Trần Gia Bảo¹, Nguyễn Thị Thúy Hằng¹, Lê Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Tường

Email: tranthithuytuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm dịch tễ, yếu tố nguy cơ, lâm sàng, vi sinh, viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) nặng do acinetobacter baumannii (AB) tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu các trường hợp nhiễm VPCĐ nặng do AB trong 2 năm (1/2022-12/2023). **Kết quả:** Trong 48 BN VPCĐ do AB, có 14 ca thỏa tiêu chuẩn nặng. Đa đa số BN (BN) là nam (13/14), tuổi trung bình 70, tiền căn hút thuốc lá, bệnh phổi mạn (57,4%), có hai yếu tố nguy cơ trở lên (>90%). Tất cả các ca nặng đều xuất hiện trong các

tháng mùa khô tại TPHCM từ tháng 10 đến tháng 4 năm sau đó. Có 10 BN có kết quả cấy đàm, một cấy máu, 3 BN dương tính cả hai. 13 BN thở máy xâm lấn, 12 người phải dùng vận mạch, tỷ lệ tử vong 85,71% (12/14), tỷ lệ đề kháng kháng sinh của AB cộng đồng cao, kháng trên 60% với hầu hết các nhóm kháng sinh. Tất cả BN đều được nhân kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu gồm Cephalosporin thế hệ ba, carbapenem, quinolon, Penicillin phổ rộng/ ức chế beta lactamase, glycopeptid. **Kết luận:** VPCĐ nặng do AB chủ yếu xảy ra vào mùa khô, tỷ lệ tử vong và đề kháng kháng sinh cao. Yếu tố nguy cơ liên quan chủ yếu đến hút thuốc lá, chẩn đoán và thay đổi kháng sinh sớm có thể cải thiện tỷ lệ tử vong.

Từ khóa: Acinetobacter baumannii, viêm phổi cộng đồng, sốc, đề kháng kháng sinh

SUMMARY

CASE SERIES: SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED ACINETOBACTER BAUMANNII PNEUMONIA AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Objective: We investigated the risk factors, epidemiology, clinical and microbiological characteristics of severe community-acquired pneumonia (CAP) due to AB at Nhan Dan Gia Dinh Hospital, in Ho Chi Minh City. **Method:** We performed a retrospective study of cases of severe CAP due to AB over 2 years (January 2022-December 2023). **Results:** Among 48 patients with CAP caused by AB, 14 cases met severe criteria. Most patients are male (13/14), have an average age of 70, have a history of smoking, chronic lung disease (57.4%), and two or more risk factors (>90%). All severe cases appeared during the dry season months in Ho Chi Minh City from October to April of the following year. Ten had sputum culture, one was bacteremia positive, and both were three. 13 patients were on invasive mechanical ventilation, 12 had to use vasopressors, the mortality rate was 85.71% (12/14), the antibiotic resistance rate of community AB was high, and resistance was over 60% for most antibiotics. All patients received initial empiric antibiotics including third generation Cephalosporins, carbapenems, quinolones, broad-spectrum penicillin/beta-lactamase inhibitors, and glycopeptides. **Conclusions:** Severe CAP due to AB mainly occurs in the dry season, with high mortality and antibiotic resistance. The risk factor is mainly related to cigarette smoking, and early diagnosis and antibiotic change can improve mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

AB là một trong các tác nhân phổ biến thường liên quan đến nhiễm trùng bệnh viện, đặc biệt là viêm phổi liên quan đến thở máy. Tuy nhiên trong gần 25 năm gần đây có rất nhiều báo cáo AB gây VPCĐ nặng [2,7,8] ở những BN không tiếp xúc với dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc các yếu tố nguy cơ đối với sinh vật này. Việc phân lập AB ở vùng hầu họng và da, trong đất, gia súc và các động vật khác ở các khu vực lưu hành của vi trùng là bằng chứng cho sự tồn tại Acinetobacter trong cộng đồng [6]. Hầu hết

