

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN DO VI KHUẨN ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

*Phan Trần Xuân Quyên\*, Võ Phạm Minh Thu*

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*Email: ptxquyen.bv@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** sự đề kháng kháng sinh do *Acinetobacter baumannii* ngày càng tăng là thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Thất bại trong điều trị viêm phổi bệnh viện (VPBV) do *A.baumannii* chiếm tỉ lệ cao từ 54,2% đến 89,9% ở nhiều bệnh viện vì tính đa kháng kháng sinh. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sự đề kháng kháng sinh và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân VPBV do *A.baumannii*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 61 bệnh nhân VPBV do *A.baumannii* tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019, thiết kế nghiên cứu theo mô tả cắt ngang. **Kết quả:** có 41% VPBV khởi phát sớm, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng là sốt 100%, suy hô hấp 100%. Kháng sinh kinh nghiệm thường được sử dụng là nhóm carbapenem 62,3% và quinolon 60,7%; *A.baumannii* kháng 100% với ticarcillin, ticarcillin/acid clavulanic, cefazolin; imipenem 98,4%, meropenem 97%, cefepim 98,4%, levofloxacin 93,4%, ciprofloxacin 95,1%, chưa ghi nhận trường hợp nào kháng với colistin. Kết quả có 29,5% bệnh nhân khỏi bệnh, 70,5% bệnh nhân thất bại với điều trị vì tử vong hoặc không thể cai máy thở. **Kết luận:** *A.baumannii* đề kháng cao với nhiều loại kháng sinh thông dụng ngoại trừ colistin và có tỉ lệ tử vong cao.

**Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi bệnh viện, *Acinetobacter baumannii*, đề kháng kháng sinh.

**ABSTRACT**

**CLINICAL, SUBCLINICAL, ANTIBIOTIC-RESISTANT CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY ACINETOBACTER BAUMANNII AT INTENSIVE CARE AND TOXIC MANAGEMENT DEPARTMENT AT CANTHO CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

*Phan Tran Xuan Quyen\*, Vo Pham Minh Thu*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Increasing antibiotic-resistant caused by *Acinetobacter baumannii* as been clinically challenging. Treatment failure in hospital acquired pneumonia caused by *A.baumannii* that took up 54.2% to 89.9% mainly because of *Acinetobacter baumannii*'s resistance. **Objectives:** to describe Clinical, subclinical, antibiotic-resistant characteristics and treatment results of hospital acquired pneumonia caused by *Acinetobacter baumannii*. **Materials and methods:** 61 *A.baumannii* HAP patients were treated at Intensive Care and Toxic Management Department of Cantho Central General Hospital from 2018-2019 and prospective descriptive cross-sectional study. **Results:** Early onset HAP was 41%. clinical and subclinal characteristics included: 100% fever, 100% respiratory failure. Emperical antibiotics were 62.3% carbapenem, 60.7% quinolone. *A. baumannii*'sresistance characteristics were: 100% resistant to ticarcillin, ticarcillin/acid clavulanic, cefazolin; 98.4% resistant to imipenem, 97% to meropenem, 98.4% to cefepime, 93.4% to levofloxacin, 95.1% to ciprofloxacin and no case of colistin resistance. 29.5% of the patients got better. Treatment failure was 70.5% by either death or unability to ween from mechanical ventilation. **Conclusions:** *A. baumannii*s resistant to many antibiotics except colistin and causes high mortality.

**Keywords:** Clinical, subclinical, hospital acquired pneumonia, *Acinetobacter baumannii*, antibiotic-resitant.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện chủ yếu là các vi khuẩn gram âm 85,8% trong đó nổi bật là *Acinetobacter baumannii* chiếm 56,74% [2]. Hiện nay có nhiều nghiên cứu ghi nhận *A.baumannii* kháng hầu hết các loại kháng sinh. Theo Vũ Quỳnh Nga *A.baumannii* kháng 100% với các Cephalosporin thế hệ III, kháng 96,6% với Cefepim, 98,3% với Ciprofloxacin và kháng 80-90% với các Carbapenem [6]; tỉ lệ cải thiện 45% [10]. Vì lệ tử vong và tính đề kháng kháng sinh cao nên VPBV do *A.baumannii* đang được đặc biệt chú ý. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với 3 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi bệnh viện do *A.baumannii* tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019.

2. Xác định mức độ đề kháng kháng sinh ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện do *A.baumannii* tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019.

3. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi bệnh viện do *A.baumannii* tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán VPBV do *A.baumannii* điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 06/2018-06/2019.

#### 1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân  $\geq 16$  tuổi được chẩn đoán VPBV.

Tiêu chuẩn chẩn đoán VPBV: sau 48 giờ kể từ khi nhập viện hoặc đặt nội khí quản xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm hoặc tổn thương phổi trên phim xquang ngực theo tiêu chuẩn của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, hội Hô hấp Việt Nam (2017) [4].

Tiêu chuẩn vi sinh: Cây định lượng đàm đường hô hấp dưới ra kết quả *A.baumannii*.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân VPBV có kết quả cấy định lượng do các tác nhân không phải *A.baumannii*.

Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, 61 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện thỏa tiêu chuẩn.

**Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, bệnh nền, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả kháng sinh đồ và kết quả điều trị.

Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu: sử dụng thông tin và kết quả xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án theo mẫu thu thập số liệu. Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 18.0 và Excel 2007, tính tỉ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2019 tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ có 61 bệnh nhân VPBV do *A.baumannii* với kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Giới tính của bệnh nhân viêm phổi bệnh viện

Thông tin chung		Số trường hợp	Tỉ lệ %
Giới	Nam	36	59,0
	Nữ	25	41,0
Tuổi	16-40	2	3,3
	41-60	12	19,7
	61-80	29	47,5
	>80	18	29,5
	Tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn		68,61±14,89

Nhận xét: nam chiếm đa số với 59% trường hợp; nhóm tuổi 61-80% hay gặp nhất, ít nhất là nhóm tuổi 16-40.

Bảng 2. Bệnh nền của bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (n=61)

Bệnh nền		Số trường hợp	Tỉ lệ %
Có	Tăng huyết áp	21	34,4
	Nhồi máu cơ tim	10	16,4
	Suy tim	12	19,7
	Đột quy và di chứng	16	26,2
	Đái tháo đường	22	36,1
	Cushing	3	4,9
	Tiêu hóa	3	4,9
	Suy thận mạn	8	13,1
	Ngoại khoa-hậu phẫu	9	14,8
Không có bệnh nền		0	0

Nhận xét: nhóm bệnh lý nền thường gặp là đái tháo đường, tăng huyết áp và thần kinh lần lượt chiếm tỉ lệ 36,1%, 34,4% và 26,2%.

#### 3.2. Lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi bệnh viện

Bảng 3. Lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân viêm phổi bệnh viện (n=61)

Triệu chứng		Số trường hợp	Tỉ lệ %
Thời điểm khởi phát	Sớm (<5 ngày)	25	41,0
	Muộn (≥5 ngày)	36	59,0
Khó thở		46	75,4
Ho		19	31,1
Thân nhiệt	≤36°C	0	0
	37,5-39°C	29	47,5
	≥39°C	32	52,5
Thay đổi tính chất đàm		56	91,8
Ran phổi		57	93,4
Đau ngực		5	8,2
Suy hô hấp		61	100
Bạch cầu	4-12. 10 <sup>9</sup> /L	4	6,6

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≥12.10 <sup>9</sup> /L	55	90,2
≤4.10 <sup>9</sup> /L	2	3,3
Tồn thương trên quang ngực	54	88,5

Nhận xét: VPBV khởi phát muộn thường gặp hơn chiếm tỉ lệ 59,0%. Các biểu hiện nổi trội là sốt 100%, suy hô hấp 100%, thay đổi tính chất đàm 91,8% và thay đổi số lượng bạch cầu 93,5%, tổn thương trên quang ghi nhận ở 88,5% trường hợp.

### 3.3. Sự đề kháng kháng sinh

Bảng 4. Kháng sinh kinh nghiệm thường dùng (n=61)

Kháng sinh kinh nghiệm	Số trường hợp	Tỉ lệ %
β-lactam/ức chế β-lactamase	3	4,9
Carbapenem	38	62,3
Cephalosporin	17	27,9
Fluroquinolon	37	60,7
Aminoglycosid	9	14,8

Nhận xét: kháng sinh kinh nghiệm được sử dụng nhiều nhất là nhóm carbapenem 62,3% và quinolon 60,7%.

