

- Bệnh nhân có chỉ số Karnofsky thấp, có tiền sử ung thư làm tăng nguy cơ tử vong. Nhóm bệnh nhân có được phẫu thuật u não di căn não kết hợp với điều trị phổi hợp, kiểm soát u nguyên phát có tỷ lệ tử vong thấp hơn, thời gian sống thêm dài hơn so với nhóm phẫu thuật đơn thuần, không được kiểm soát u nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amsbaugh MJ, Kim CS.** Brain Metastasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed May 17, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470246/>
2. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology** (2024). Central Nervous System Cancers, V3.2024
3. **Nathoo N, Toms SA, Barnett GH, et al** (2004). Metastases to the brain: current management perspectives. *Expert Rev Neurother.* 2004;4(4): 633-640. doi:10.1586/14737175.4.4.633
4. **Eichler AF, Loeffler JS, et al** (2007). Multidisciplinary management of brain metastases. *The Oncologist.* 2007;12(7):884-898. doi:10.1634/theoncologist.12-7-884
5. **Vogelbaum MA, Brown PD, Messersmith H, et al** (2022). Treatment for Brain Metastases: ASCO-SNO-ASTRO Guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2022;40(5):492-516. doi:10.1200/JCO.21.02314
6. **Rittberg R, Banerji S, Kim JO, et al** (2017). Treatment and Prevention of Brain Metastases in Small Cell Lung Cancer. *Am J Clin Oncol.* 2021;44(12): 629-638. doi:10.1097/COC.0000000000000867
7. **Zheng X, Mu S, Wang L, et al** (2023). Factors for incidence risk and prognosis of synchronous brain metastases in pulmonary large cell carcinoma patients: a population-based study. *BMC Pulm Med.* 2023;23(1):12. doi:10.1186/s12890-023-02312-y
8. **Jose MR, Daniella BR, Juliete MD, et al** (2018). Analysis of survival in patients with brain metastases treated surgically: Impact of age, gender, oncologic status, chemotherapy, radiotherapy, number and localization of lesions, and primary cancer site. *Rev Assoc Med Bras.* 2018; 64(8): 717-722. doi:10.1590/1806-9282.64.08.717
9. **Jun S, Jingwei L, Lujia S, Qiuyao H, et al** (2021). The number of brain metastases predicts the survival of non-small cell lung cancer patients with EGFR mutation status. Published online November 12, 2021. doi:10.1002/CNR2.1550
10. **Altat AL, Syed IA, Muhammad SS** (2017). Role of surgery in brain metastases. *J Pak Med Assoc.* 2017; 67(8): 1299-1300.

CĂN NGUYÊN VI SINH GÂY NHIỄM TRÙNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THỜI ĐIỂM VÀO TRUNG TÂM HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2023-2024

Nguyễn Văn Linh¹, Đặng Quốc Tuấn¹, Bùi Văn Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh nhân nhập viện do đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) và căn hộ thở máy, tỷ lệ tử vong là 40%.¹ Trong đó 80% số bệnh nhân bị đợt cấp BPTNMT có nguyên nhân từ nhiễm trùng và ít nhất 40-50% là từ nhiễm vi khuẩn. Việc xác định căn nguyên vi sinh giúp lựa chọn kháng sinh ban đầu là rất quan trọng và có ý nghĩa lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định các căn nguyên vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp ở bệnh nhân mắc BPTNMT tại Trung tâm Hồi sức tích cực (HSTC) – Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023-2024. 2. Xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được và kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT có chỉ định sử

dụng kháng sinh tại Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ 8/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân mắc BPTNMT có chỉ định sử dụng kháng sinh, số bệnh nhân có kết quả cấy dương tính là 60%. Căn nguyên vi khuẩn hay gặp nhất là chủng *A.baumannii* (33,3%) đa kháng và còn nhạy trung gian với Colistin; *K.pneumoniae* (16,7%) còn nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin, Levofloxacin, Fosfomycin và Colistin; *P.aeruginosa* (13,3%) và *E.coli* (10%) còn nhạy với nhiều kháng sinh. Căn nguyên nấm *Aspergillus fumigatus* (20%) nhạy với Voriconazole. **Kết luận:** Căn nguyên vi khuẩn chiếm 48% nguyên nhân đợt cấp BPTNMT tại thời điểm vào trung tâm HSTC, các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn gram âm gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy. Đứng đầu là *A.baumannii* (33,3%), sau đó là *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa* và *E.coli*. Đợt cấp BPTNMT có nguy cơ cao nhiễm nấm *Aspergillus*. **Từ khóa:** nhiễm trùng hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hồi sức tích cực.