các trường hợp được báo cáo nằm ở nhiệt đới và cận nhiệt đới như Thái Lan, Úc, Singapore, Đài Loan với tỷ lệ dưới 10%[3,6,7,8,]. Tại Việt Nam các trường hợp VPCĐ do AB được thông kê tại bệnh viện ĐHYD TPHCM [1], bệnh viện Nhân Dân Gia Định [2] chiếm tỷ lệ khoảng 12-15%. AB gây nhiễm trùng cộng đồng có tỷ lệ đề kháng kháng sinh ít hơn so với các chủng phân lập trong bệnh viện, tuy nhiên lại liên quan đến tỷ lệ tử vong cao khoảng 64% và tử vong trong vòng 48 giờ nhập viện [8]. Việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu phù hợp với tình trạng bệnh, trước khi có kháng sinh đồ góp phần đáng kể vào tiên lượng tử vong của BN. Nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ, dịch tễ, hiệu quả kháng sinh sử dụng, và kết cục các trường hợp VPCĐ do AB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các BN >18 tuổi, được xác nhận viêm phổi cộng đồng nặng, có kết quả cấy đàm hoặc máu trong vòng 48 giờ nhập viện tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định, trong khoảng thời gian từ 1/2022 đến 12/2023, và không có ghi nhận nhập viện trong vòng 3 tháng trước dựa trên hệ thống ehos của bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi tiến cứu trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến 12/2023.

Thu thập số liệu. Dựa vào dữ liệu ehos và hồ sơ bệnh án của bệnh viện chúng tôi thu thập các đặc điểm cơ bản của BN để phân tích bao gồm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử hút thuốc, bệnh đi kèm và ngày nhập viện lần cuối. Dữ liệu nhập viện bao gồm thời gian xuất hiện triệu chứng, mức độ nghiêm trọng của bệnh theo thang điểm VPCĐ PSI (pneumonia severe index), thang điểm ATS 2007, đặc điểm X quang, sinh hóa và dữ liệu vi sinh đã được ghi lại. Kết quả của bệnh nhân về tỷ lệ tử vong trong bảy ngày và thời gian dẫn đến tử vong đã được đánh giá. Thuốc kháng sinh theo kinh nghiệm bắt đầu khi nhập viện, các trường hợp phải thay đổi kháng sinh

Các định nghĩa. BN được coi là bị viêm phổi nặng nếu họ đáp ứng các tiêu chí ATS 2007: Nếu có 1 tiêu chuẩn chính hoặc 3 tiêu chuẩn phụ. Mẫu đàm được chọn cấy khi đủ độ tin cậy: < 10 tế bào biểu bì, > 2 bạch cầu / quang trường × 100. Sốc được xem xét nếu huyết áp tâm thu được ghi nhận là <90 mmHg tại thời điểm xuất hiện. Ức chế miễn dịch dựa trên việc sử dụng glucocorticoid mãn tính (> 10 mg/ngày prednisolone hoặc tương đương), điều trị duy trì ức chế miễn dịch hoặc hội chứng suy

giảm miễn dịch đã biết. Chúng tôi ghi nhận vi khuẩn đa kháng thuốc (MDR: multidrug resistant): không nhạy với ≥ 1 kháng sinh trong ≥ 3 họ kháng sinh

Xử lý số liệu và tính toán thống kê. Tất cả BN nghiên cứu được thu thập số liệu theo một biểu mẫu thống nhất có sẵn đã được lập trình. Các số liệu, tỷ lệ phần trăm được thể hiện ở các bảng. Các số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm stada 17.0