Bảng 5. Kết quả kháng sinh đồ của *Acinetobacter baumannii*

Kháng sinh kinh nghiệm	Số trường hợp (tỉ lệ %)			
	Kháng	Nhạy	Trung gian	Tổng
Ampicillin/sulbactam	39 (90,7)	2 (4,7)	2 (4,7)	43 (100)
Ticarillin	18 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (100)
Ticarillin/acid clavulanic	18 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (100)
Piperacillin	18 (94,7)	0 (0)	1 (5,3)	19 (100)
Piperacillin/tazobactam	58 (96,7)	1 (1,7)	1 (1,7)	60 (100)
Cefazolin	43 (100)	0 (0)	0 (0)	43 (100)
Ceftazidim	60 (98,4)	1 (1,6)	0 (0)	61 (100)
Ceftriaxone	42 (97,7)	1 (2,3)	0 (0)	43 (100)
Cefepim	60 (98,4)	1 (1,6)	0 (0)	61 (100)
Imipenem	60 (98,4)	1 (1,6)	0 (0)	61 (100)
Meropenem	32 (97)	1 (3,0)	0 (0)	33 (100)
Gentamycin	47 (77)	10 (16,4)	4 (6,6)	61 (100)
Tobramycin	45 (73,8)	13 (21,3)	3 (4,9)	61 (100)
Ciprofloxacin	58 (95,1)	2 (3,3)	1 (1,6)	61 (100)
Levofloxacin	57 (93,4)	1 (1,6)	3 (4,9)	61 (100)
Trimethoprim/sulfamethoxazol	41 (71,9)	16 (28,1)	0 (0)	57 (100)
Colistin	0 (0)	44 (100)	0 (0)	44 (100)

Nhận xét: *A.baumannii* kháng hầu hết các loại kháng sinh với tỉ lệ rất cao, đa số kháng trên 90%, ngoại trừ colistin.

Bảng 6. Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ

Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Có	2	3,3
Không	59	96,7
Tổng	61	100

Nhận xét: đa số các trường hợp điều trị kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp với kháng sinh đồ chiếm 96,7%.

### 3.4. Kết quả điều trị

Bảng 7. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Khỏi bệnh	18	29,5
Thất bại	43	70,5

Nhận xét: tỉ lệ điều trị thất bại cao, lên đến 70,5%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân nam (59%) và 25 bệnh nhân nữ (41%). Tỉ lệ nam so với nữ là 1,44. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước [10], [12]. Trong hầu hết các nghiên cứu nam đều chiếm tỉ lệ cao hơn nữ, điều này có thể lý giải vì nam mắc nhiều bệnh đồng mắc hơn so với nữ ở cùng độ tuổi do đó thời gian nằm viện lâu dẫn đến dễ bị nhiễm khuẩn bệnh viện hơn. Chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $68,61 \pm 14,89$  tuổi, đa số nằm trong nhóm tuổi từ 61-80 tuổi, người lớn tuổi thường có các bệnh mạn tính kèm theo, cùng với các thay đổi sinh lý tuổi già dẫn đến sự suy yếu của các hệ cơ quan và hoạt động không còn hiệu quả như những người trẻ.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có bệnh nền kèm theo. Trong đó, chiếm tỉ lệ cao là nhóm bệnh mạn tính không lây như bệnh lý tim mạch gặp ở 70,5% trong tổng số bệnh nhân, tương tự đái tháo đường 36,1%, bệnh mạch máu não 26,2% và nhóm nguyên nhân do ngoại khoa 14,8%; những bệnh nhân này thường có thời gian nằm viện lâu, hoặc ảnh hưởng đến miễn dịch như đái tháo đường,... dẫn đến dễ mắc VPBV.

### 4.2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân mắc VPBV khởi phát muộn 59% gặp nhiều hơn VPBV khởi phát sớm 41%. Kết quả này tương đồng với Peerawong (2012) VPBV khởi phát muộn chiếm 81,3% và khởi phát sớm 18,7% [12]. Kết quả của Bùi Hồng Giang (2012) chủ yếu là khởi phát muộn 77% [2]. Các kết quả đều cho thấy VPBV khởi phát muộn chiếm ưu thế hơn, tuy nhiên có sự chênh lệch về tỉ lệ giữa hai nhóm do sự khác biệt về thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là suy hô hấp 100%, tăng thân nhiệt 100%, tăng hoặc giảm số lượng bạch cầu 93,5%, ran phổi 93,4%, thay đổi tính chất đàm 91,8%, tổn thương trên xquang phổi 88,5%, khó thở 75,4%, các triệu chứng khác xuất hiện với tần suất thấp hơn là ho 31,1%, đau ngực 8,2%. Vũ Quỳnh Nga (2013) có kết quả nghiên cứu khá gần với chúng tôi với sốt 96,6%, thay đổi tính chất đàm 94,9%, khó thở 59,3%, tăng tiết đàm 86,4%, ran phổi 100%, tăng hoặc giảm số lượng bạch cầu 78%, tổn thương trên xquang 98,3% [6]. Nghiên cứu của Vahid Boostani (2017) thì đàm mủ 100%, ho 18,8%, ran phổi 87,5% [13]. Sự khác nhau này có thể do khác nhau về thời gian và địa điểm nghiên cứu nên dẫn đến đặc điểm bệnh nhân cũng khác nhau.