SUMMARY

BACTERIAL ETIOLOGY OF RESPIRATORY INFECTIONS IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Tuấn

Email: dangquoctuan.hstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE TIME OF ADMISSION TO THE INTENSIVE CARE UNIT OF BACH MAI HOSPITAL DURING THE 2023-2024 PERIOD

Background: Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients who needed mechanical ventilation have a mortality rate of 40%. 80% of these exacerbations was caused by infections, with at least 40-50% bacterial infections. Identifying the microbiological etiology is crucial and clinically significant for selecting initial antibiotic therapy. **Research objectives:** 1. To identify the microbial causes of respiratory infections in patients with COPD at the Intensive Care Unit (ICU) of Bach Mai Hospital during the 2023-2024 period. 2. To determine the antibiotic sensitivity of the isolated bacteria and evaluate treatment outcomes. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 50 patients diagnosed with COPD who required antibiotic therapy at the ICU of Bach Mai Hospital from August 2023 to July 2024. **Results:** Among the 50 COPD patients requiring antibiotics, 60% had positive cultures. The most common bacterial pathogen was *A. baumannii* (33.3%), which was multidrug-resistant and intermediately sensitive to Colistin; *K.pneumoniae* (16.7%) remained sensitive to Carbapenems, Amikacin, Levofloxacin, Fosfomycin and Colistin; *P. aeruginosa* (13.3%) and *E. coli* (10%) were still sensitive to several antibiotics. The fungal pathogen *Aspergillus fumigatus* (20%) was sensitive to Voriconazole. **Conclusion:** Bacterial pathogens accounted for 48% of the exacerbations of COPD at the time of ICU admission. The isolated bacteria were predominantly gram-negative organisms responsible for hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia, with *A. baumannii* (33.3%) being the most common, followed by *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, and *E. coli*. Acute exacerbations of COPD also carry a high risk of *Aspergillus* infections.

Keywords: Respiratory Infection, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Intensive Care Unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) từ trước đến nay vẫn đang là một thách thức lớn về sức khỏe với y học toàn cầu, vì tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong đang ngày càng gia tăng, kèm chi phí điều trị cao và hậu quả tàn phế của bệnh.² BPTNMT được đặc trưng bởi sự hạn chế mạn tính, xen giữa những giai đoạn ổn định là những đợt tiến triển cấp đe dọa tính mạng người bệnh. Nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm tới 80% nguyên nhân gây đợt cấp, trong đó có ít nhất từ 40-50% là do nhiễm vi khuẩn.³ Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai là nơi thường xuyên điều trị những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT mức độ nặng, cần thông khí cơ học do đó việc xác định căn nguyên vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp và liệu pháp kháng sinh ban đầu phù hợp là rất quan trọng. Vì vậy

chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Xác định các căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm trùng hô hấp ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023-2024.

2. Xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được và kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân vào Trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024:

- Được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2023.²

- Được chỉ định sử dụng kháng sinh theo tiêu chuẩn GOLD 2023.²

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh phổi phổi hợp như lao phổi, ung thư phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Bệnh phẩm được lấy theo quy trình của khoa Vi sinh- BVBM, nuôi cấy định danh bằng máy hệ thống tự động, làm kháng sinh đồ theo phương pháp khoan giấy khuếch tán hoặc hệ thống tự động M50, MIC xác định bằng phương pháp dải giấy khuếch tán hoặc theo bậc nồng độ.

Chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu: Gồm tuổi, giới tính, tiền sử nằm viện và sử dụng kháng sinh trong vòng 3 tháng trước nhập viện, mức độ hồ hô hấp lúc vào hô hấp, số bệnh nhân có kết quả cấy dương tính.