Y đức. Đã được duyệt bởi Hội đồng Đạo đức bệnh viện Nhân dân Gia Định số Quyết định 91/NDGD-HĐĐĐ ngày 24/7/2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 14 BN VPCĐ nặng thỏa tiêu chí ATS 2007 được thu dung vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 69,64 ± 9,96, 13 BN nam, 1 BN nữ. Hầu hết các ca bệnh này xuất hiện trong mùa khô của TPHCM trong khoản quý I và quý IV của năm. Các BN đều có bệnh đồng mắc (bảng 1) trong đó có 8 BN đi kèm 2 bệnh, 4 người có 3 bệnh, chỉ có 1 BN có trên 3 bệnh đi kèm. Có 13 BN có tiền sử hút thuốc lá, và 8 người trong số đó có bệnh phổi mạn. Chúng tôi có 10 BN phân lập được AB trong đàm, một BN có cấy máu, và 3 BN có cả hai. Tại thời điểm nhập viện các BN đều có suy hô hấp, tuy nhiên chỉ có một BN có sốc ban đầu, tuy nhiên sau 48 giờ, có khoảng 12 BN phải dùng vận mạch. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày, và có 2 BN tử vong trong 48 giờ, chỉ có 2 BN sống còn và xuất viện.

BN VPCĐ nặng do AB có tình trạng đề kháng kháng sinh cao (hình 1), mặc dù chúng tôi không thu nhận các BN có tiền sử nhập viện hay điều trị kháng sinh trong 90 ngày, tuy nhiên do là nghiên cứu hồi cứu nên có thể nhiều dữ liệu chưa được ghi nhận chính xác, Hầu hết đều kháng trên 60% các nhóm carbapenem, aminoglycosid, cephalosporin thế hệ 3, quinolon. Colistin và Tigecycline chưa ghi nhận kháng thuốc.

Có 8 BN nằm phòng bệnh nặng lúc nhập viện, sau 48 giờ cả 14 ca này đều nằm phòng chăm sóc đặc biệt, với 13 BN thở máy, 12 BN có dùng thuốc vận mạch. Kháng sinh ban đầu (bảng 2) được sử dụng theo kinh nghiệm gồm: 9 ca phối hợp 3 kháng sinh với Carbapenem + Quinolon + Glycopeptide và Penicillin/ức chế beta lactamase + Quinolon + Glycopeptide, các BN còn lại đều phối hợp 2 kháng sinh với Penicillin/ức chế beta lactamase + Quinolon, hoặc Cephalosporin + Quinolon. 11 BN phải đổi kháng sinh, thời gian đổi trung bình là 3 ngày, có 4 ca đổi trong 48 giờ đầu. 2 ca sống còn nằm

trong nhóm đa kháng và có dùng ampicillin/sulbactam+imipenem+colistin, đổi kháng sinh trong vòng 48 giờ nhập viện.

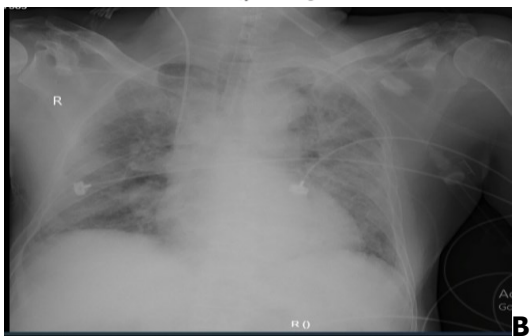
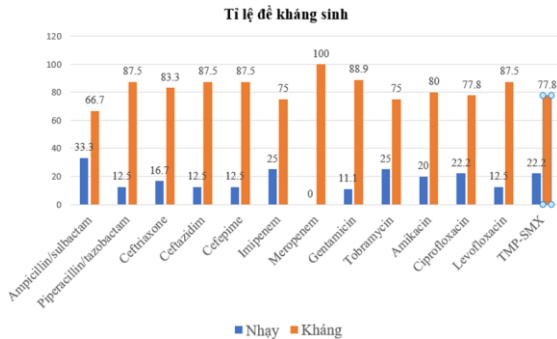
Bảng 1: Đặc điểm BN