### 4.3. Sự đề kháng kháng sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm kháng sinh carbapenem và fluroquinolon được sử dụng điều trị kháng sinh kinh nghiệm nhiều hơn các nhóm khác với tỉ lệ lần lượt là 62,3% và 60,7%, trong khi đó các nhóm  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase, cephalosporin, aminoglycosid ít được lựa chọn hơn. Điều này cũng tương đối phù hợp vì trong tình hình

kháng thuốc ngày càng gia tăng với sự xuất hiện của nhiều chủng vi khuẩn đa kháng nhất là với các vi khuẩn gram âm khi chưa có kết quả vi sinh thì sự lựa chọn carbapenem và quinolon có vẻ ưu việt hơn  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase và cephalosporin, riêng aminoglycosid luôn được cân nhắc với độc tính trên thận và không phải là lựa chọn đầu tiên trong phác đồ kinh nghiệm.

Đề kháng nhóm  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase: trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ đề kháng ticarcillin và ticarcillin/acid clavulanic là 100%, piperacillin, piperacillin/tazobactam và ampicillin/sulbactam lần lượt là 94,7%, 96,7% và 90,7%. Theo Trần Minh Giang và Trần Văn, Phan Văn Tiếng và cộng sự, Nguyễn Thanh Phương và Ngô Thanh Bình cho kết quả đề kháng ampicillin/sulbactam, ticarcillin/acid clavulanic, piperacillin/tazobactam là 100% [3], [8], [9]. Nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Phương ghi nhận kháng ampicillin 98%, piperacillin 98%, ticarcillin/acid clavulanic 95,6% [7]. Qua các nghiên cứu cho thấy không nên điều trị đơn trị *A.baumannii* bằng nhóm  $\beta$ -lactam và  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase vì tỉ lệ đề kháng rất cao.

Đề kháng nhóm cephalosporin: kết quả đề kháng cefazolin 100%, ceftazidim 98,4%, ceftriaxon 97,7% và cefepim 98,4%. Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Bình và Vũ Đình Thắng, Nguyễn Thanh Phương và Ngô Thanh Bình có kết quả đề kháng ceftazidim, ceftriaxon, cefepim 100% [1], [8]. Theo Phan Văn Tiếng, Ngô Thế Hoàng và Trần Văn Ngọc có sự đề kháng với ceftazidim, ceftriaxon 100%, cefepim 92,3% [9], nghiên cứu của Yuqin Huang trong 3 năm 2016-2018 tỉ lệ kháng thuốc tăng dần qua từng năm, đề kháng ceftriaxon 73,7% năm 2016, 95,5% năm 2018 đối với cefepim kháng 73,7% năm 2016 và lên đến 90,9% 2018. Vũ Quỳnh Nga nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy kháng ceftazidim, ceftriaxon 100%, cefepim 96,6%. Các kết quả đều có tỉ lệ đề kháng cao ở các bệnh viện trong và ngoài nước tương tự như nhóm  $\beta$ -lactam và  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase.

Đề kháng nhóm fluroquinolon: kết quả của chúng tôi có tỉ lệ kháng ciprofloxacin 95,1%, levofloxacin 93,4%. Theo Nguyễn Thanh Bình và Vũ Đình Thắng thì tỉ lệ kháng ciprofloxacin 100% [1], Nguyễn Thanh Phương và Nguyễn Thanh Bình cho kết quả kháng ciprofloxacin và levofloxacin 100% [8]. Phan Văn Tiếng và cộng sự ghi nhận kháng levofloxacin 100%, ciprofloxacin 91,7% [9]. Kết quả của Ngô Thị Hồng Phương kháng ciprofloxacin 97,9% [7] và 100% theo Vahid Boostani [14]. Đây là nhóm kháng sinh đặc lực cho điều trị nhiễm khuẩn cộng đồng lẫn bệnh viện và thường được lựa chọn nên giờ đây đang đối mặt với sự đề kháng cao trong nhiều nghiên cứu.