Đặc điểm xét nghiệm vi sinh: Vi sinh phân lập được trong mẫu nghiên cứu và mức độ nhạy cảm với kháng sinh.

Kết quả điều trị: Kết cục điều trị lâm sàng: Cải thiện (thời thở máy thành công, rút được nội khí quản), không cải thiện (thời thở máy thất bại), nặng xin về hoặc tử vong; Thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy.

2.4. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê y học.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng khoa học và Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Tuổi: Tuổi trung bình $72,6 \pm 8,3$, thấp nhất là 53 tuổi, cao nhất là 94 tuổi, nhóm tuổi thường gặp: 65-80 tuổi (62%)

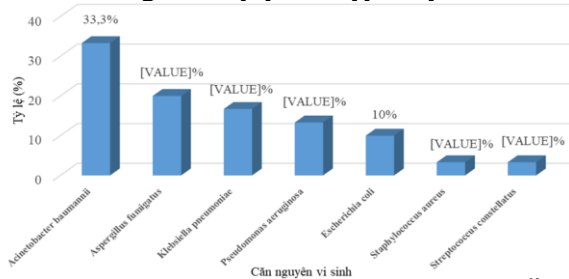
Giới tính: Nam 46 (92%), Nữ 4 (8%).

Tiền sử nằm viện và sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch trong vòng 3 tháng trước khi nhập viện: 23/50 bệnh nhân chiếm 46%.

Thông khí nhân tạo xâm nhập: 44/50 bệnh nhân (88%).

Số bệnh nhân có kết quả cấy dương tính: 30 (60%).

3.2. Đặc điểm các chủng vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp phân lập được



Biểu đồ 3.1. Các chủng vi sinh gây nhiễm trùng hô hấp phân lập được

Bảng 3.2. Kháng sinh đồ của các chủng A.baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa

Kháng sinh	A.baumannii			K.pneumoniae			P.aeruginosa			E.coli		
	S	I	R	S	I	R	S	I	R	S	I	R
Meropenem	0	0	7/7	1/2	0	1/2	1/2	0	1/2	2/2	0	0
Imipenem	0	0	7/7	0	1/2	1/2	1/2	0	1/2	2/2	0	0
Cefepime	0	0	7/7	0	0	2/2	1/2	1/2	0	2/2	0	0
Ceftazidime	0	0	7/7	0	0	2/2	2/2	0	0	0	0	2/2
Ceftazidime/Avibactam	-	-	-	1/2	0	1/2	2/2	0	0	-	-	-
Amipicilin/Sulbactam	0	0	7/7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piperacillin/Tazobactam	0	0	7/7	0	1/2	1/2	1/2	1/2	0	2/2	0	0
Amikacin	0	0	7/7	1/2	0	1/2	0	0	1/2	2/2	0	0
Gentamicin	0	0	7/7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colistin	0	7/7	0	0	2/2	0	-	-	-	-	-	-
Ciprofloxacin	0	0	7/7	-	-	-	-	-	-	1/2	0	1/2
Levofloxacin	0	0	7/7	1/2	0	1/2	1/2	0	1/2	2/2	0	0
Fosfomycin	-	-	-	1/2	0	1/2	-	-	-	2/2	0	0
Minocycline	3/5	1/5	1/5	-	-	-	-	-	-	-	-	-

S: nhạy; I: trung gian; R: kháng; "-": không làm kháng sinh đồ

Nhận xét: Các chủng A.baumannii chỉ còn trung gian với Colistin; K.pneumoniae cộng đồng còn nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin, Levofloxacin, Fosfomycin và Colistin. P.aeruginosa có nguồn gốc cộng đồng nhạy cảm với Carbapenem, Piperacillin/tazobactam và Levofloxacin. E.coli là các chủng sinh ESBL, còn nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin, Quinolone.

Bảng 3.3. Kháng nấm đồ của Aspergillus fumigatus

Kháng nấm	Aspergillus fumigatus		
	S	Wild-type	R

Nhận xét: Trong các căn nguyên phân lập được, vi khuẩn gram âm là chủ yếu trong đó A.baumannii là phổ biến nhất, tiếp theo là K.pneumoniae, P.aeruginosa và E.coli. Nấm Aspergillus đứng hàng thứ 2 trong các căn nguyên vi sinh gây đợt cấp BPTNMT.