Tuổi	69,64 ± 9,96
Nam	13 (92,86)
Nữ	1 (7,14)
Mùa: thời gian xuất hiện ca bệnh	
Quý I (tháng 1-3)	5 (35,71)
Quý II (tháng 4-6)	2 (14,29)
Quý III (tháng 7-9)	0 (0,00)
Quý IV (tháng 10-12)	7 (50,00)
Kết cục điều trị	
Kết cục sống	2 (14,29)
Thời gian nằm viện	13 ± 9,13 (ngày)
Thở máy xâm lấn	13 (92,86)
Dùng vận mạch	12 (85,71)
Số kháng sinh trung bình được chỉ định trong suốt quá trình điều trị	5,28 ± 2,52
Bệnh đồng mắc	
Đái tháo đường	5 (41,67)
Suy tim	3 (21,43)
Bệnh phổi mạn (COPD, giãn phế quản, Di chứng lao cũ)	8 (57,14)
Tăng men gan	3 (21,43)
Tăng huyết áp	10 (71,43)
Tai biến mạch máu não cũ	3 (21,43)
Dùng thuốc ức chế miễn dịch	1 (7,14)
Phân lập vi khuẩn từ mẫu cấy	
Đàm	10 (71,43)
Máu	1 (7,14)
Cả hai	3 (21,43)
Phân độ PSI (lúc nhập viện)	
Độ I	0 (0)
Độ II	0 (0)
Độ III	2 (14,29)
Độ IV	3 (21,43)
Độ V	9 (64,29)
Phân độ PSI	
Tình trạng lúc nhập viện	
HATT < 90mmHg lúc nhập viện	1 (7,14)
HATB < 65 mmHg lúc nhập viện	1 (7,14)
Mạch > 90 lần/phút lúc nhập viện	9 (64,29)
Nhịp thở > 20 lần/phút lúc nhập viện	10 (71,43)
Nằm phòng nặng lúc nhập viện	8 (57,14)
Tổn thương thận cấp lúc nhập viện	2 (14,29)
Cận lâm sàng lúc nhập viện	
WBC	16,56 ± 8,09
WBC > 10K hoặc < 4K	8 (57,14)
HGB	118,07±31,75
PLT	276,71±161,41
PLT < 150	3 (21,43)
AST hoặc ALT > 40	8 (57,14)

CRP	131,64±32,41
Xquang ngực lúc nhập viện	
Khu trú	7 (50.0)
Lan tỏa	7 (50,00)

Bảng 2: Đặc điểm kháng sinh sử dụng

Sử dụng kháng sinh ban đầu	Số ca
Cephalosporin + Quinolon	1
Cephalosporin + Marolide	2
Penicillin/ức chế beta lactamase + Quinolon	2
Penicillin/ức chế beta lactamase + Quinolon + Glycopeptide	4
Carbapenem + Quinolon + Glycopeptide	4
Carbapenem + Quinolon + Aminoglycosids	1
Sử dụng Tigecycline	3 (21,43)
Đối kháng sinh	11 (78,57)
Thời gian sử dụng ks trước khi đổi (n=11)	3,27 ± 1,62
Đối kháng sinh trong vòng < 48 giờ sau nhập viện	4 (28,57)
Đối kháng sinh lần	Số ca
Đối kháng sinh lần 1	8 (57,14)
Thời gian dùng kháng sinh lần trước khi đổi lần 2	5,87 ± 4,19
Đối kháng sinh < 48 giờ	2 (14,28)
Số BN được sử dụng colistin	6 (42, 86)



Hình 1: A. Tình hình đề kháng kháng sinh, B. X quang tổn thương đông đặc; lan tỏa nhiều thùy của một BN VPCĐ AB

IV. BÀN LUẬN

VPCĐ do AB thường được ghi nhận có sự thay đổi theo mùa, với tỷ lệ mắc cao hơn vào những tháng ẩm và ẩm ướt hơn, tuy nhiên các BN VPCĐ nặng do AB của chúng tôi được báo cáo chủ yếu vào các tháng mùa khô của từ tháng 10 đến tháng 4 hàng năm, cũng phù hợp với đặc điểm sinh trưởng của AB cộng đồng. Bệnh viên chúng tôi thuộc sở y tế, thường chỉ tiếp nhận các BN của thành phố Hồ Chí Minh và vùng lân cận, chỉ có 2 mùa khô và mưa, nhiệt độ nóng quanh năm nên khác với báo cáo loạt ca VPCĐ nặng do AB tại Singapore [7], và không có BN nào xuất hiện trong khoảng tháng 10 đến tháng 2.

