

thy.2016.0260

8. **Hedman C, Djärv T, Strang P, Lundgren CI.** Determinants of long-term quality of life in patients with differentiated thyroid carcinoma - a population-based cohort study in Sweden. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2016;55(3):365-369.

doi:10.3109/0284186X.2015.1102965

9. **Chae JK, Kim JH, Kim EJ, Park K.** Values of a Patient and Observer Scar Assessment Scale to Evaluate the Facial Skin Graft Scar. *Ann Dermatol.* 2016;28(5):615-623.
doi:10.5021/ad.2016.28.5.615

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ABIRATERONE ACETATE + PREDNISOLON UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN KHÁNG CẮT TINH HOÀN

Dương Nguyễn Khánh Linh¹, Nguyễn Thị Thái Hòa², Lê Thị Khánh Tâm³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị Abiraterone Acetate + Prednisolon ung thư tuyến tiền liệt di căn kháng cắt tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc 56 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt di căn kháng cắt tinh hoàn được điều trị bằng Abiraterone Acetate + Prednisolon tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K từ tháng 01/2015 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 74,18 ± 7,93 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp tại thời điểm chẩn đoán: đau xương (39,3%), tiểu khó (35,7%); tiểu dắt (30,4%); bí tiểu (10,7%); tiểu máu (7,1%). Đa số các bệnh nhân đạt được đáp ứng PSA (73,2%). Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) trên hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 đạt 60,7%. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trung bình là 15,8±3,8 tháng. Kết luận: Phác đồ cho kết quả tốt đối với UT TTL giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn

Từ khóa: Abiraterone Acetate + Prednisolon, Ung thư tuyến tiền liệt, giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF ABIRATERONE ACETATE + PREDNISOLON IN METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER

Objective: Evaluate the results of Abiraterone Acetate + Prednisolon in metastatic castration – resistant prostate cancer at Huu Nghi Hospital and K Hospital. **Patients and methods:** Retrospective descriptive study of 56 patients with metastatic castration – resistant prostate cancer at Huu Nghi Hospital and K Hospital from January 2015 to July 2022. **Results:** The mean age of patients was 74,18±7,93 years old. Common clinical symptoms at the diagnosis: bone pain (39,3%), dysuria (35,7%); urinary incontinence (30,4%); urinary retention (10,7%); hematuria (7,1%). **Treatment results:** the

majority of patients achieved PSA response (73,2%). Overall response rate (ORR) on images according to RECIST 1.1 criteria reached 60,7%. Median progression-free survival (PFS) was 15,8±3,8 months. **Conclusion:** The regimen gave good results for metastatic castration – resistant prostate cancer.

Keywords: Abiraterone Acetate + Prednisolon, Prostate cancer, metastatic castration – resistant stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt là tại các nước phát triển [1]. Theo ước tính của GLOBOCAN 2018, trên thế giới có 1.276.100 trường hợp mắc mới, với tỷ suất 29,3/100.000, và 359.000 trường hợp tử vong do UT TTL, với tỷ suất 7,6/100.000 [2]. So với các loại ung thư khác ở nam giới, ung thư tuyến tiền liệt là ung thư có tiên lượng tốt. Do tính chất đặc thù là diễn tiến bệnh thường chậm và điều trị có hiệu quả dù bệnh ở giai đoạn tiến xa.

Điều trị UT TTL bằng nhiều phương pháp khác nhau bao gồm phẫu thuật, xạ trị, nội tiết, hoá trị và miễn dịch tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, yếu tố nguy cơ và tiên lượng sống thêm của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân ở giai đoạn sớm, yếu tố nguy cơ thấp, tiên lượng sống thêm ngắn, bệnh nhân được theo dõi sát và trì hoãn điều trị tới khi có triệu chứng. Khi bệnh nhân ở giai đoạn di căn, điều trị nội tiết với liệu pháp ức chế Androgen là căn bản. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, sau một thời gian, bệnh tiến triển và kháng với liệu pháp này, khi đó bệnh nhân sẽ được chẩn đoán là kháng cắt tinh hoàn và phải thay đổi liệu pháp điều trị. Khi đã xác định UT TTL kháng cắt tinh hoàn: tùy thuộc toàn trạng bệnh nhân, các bệnh lý phối hợp, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng, sẽ điều trị nội tiết, hoá trị hoặc chăm sóc giảm nhẹ.