Bảng 3.1. Phân bố căn nguyên vi khuẩn giữa nơi chuyển đến trung tâm.

Vi khuẩn	Nơi chuyển đến		
	Cộng đồng (n=3)	BV khác (n=17)	Khoa khác (n=10)
A.baumannii	0	8	2
Aspergillus fumigatus	0	3	3
K.pneumoniae	1	2	2
P. aeruginosa	2	2	0
E.coli	0	1	2
S.aureus	1	0	0
S.constellatus	0	1	0
Tổng	4	17	9

Nhận xét: A.baumannii, K.pneumoniae, P.aeruginosa gặp chủ yếu ở các đơn vị điều trị khác chuyển đến.

Voriconazole	4/4	0	0
Itraconazole	0	4/4	0
Amphotericin B	0	4/4	0

Nhận xét: Các chủng Aspergillus fumigatus đều nhạy cảm với Voriconazole.

- Đối với Staphylococcus aureus: Có 1 chủng phân lập được và thuộc nhóm MRSA nhạy cảm với Vancomycin, Daptomycin, Linezolid.

3.3. Kết quả điều trị

Biểu đồ 3.4. Kết cục điều trị

Kết cục lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
------------------	------------------	-----------

Cải thiện	23	46
Không cải thiện	13	26
Tử vong + nặng xin về	14	28
Tổng số	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ kết cục lâm sàng cải thiện chiếm gần 50% số bệnh nhân.

❖ Về số ngày nằm hồi sức và số ngày thở máy:

- Số ngày nằm hồi sức trung bình là $13,3 \pm 8,9$ ngày. Ngày điều trị ngắn nhất là 2 ngày, ngày điều trị dài nhất là 41 ngày.

- Số ngày thở máy trung bình là $10,9 \pm 8,5$ ngày. Bệnh nhân thở máy ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 30 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tỷ lệ nam là cao hơn hẳn tỷ lệ nữ là 92%. Tỷ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu khác ở Việt Nam của tác giả Phạm Lê Nhật Thảo (2022)⁴ là 92,7% và trên thế giới của tác giả Khilnani GC¹ là 63%. Điều này có thể lý giải là do tình trạng hút thuốc lá thường gặp hơn ở nam giới tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $72,6 \pm 8,3$. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên (2012)⁵ là $71,5 \pm 9,3$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch và nằm viện trong vòng 3 tháng trước khi nhập viện là 46%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo⁴ là 58,5%.

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có đợt cấp BPTNMT nhập trung tâm Hồi sức tích cực đều được thông khí nhân tạo với 44 bệnh nhân chiếm 88%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên⁵ là 78,79%. Điều này là do bệnh nhân đợt cấp BPTNMT vào trung tâm HSTC hầu hết là những bệnh nhân suy hô hấp nặng và nguy kịch cần được thông khí hỗ trợ hoặc là những bệnh nhân không cai được máy thở các bệnh viện tuyến dưới hoặc các khoa khác trong viện chuyển đến. Vì thế, nguy cơ bị nhiễm khuẩn với các vi khuẩn bệnh viện của các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tại trung tâm HSTC là rất cao.

4.2. Tỷ lệ phân lập được được cấy nguyên vi sinh và mức độ nhạy cảm với kháng sinh. Số lượng kết quả bệnh phẩm cấy dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 60%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo⁴ là 43,9%. Điều này có thể lý giải là do thời gian nghiên cứu chúng tôi được tiến hành khi trung tâm HSTC bệnh viện Bạch Mai đã được

triển khai nhiều biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện tích cực hơn và khi đó các biện pháp lấy bệnh phẩm của chúng tôi cũng phải tuân theo quy trình vô khuẩn nghiêm ngặt hơn.