Đề kháng nhóm carbapenem: kết quả kháng sinh đồ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đề kháng imipenem 98,4%, meropenem 97%. Kết quả của Nguyễn Thị Thanh Bình, Vũ Đình Thắng đề kháng hai kháng sinh trên với tỉ lệ 97% [1]. Linda Shojaei cho tỉ lệ kháng carbapenem 93,1% [11]. Nghiên cứu của Nguyễn Phú Hương Lan và cộng sự cho thấy đề kháng imipenem 95,1%, meropenem 93,1% [5]. Tương tự các nhóm kháng sinh khác, các nghiên cứu đều có kết quả tỉ lệ đề kháng cao. Vì đây là nhóm kháng sinh phổ rộng, là lựa chọn an toàn cho nhiễm trùng nặng ở nhiều vị trí trong cơ thể, được sử dụng với tần suất cao tại nơi có tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao như khoa hồi sức do đó sự đề kháng với nhóm này ngày càng gia tăng.

Đề kháng nhóm aminoglycosid: trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đề kháng gentamycin là 77% và tobramycin 73,8%. Yuqin Huang cho kết quả đề kháng tobramycin 78,9% năm 2016, 72,7% năm 2018 [14]. Vì độc tính trên thận của aminoglycosid nên nhóm này ít được sử dụng do đó tỉ lệ đề kháng ở mức thấp hơn so với các nhóm khác sinh khác.

Đề kháng trimethoprim/sulfamethoxazol: trong nghiên cứu tỉ lệ đề kháng nhóm này là 71,9%. Ngô Thị Hồng Phương cho kết quả khá gần với chúng tôi 82,35% [7]. Nghiên cứu của các tác giả Phan Văn Tiếng và cộng sự thì tỉ lệ này là 100% [9], Yuqin Huang 86,4% [14]. Vũ Quỳnh Nga 91,5% [6], Vahid Boostani, sự khác nhau này có thể do tình hình vi sinh ở mỗi địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Đề kháng colistin: việc sử dụng colistin, một kháng sinh đã được đưa vào điều trị hơn 50 năm trước và bị loại bỏ trong nhiều thập kỉ vì độc tính cao, tuy nhiên trong những năm gần đây, colistin dường như là sự cứu cánh cuối cùng cho các chủng vi khuẩn gram âm đa kháng khi đã kháng gần như toàn bộ kháng sinh hiện có trong đó có *A.baumannii*. Kết quả kháng sinh đồ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 100% trường hợp còn nhạy colistin. Vũ Quỳnh Nga và Ngô Thị Hồng Phương cho kết quả tương tự như chúng tôi là chưa ghi nhận có trường hợp nào kháng với colistin [6], [7], nhưng colistin đã được ghi nhận có sự đề kháng trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phương và Ngô Thanh Bình 10%[8], Nguyễn Xuân Vinh và cộng sự 16,3% [10].

Do *A.baumannii* kháng với nhiều loại kháng sinh mà colistin lại không phải là lựa chọn đầu tiên trong phác đồ kinh nghiệm nên tỉ lệ kháng sinh kinh nghiệm phù hợp với kết quả kháng sinh đồ trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp, chỉ có 3,3%. Thực tế, dù có nhiều khuyến cáo cũng như các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và các hiệp hội lớn trên thế giới nhưng việc lựa chọn kháng sinh đầu tay luôn không dễ dàng gì nhất là khi chưa có kết quả vi sinh nên đây là một thách thức lớn cho các bác sĩ lâm sàng.

#### 4.4. Kết quả điều trị

Với tình hình nhiễm *A.baumannii* đa kháng ngày càng tăng, các bước tiến trong kháng sinh điều trị dường như chững lại so với sự gia tăng các chủng vi khuẩn kháng thuốc thêm vào đó bản thân VPBV đã là một bệnh nặng và làm trầm trọng hơn các bệnh kèm theo cũng như bệnh nền do đó tỉ lệ điều trị thất bại khá cao, chiếm đến 70,5% trong nghiên cứu bao gồm tử vong và thở máy kéo dài không thể cai máy, chỉ có 29,5% bệnh nhân có thể xuất viện về trong tình trạng hô hấp ổn định và không cần hỗ trợ thông khí. *A.baumannii* đề kháng mạnh với các kháng sinh hiện có do đó ảnh hưởng đến kết quả điều trị, khả năng thất bại và tỉ lệ tử vong cao. Peerawong Werarak và cộng sự có tỉ lệ điều trị thành công là 48,5%. Tỉ lệ này cao hơn kết quả của chúng tôi có lẽ do tình hình kháng thuốc, mức độ nặng của các bệnh nhân, điều kiện chăm sóc y tế cũng như thời gian nghiên cứu của chúng tôi thực hiện sau nhiều năm nên kết cục điều trị khác nhau.