Abiraterone là một thuốc nội tiết mới có cơ chế tác dụng là ức chế tổng hợp androgen. Tại Việt Nam, chỉ định điều trị Abirateron ngày càng được ưu tiên vì hiệu quả của nó và hạn chế được tác dụng không mong muốn. Để đánh giá kết

^{1,3}Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nguyễn Khánh Linh

Email: duongkhanhlinh11@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2022

Ngày duyệt bài: 12.9.2022

quả của điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “*Kết quả điều trị Abiraterone Acetate – Prednisolon Ung thư tuyến tiền liệt di căn kháng cắt tinh hoàn tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K*”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu tiến hành trên 56 bệnh nhân UT TTL di căn kháng cắt tinh hoàn được điều trị bằng Abiraterone Acetate - Prednisolon tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K từ Tháng 01/2015 đến tháng 7/2022

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán UT TTL di căn kháng cắt tinh hoàn:
+ Có kết quả mô bệnh học khẳng định UT TTL
+ Có bằng chứng di căn trên xạ hình xương và/ hoặc tổn thương di căn trên CT/MRI. Nếu hạch bạch huyết là bằng chứng di căn duy nhất, kích thước trục ngắn hạch phải $\geq 15\text{mm}$

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán kháng cắt tinh hoàn: Testosterone huyết thanh ở ngưỡng cắt tinh hoàn: dưới 50ng/dL hoặc dưới 1,7nmol/L và kèm theo ít nhất một trong hai tiêu chuẩn sau:

• Tiến triển sinh học: PSA tăng ở 3 lần thử liên tiếp cách nhau mỗi tuần, ít nhất hai lần tăng trên 50% so với mức thấp nhất (nadir), và một lần PSA tăng trên 2ng/mL.

• Tiến triển hình ảnh: Xuất hiện từ hai tổn thương xương mới trên xạ hình trở lên hoặc tiến triển các tổn thương không phải xương theo tiêu chuẩn RECIST.

- Chỉ số toàn trạng ECOG từ 0 – 2

- Chức năng gan, thận, huyết học trước điều trị trong giới hạn bình thường

- Điều trị bằng Abiraterone Acetate – Prednisolon tối thiểu 3 tháng, có đánh giá sau điều trị

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Giải phẫu bệnh không phải là UT TTL

- Có bệnh ung thư thứ hai

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện tại cơ sở tiến hành.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc.

2.5. Cách thức tiến hành:

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án

- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị

- Đánh giá bệnh nhân sau 3 tháng điều trị

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $74,18 \pm 7,93$ tuổi. Bệnh nhân lớn nhất là 92 tuổi và nhỏ nhất là 57 tuổi. Độ tuổi từ 65-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 34/56 bệnh nhân, tương ứng với 60,7%

- Đa số các bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh mạn tính kèm theo (60,7%), bệnh lý mạn tính đi kèm phổ biến nhất là Tăng huyết áp, chiếm 22/56 bệnh nhân (44,6%)

Bảng 1. Đặc điểm một số triệu chứng lâm sàng chính

	N	%
Tiểu dầm	17	30,4
Tiểu khó	20	35,7
Đau xương	22	39,3
Tiểu máu	4	7,1
Bí tiểu	6	10,7
Khám thấy hạch	4	7,1

- Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất tại thời điểm chẩn đoán UT TTL kháng cắt tinh hoàn là đau xương (39,3%) sau đó là các rối loạn tiểu tiện (tiểu khó chiếm 35,7%; tiểu dầm chiếm 30,4%; bí tiểu chiếm 10,7% và tiểu máu chiếm 7,1%).

Bảng 2. Phân loại theo điểm Gleason

Điểm Gleason	N	%
Gleason ≤ 8 điểm	26	46,4
Gleason > 8 điểm	30	53,6

- Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có tổn thương di căn hạch hoặc di căn tạng (có hoặc không kèm theo di căn xương) được coi là tổn thương đích khi đánh giá đáp ứng theo RECIST1.1 (41/56 bệnh nhân chiếm 73,2%); có 26,8% các bệnh nhân chỉ có tổn thương di căn xương.