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhiễm vi khuẩn gram âm đa kháng chiếm tỷ lệ cao ở những bệnh nhân từ bệnh viện khác chuyển tới (50%), cao hơn so với từ khoa/trung tâm khác (46,7%) và từ cộng đồng (40%). Điều này là do những bệnh nhân từ ngoài cộng đồng chưa hoặc ít điều trị bằng các loại kháng sinh dẫn đến tình trạng kháng kháng sinh thấp hơn. Ngoài ra, những bệnh nhân được chuyển đến trung tâm HSTC thường là những bệnh nhân nặng, có thể đã nằm tại các khoa hồi sức tại các bệnh viện khác và mắc nhiễm trùng bệnh viện, việc điều trị kháng sinh kéo dài hoặc thở máy xâm nhập có thể là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ vi khuẩn đa kháng cao được phân lập.

Chúng tôi ghi nhận căn nguyên vi khuẩn chiếm 48% nguyên nhân gây đợt cấp ở bệnh nhân BPTNMT tại thời điểm vào trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. Các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là các vi khuẩn gram âm gây viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan đến thở máy. Đứng hàng thứ nhất là *A.baumannii* (33,3%) sau đó là *K.pneumoniae* (16,7%), *P.aeruginosa* (13,3%) và *E.coli* (10%). Vi khuẩn gram dương thường gặp là *Staphylococcus aureus* (3,3%) và *Streptococcus constellatus* (3,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo⁴ với *A.baumannii* 44% kể đến là *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa* 22% còn lại là *E.coli* 6%.

A.baumannii trong nghiên cứu của chúng tôi nhạy thấp hoặc kháng với hầu hết các loại kháng sinh nhưng còn nhạy trung gian với Colistin. Trong nghiên cứu của Phan Trần Xuân Quyên (2020)⁶, tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *A.baumannii*: Ampicillin/Sulbactam 94,3%, Piperacillin 97,1%, Meropenem 100%, Cefepim 99,3%, Ceftazidim 99,3%, Ciprofloxacin 97,9%, Levofloxacin 97,1%, Piperacillin/Tazobactam 98,5%, Imipenem 98,6%, Gentamycin 83,6%, Amikacin 75%, Trimethoprim/Sulfamethoxazon 71,2%, Colistin 9,6%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo (2022)⁴, *A.baumannii* nhạy 25% và trung gian 75% với Colistin, nhạy 12,5% với Tobramycin, 12,5% với Trimethoprim/Sulfamethoxazole, kháng tất cả các kháng sinh còn lại kể cả nhóm Carbapenem.

K.pneumoniae nhạy hoàn toàn với

Meropenem, Ceftazidime/Avibactam, Amikacin, Levofloxacin, Fosfomycin và Colistin 100%, nhạy 50% với Imipenem, Piperacillin/Tazobactam. Kháng với nhóm Cephalosporin thế hệ 3 như Cefepime và Ceftazidime do vi khuẩn có khả năng tiết ESBL để kháng lại các kháng sinh. Tỷ lệ nhạy kháng sinh của *K.pneumoniae* trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên (2012)⁵: nhạy hoàn toàn với Meropenem, Amikacin, Fosfomycin; nhạy 80% với Imipenem và Levofloxacin, nhạy 25% với Piperacillin/Tazobactam và kháng hoàn toàn với Cephalosporin thế hệ 3.