Các yếu tố nguy cơ mắc AB cộng đồng có liên quan đến lượng rượu nhập vào [6]. Một nghiên cứu thí điểm trước đó trong mùa mưa ở vùng nhiệt đới Australia đã chứng minh sự lây truyền Acinetobacter trong cốc họng ở 10% cư dân uống quá nhiều rượu[6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu liên quan đến tiền căn hút thuốc lá, hầu như không ghi nhận nghiên cứu rượu, tương tự như nghiên cứu tại Singapore [7]. Nghiên cứu chúng tôi có 13 BN nam và chỉ 1 BN nữ, và tất cả BN nam đều có tiền sử hút thuốc lá. Các yếu tố thực sự giải thích cho điều này rất khó xác định do tính chất của dữ liệu và do thiết kế nghiên cứu hồi cứu. Các thử nghiệm tiến cứu hoặc việc sử dụng nhóm đối chứng có thể giúp giảm thiểu tác động của sai lệch gây nhiễu để xác định xem đây có phải là tác động thực sự hay không. Các BN viêm phổi nặng của chúng tôi ở mức tuổi trung bình 70 nên hầu hết đều có bệnh lý tim mạch kèm theo với tăng huyết áp với 71 % và đái tháo đường 41%.

Tỷ lệ tử vong chung trong các nghiên cứu khác liên quan VPCĐ do Ab khoảng 62% [3,6,7,], tử vong của chúng tôi cao hơn đến 85,7%(12/14), một phần có thể bị ảnh hưởng bởi tuổi các BN lớn hơn trung bình 70, và do đó nhiều bệnh nền đi kèm, cũng như mức độ đề kháng kháng sinh làm ảnh hưởng kết cục sống còn. Một nghiên cứu gần đây ở Úc đã chỉ ra rằng các chủng A. baumannii thu được từ công đồng có ít yếu tố độc lực hơn các chủng bệnh viện [5]. Ngoài ra, không thấy mối tương quan giữa các chủng chứa nhiều yếu tố độc lực hơn và mức độ nghiêm trọng của bệnh, tỷ lệ nhập viện ICU hoặc tỷ lệ tử vong [5]. Do đó các vấn đề như tuổi tác, bệnh đồng mắc, hút thuốc lá có thể là yếu tố quan trọng chi phối tỷ lệ nặng của bệnh.

Trong các kháng sinh được khuyến cáo để điều trị AB, nhóm AB cộng đồng còn nhạy nhiều nhất khoảng 30% với ampicillin/sulbactam,

imipenem, amikacin, tobramycin, tuy nhiên kháng 100% với meronem. Meropenem trong nghiên cứu gần đây vào năm 2020 trên nhóm AB cộng đồng tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định [2] đã đề kháng 100%. Colistin và tigecycline không ghi nhận kháng, do khó khăn khách quan trong thời điểm hồi cứu, chỉ có một số BN được làm kháng sinh đồ, nên hạn chế đánh giá nhạy cảm với hai kháng sinh này. So với các nghiên cứu AB cộng đồng, tại các nước lân cận trong khu vực [1,2,7] trong khoảng thời gian từ 2009 đến 2020, thì khảo sát của chúng tôi, mức đề kháng đã gia tăng đáng kể, mức nhạy cảm dưới 30% hầu hết các nhóm, so với 60% ở các nghiên cứu khác.