- Đa số các bệnh nhân có thời gian từ khi điều trị nội tiết đến khi KCTH là > 18 tháng (chiếm 55,4%). Trung vị thời gian kháng cắt tinh hoàn là 19,5 tháng (ngắn nhất là 3,2 tháng và dài nhất là 84,0 tháng).

3.2. Đặc điểm điều trị

- Tại thời điểm chẩn đoán UT TTL kháng cắt tinh hoàn, có 41,1% bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn, 25% bệnh nhân đã có điều trị xạ trị và 10,8% bệnh nhân đã được hóa trị Docetaxel trước đó.

- Đa số các bệnh nhân được điều trị ADT bằng phương pháp ngoại khoa (60,7%), có 35,7% được điều trị ADT bằng thuốc đồng vận LHRH; và có 3,6% bệnh nhân sử dụng thuốc đối vận LHRH.

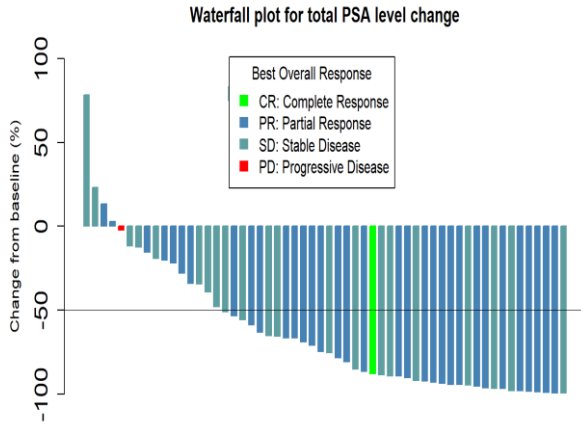
3.3. Đáp ứng điều trị

3.3.1. Đáp ứng PSA

Bảng 3: Đáp ứng theo PSA sau 3 tháng điều trị (*)

Tình trạng đáp ứng	N	%
Đáp ứng PSA	41	73,2
Không đáp ứng PSA	15	26,8
Tổng	56	100

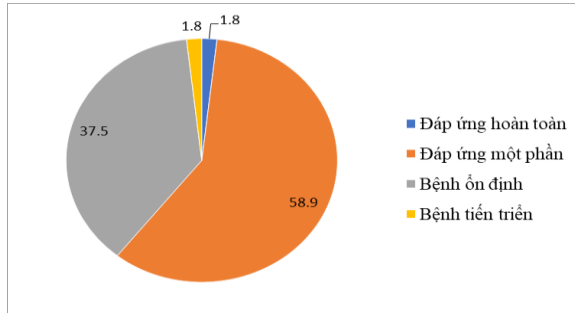
(*) Đáp ứng PSA đạt được khi nồng độ PSA giảm $\geq 50\%$ sau điều trị



Biểu đồ 1: Sự thay đổi nồng độ PSA toàn phần theo đáp ứng RECIST

Nhận xét: Đánh giá được ghi nhận sau 3 tháng điều trị, đa số các bệnh nhân đạt được đáp ứng PSA (73,2%), có 26,8% bệnh nhân không đạt được đáp ứng PSA. Tuy nhiên đáp ứng PSA không hoàn toàn tương xứng với đáp ứng thực thể trên hình ảnh (theo RECIST); trong số 15 bệnh nhân không đạt được đáp ứng PSA, có 7 bệnh nhân vẫn đạt đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST.

3.3.2. Đáp ứng thực thể trên hình ảnh theo RECIST 1.1

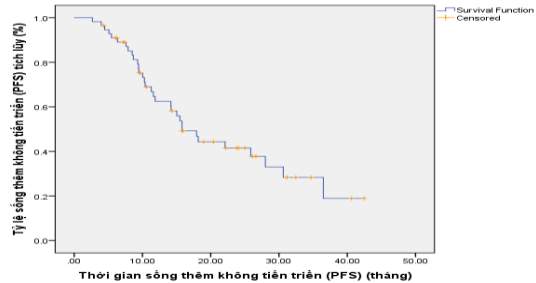


Biểu đồ 2: Đáp ứng thực thể trên hình ảnh theo RECIST 1.1 sau 3 tháng điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) trên hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 đạt 60,7%; trong đó đáp ứng hoàn toàn 1,8%; đáp ứng một

phần 58,9%. Có 37,5% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên và có 1,8% bệnh tiến triển sau 3 tháng điều trị.