Trong nghiên cứu này, *P.aeruginosa* nhạy với hầu hết các kháng sinh nhóm carbapenem như Meropenem, Imipenem, Cefepime, Ceftazidime, Piperacillin/Tazobactam và Levofloxacin, kháng hoàn toàn với nhóm Amikacin. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên⁵, tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn *P.aeruginosa*: Meropenem 100%, Imipenem 100%, Levofloxacin 100%, Amikacin 70%, Fosfomycin 70%, Piperacillin/Tazobactam 40%. Nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo⁴ cho thấy *P.aeruginosa* nhạy với Amikacin, Imipenem/Cilastatin và Meropenem là 75%, nhạy 50% với Piperacillin/ tazobactam, kháng hoàn toàn với nhóm Quinolon.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phân lập được 10% bệnh nhân mắc chủng vi khuẩn *E.coli* và 1 chủng *Staphylococcus aureus*. *E.coli* phân lập được có 2/3 chủng sinh ESBL, còn nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin, Quinolon. Chủng *S.aureus* phân lập được thuộc nhóm MRSA nhạy cảm với Vancomycin, Daptomycin, Linezolid. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên⁵ cũng có thấy chủng *E.Coli* nhạy cảm với hầu hết các kháng sinh và chủng *S.aureus* nhạy 100% với Doxycyclin và Vancomycin, trung gian với các kháng sinh Amikacin và Fosmycin.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 6 bệnh nhân chiếm 20% trường hợp phân lập ra nấm *Aspergillus fumigatus*, trong đó 4/6 bệnh phẩm được làm kháng nấm đồ cho kết quả đều nhạy với Voriconazole. Nghiên cứu của Phạm Thị Tuyết Nhung (2019)⁷ cho thấy yếu tố nguy cơ hay gặp nấm *Aspergillus* phổi tại khoa hồi sức thường là dùng kháng sinh phổ rộng (87,5%), dùng corticoid kéo dài trên 21 ngày (65,6%), BPTNMT (40,6%), dùng thuốc ức chế miễn dịch (9,4%). Điều này cũng phù hợp với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi với 46% bệnh nhân BPTNMT có tiền sử nằm viện và dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 3 tháng trước khi nhập viện.

4.3. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, thời gian trung bình thở máy và thời gian trung bình nằm hồi sức của bệnh nhân lần lượt là $10,9 \pm 8,5$ ngày và $13,3 \pm 8,9$ ngày. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo (2022),⁴ thời gian thở máy và thời gian nằm hồi sức của bệnh nhân lần lượt là $6,1 \pm 4,84$ và $11,46 \pm 4,78$. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả lâm sàng cải thiện là 46%. Tỷ lệ tử vong/xin về là 28%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo⁴ tỷ lệ tử vong chung của nhóm nghiên cứu là 30,3%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cấy dương tính chung là 60%. Các vi khuẩn phân lập được hầu hết là các vi khuẩn gram âm đứng đầu là: *A.baumannii*, *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa* được phân lập với tỷ lệ tương đương ở mức xấp xỉ 15%. Căn nguyên nấm *Aspergillus fumigatus* được phân lập với tỷ lệ 20%.

A.baumanii chỉ còn trung gian với Colistin, *K.pneumoniae* và *P.aeruginosa* có nguồn gốc cộng đồng còn nhạy cảm với nhiều kháng sinh nhóm Carbapenem, Piperacillin/tazobactam, Amikacin và Quinolon. *E.coli* là các chủng sinh ESBL nhạy cảm với Carbapenem, Amikacin và Quinolon. *S.aureus* là chủng MRSA còn nhạy cảm với Vancomycin, Daptomycin, Linezolid. *A.fumigatus* đều nhạy cảm với Voriconazole.

Tỷ lệ kết cục lâm sàng cải thiện chiếm gần 50% số bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khilnani GC** (2019). Predictors and microbiology of ventilator-associated pneumonia among patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Lung India*.36(6):506-511. doi:10.4103/lungindia.lungindia_13_19
2. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease** (2023). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2023 report). <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>: 1-2, 134 -142.
3. **Ngô Quý Châu** (2024). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Bệnh Phổi Tắc nghẽn mạn tính. Nhà xuất bản Y học Hà Nội: 42.
4. **Phạm Lê Nhật Thảo** (2023). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính can thiệp thở máy xâm lấn tại khoa hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện đa khoa trung ương Cần thơ năm 2020 – 2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* Số 56/2023: 67-69.
5. **Nguyễn Trung Kiên** (2012). Đánh giá đặc điểm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch mai. Luận văn Thạc sĩ, trường Đại học Y Hà Nội. 41-58.

6. **Phan Trần Xuân Quyền** (2020). Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự đề kháng kháng sinh và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi bệnh viện do vi khuẩn gram âm tại Khoa Hồi sức tích cực –chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 -2020. Tạp chí Y Dược

học Cần Thơ số 30/2020: 10-13.

7. **Phạm Thị Tuyết Dung** (2019). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm nấm *Aspergillus* phổi tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch mai. Luận văn Thạc sỹ, trường Đại học Y Hà Nội: 34, 69.

NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI ĐƯỜNG MÁU Ở SẢN PHỤ SỬ DỤNG LIỆU PHÁP CORTICOSTEROID TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lại Duy Hiếu¹, Mai Trọng Hưng², Đỗ Tuấn Đạt³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét sự thay đổi giá trị đường máu ở sản phụ sau tiêm corticosteroid trước sinh trong vòng 7 ngày. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên 155 sản phụ tuổi thai từ 23 tuần 0/7 ngày đến 33 tuần 6/7 ngày từ tháng 11 năm 2023 tới tháng 04 năm 2024. **Kết quả:** Sau khi sử dụng liệu pháp corticosteroid trước sinh, ghi nhận tình trạng tăng glucose máu ở 3 thời điểm (glucose máu đói, glucose máu sau ăn 1 giờ, glucose máu sau ăn 2 giờ) ở ngày thứ 2 và ngày thứ 3, sau đó giảm dần đến ngày thứ 7 trên cả nhóm đối tượng nghiên cứu đái tháo đường thai kỳ và không mắc đái tháo đường thai kỳ. **Kết luận:** Các bệnh nhân sau tiêm corticosteroid trước sinh có sự gia tăng glucose máu cả trước và sau ăn. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, corticosteroid trước sinh, glucose máu trước ăn, glucose máu sau ăn.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES PREGNANCIES AT GESTATIONAL AGE FROM 24 TO 34 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To observe changes in blood glucose levels in pregnant women within 7 days after receiving antenatal corticosteroid therapy. **Subjects and Methods:** A longitudinal descriptive study on 155 pregnant women with gestational age between 23 weeks 0/7 days and 33 weeks 6/7 days from November 2023 to April 2024. **Results:** Following the administration of antenatal corticosteroid therapy, elevated blood glucose levels were observed at three time points (fasting blood glucose, blood glucose 1 hour postprandial, and blood glucose 2 hours postprandial) on the second and third days, subsequently decreasing by the seventh day in both the gestational diabetes mellitus and non-gestational

diabetes mellitus study groups. **Conclusions:** Patients after corticosteroid injection experience elevated blood glucose levels both before and after meals.

Keywords: gestational diabetes mellitus, antenatal corticosteroid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đẻ non là vấn đề lớn của y học thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm ước tính có khoảng 15 triệu trẻ đẻ non (từ 22 tuần đến trước 37 tuần tuổi thai) [1]. Tỷ lệ đẻ non dao động từ 5% đến 18% số trẻ ra đời. Đẻ non ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của trẻ sơ sinh như hội chứng suy hô hấp, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử,... Đặc biệt nguy hiểm và hay gặp là hội chứng suy hô hấp sơ sinh do phổi ở trẻ sơ sinh non tháng chưa tiết đủ surfactant – hợp chất làm giảm sức căng bề mặt phế nang, tăng độ giãn nở và thể tích phổi, hình thành dung tích cặn chức năng, cân bằng luồng khí tới phế nang và giảm công năng hô hấp. Biện pháp dự phòng và thúc đẩy trưởng thành phổi thai nhi được sử dụng nhiều nhất hiện nay là liệu pháp corticosteroid trước sinh. Bên cạnh những lợi ích vẫn còn nhiều tranh cãi về tác dụng không mong muốn ngắn hạn cũng như dài hạn của liệu pháp corticosteroid trên cả người mẹ và trẻ sơ sinh. Một trong số đó là tác dụng gây tăng đường huyết ở sản phụ [2]. Trên thế giới đã có những nghiên cứu về ảnh hưởng liệu pháp corticosteroid trước sinh đối với đường máu của mẹ ở những sản phụ mắc và không mắc đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) [2]. Tuy nhiên ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về nguy cơ và ảnh hưởng của liệu pháp corticosteroid trước sinh, đặc biệt là trên đường máu của sản phụ bởi corticosteroid gây ra tình trạng không dung nạp glucose tương đối và kháng insulin do làm tăng sản xuất glucose ở gan và giảm nhạy cảm với insulin ở mô ngoại vi. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: **Nhận xét sự thay đổi giá trị đường máu ở sản phụ sau tiêm corticosteroid trước sinh trong vòng 7 ngày.**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodatpshn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024