Hai BN thành công điều trị của chúng tôi nằm trong nhóm đa kháng và được đổi kháng sinh sớm với colistin + imipenem + ampicillin/sulbactam. Trong các BN thất bại điều trị, có 7 BN không có tình trạng đa kháng và đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ với các phác đồ (Carbapenem + Quinolon + Aminoglycosids), 5 BN còn lại có bổ sung colistin và tigecycline nhưng cũng không làm thay đổi kết cục. Khác với nghiên cứu tại Úc việc cho sớm gentamicin cải thiện tiên lượng tử vong, tuy nhiên tại Việt Nam tỷ lệ nhạy với gentamicin thấp, nên các BN trong nghiên cứu chung tôi không sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Các BN VPCĐ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có yếu tố nguy cơ liên quan chủ yếu do lớn tuổi, hút thuốc lá, nhiều bệnh đồng mắc như bệnh phổi mạn, đái tháo đường, tăng huyết áp, không ghi nhận nghiện rượu mạn. Mùa khô từ tháng 10 đến tháng 4 hàng năm là thời điểm xuất hiện các ca bệnh. Tỷ lệ tử vong cao với

85% và đề kháng kháng sinh gia tăng so với các nghiên cứu AB cộng đồng trước đây. Việc đổi kháng sinh sớm và phù hợp giúp tăng tỷ lệ sống còn cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tiến Dũng, et.** (2016). Viêm phổi cộng đồng: đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh in vitro tại bệnh viện đại học y dược TPHCM, Hội hô hấp TPHCM
2. **Phạm Hồng Thắm, et al** (2023) Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi do acinetobacter baumannii tại bệnh viện nhân dân gia định. Tạp chí y học việt nam tập 528 - tháng 7
3. **Catherine w.m. ong, et** (2009). Severe community-acquired Acinetobacter baumannii pneumonia: An emerging highly lethal infectious disease in the Asia-Pacific. *Respirology* 14, 1200-1205
4. **David P. Serota, et al** (2018), Severe Community-Acquired Pneumonia due to Acinetobacter baumannii in North America: Case Report and Review of the Literature Open Forum Infectious Diseases, Volume 5, Issue 3
5. **Meumann, E.M.; et al** (2019) Genomic epidemiology of severe community-onset Acinetobacter baumannii infection. *Microb. Genom.*
6. **Timothy Riddles, et al.** (2023). Community-Acquired, Bacteraemic Acinetobacter Baumannii Pneumonia: A Retrospective Review of Cases in Tropical Queensland, Australia. *Trop Med Infect Dis.* 18;8(8): 419
7. **Ong CW, et al** (2009). Severe community-acquired Acinetobacter baumannii pneumonia: an emerging highly lethal infectious disease in the Asia-Pacific. *Respirology*;14(8):1200
8. **Patamatamkul et al** (2017). A case-control study of community-acquired Acinetobacter baumannii pneumonia and melioidosis pneumonia in northeast Thailand: an emerging fatal disease with unique clinical features. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 87 (1), pp. 79-86.

ĐÁNH GIÁ SỰ LÀNH XƯƠNG TRONG PHỤC HỒI KHUYẾT HỔNG MẮT ĐOẠN XƯƠNG Ở THỎ KHI SỬ DỤNG HỖN HỢP XƯƠNG GHÉP TỰ THÂN VÀ TRICALCIUM-PHOSPHATE BẰNG KỸ THUẬT MASQUELET CẢI BIÊN

Cao Bá Hưởng¹, Đỗ Phước Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Các mất đoạn xương hơn 5cm có thể được điều trị bằng phương pháp Masquelet có tỷ lệ lành xương cao. Phần lớn xương ghép tự thân trong

kỹ thuật này được lấy từ mào châu. Tuy nhiên, trong trường hợp mất đoạn xương lớn, cần nhiều thể tích xương ghép, thì xương ghép tự thân có thể phải lấy từ nhiều vị trí khác nhau. Chính vì thế, việc sử dụng cả xương vỏ và xương xốp ở mào châu trước trộn với vật liệu thay thế xương được xem như một lựa chọn. Tuy nhiên khả năng lành xương khi sử dụng hỗn hợp này vẫn còn nhiều tranh cãi. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá bước đầu sự lành xương khi sử dụng xương ghép tự thân cả phần vỏ và xốp trộn với vật liệu thay thế xương tricalcium-phosphate (TCP). **Phương pháp nghiên cứu:** 12 con thỏ trưởng thành

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Bá Hưởng

Email: cbh177@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024