## V. KẾT LUẬN

Trong 61 trường hợp được nghiên cứu, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp là sốt 100%, suy hô hấp 100%, thay đổi tính chất đàm 91,8% và thay đổi số lượng bạch cầu 93,5%, ran phổi 93,4%, thay đổi tính chất đàm 91,8%, tổn thương trên quang ngực 88,5%.

*A.baumannii* đề kháng với nhiều loại kháng sinh: 100% với ticarcillin, ticarcillin/acid clavulanic, cefazolin; imipenem 98,4%, meropenem 97%, cefepim 98,4%, levofloxacin 93,4%, ciprofloxacin 95,1%, chưa ghi nhận trường hợp nào kháng với colistin.

Kết quả điều trị có 29,5% bệnh nhân khỏi bệnh, 70,5% bệnh nhân thất bại với điều trị vì tử vong hoặc không thể cai máy thở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình và Vũ Đình Thắng (2014). Khảo sát đặc điểm đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy điều trị khoa hồi sức tích cực - chống độc bệnh viện Nhân Dân 115. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 1, 324-329.
2. Bùi Hồng Giang (2013). *Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2012*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội. Hà Nội
3. Trần Minh Giang và Trần Văn Ngọc (2014). Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vi sinh trên bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa sản sóc đặc biệt bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 1, 284-289.
4. Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam và hội Hô hấp Việt Nam (2017). *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy*. Nhà xuất bản y học. Hà Nội, tr. 21-27.
5. Nguyễn Phú Hương Lan và cộng sự (2012). Khảo sát mức độ đề kháng kháng sinh của Acinetobacter và Pseudomonas phân lập tại bệnh viện nhiệt đới năm 2010. *Thời sự y học*, 68, 9-12.
6. Vũ Quỳnh Nga (2013). Đặc điểm nhiễm khuẩn Acinetobacter baumannii ở bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 1, 197-203.
7. Ngô Thị Hồng Phương và cộng sự (2013). Tình hình kháng kháng sinh của Acinetobacter baumannii phát hiện được tại viện Pasteur TP Hồ Chí Minh, *Tạp chí khoa học Đại học Sư phạm Thành phố Hồ Chí Minh*, số 47, 113-118.
8. Nguyễn Thanh Phương và Ngô Thanh Bình (2013). Phân tích vi khuẩn học gây viêm phổi bệnh viện sau phẫu thuật bụng tại khoa sản sóc đặc biệt, bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 17 phụ bản số 1, 88-96
9. Phan Văn Tiếng, Ngô Thế Hoàng và Trần Văn Ngọc (2013). Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi thở máy tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa Bình Dương. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 3, 275-281.
10. Nguyễn Xuân Vinh và cộng sự (2014). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi bệnh viện do vi khuẩn Acinetobacter baumannii ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 1, 312-317
11. Lida Shojaei and et (2016). Clinical response and outcome of pneumonia due to multi-drug resistant Acinetobacter baumannii in critically ill patients. *Iranian Journal of Microbiology*. Vol 8, No.5, 288-279.
12. Peerawong Werarak and et (2012). Acinetobacter baumannii Nosocomial Pneumonia in Tertiary Care Hospitals in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, Vol 95, No. 2, 25-33.
13. Vahid Boostani (2017). Incidence of Hospital-Acquired Bacterial Pneumonia and Its Resistance Profiles in Patients Admitted to Intensive Care Unit. *Global Journal of Health Science*, Vol 9, No. 3, 73-79.
14. Yuqin Huang và các cộng sự (2019), *Acinetobacter baumannii ventilator-associated pneumonia: clinical efficacy of combined antimicrobial therapy and in vitro drug sensitivity test results*, *Frontiers in Pharmacology*.

(Ngày nhận bài: 08/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 11/09/2020)

---