3.3.3. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS)



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không tiến triển

Bảng 4: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển theo năm

Sống thêm theo Kaplan- Meier	1 năm	2 năm	3 năm
Số trường hợp xảy ra biến cố tích lũy (n)	19	28	32
Tỷ lệ sống thêm không tiến triển tích lũy (%)	62,5%	41,5%	18,9%
Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (95%CI)	15,8 (11,9-19,6)		

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 62,5%; 41,5%; 18,9%. Đa số các biến cố tiến triển xảy ra ở năm đầu tiên sau điều trị. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển đạt 15,8 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả điều trị Abiraterone Acetate – Prednisolon trên 56 bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn tại bệnh viện Hữu Nghị và bệnh viện K. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,18 \pm 7,93$ tuổi (từ 47 đến 92 tuổi), trong đó nhóm tuổi từ 65-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60,7%. Kết quả này cũng tương đương với độ tuổi của bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn được báo cáo trong nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm [3], với tuổi trung bình $71,9 \pm 7,7$ năm, với 76% bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 65 đến 79 tuổi. Tương tự trong nghiên cứu của Giorgio Gandaglia với tuổi trung bình là 75 (từ 67 đến 82) [4].

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp tại thời điểm chẩn đoán là đau xương (39,3%) sau đó là các rối loạn tiểu tiện (tiểu khó chiếm 35,7%; tiểu dắt chiếm 30,4%; bí tiểu chiếm 10,7% và tiểu máu chiếm 7,1%). Đa số các bệnh nhân có ít

nhất 1 bệnh mạn tính kèm theo, bệnh lý mạn tính đi kèm phổ biến nhất là Tăng huyết áp, chiếm 22/56 bệnh nhân (44,6%). Về đặc điểm mô bệnh học, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, với độ mô học tính theo Gleason từ 7 đến 10, trong đó đa số các bệnh nhân có điểm Gleason >8 điểm (chiếm 53,6%). Những bệnh nhân có điểm Gleason cao ở giai đoạn di căn có tiên lượng xấu, bệnh tiến triển kháng cắt tinh hoàn sớm dù được điều trị tích cực.

- Trong số các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, di căn hạch hay gặp nhất với tỉ lệ 87,5%. Vị trí hạch di căn thường gặp nhất là hạch chậu (chiếm 48,2%) sau đó đến hạch bẹn, hạch chủ bụng và hạch trung thất, hạch thượng đòn với tỷ lệ lần lượt là 14,3%; 10,7%; 7,1% và 7,1%.

- Cơ quan di căn xa thường gặp nhất là xương (chiếm 73,2%). Di căn tạng hiểm gặp, tỷ lệ di căn gan là 3,6%; di căn phổi là 1,8%. Trong nghiên cứu của Gandaglia, Abdollah [4] xương là vị trí di căn thường gặp nhất của UT TTL, chiếm 84% bệnh nhân giai đoạn di căn.

- Tại thời điểm chẩn đoán UT TTL kháng cắt tinh hoàn, có 41,1% bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn, 25% bệnh nhân đã có điều trị xạ trị và 10,8% bệnh nhân đã được hóa trị Docetaxel trước đó.

- Đa số các bệnh nhân được điều trị ADT bằng phương pháp ngoại khoa (60,7%), số còn lại (39,3%) lựa chọn phương pháp cắt tinh hoàn nội khoa. Cắt tinh hoàn ngoại khoa là một thủ thuật đơn giản và tương đối hiệu quả, nồng độ Testosterone nhanh chóng giảm xuống mức cắt tinh hoàn trong vòng 2 – 3 ngày đầu [5]. Cắt tinh hoàn nội khoa với cơ chế làm giảm sản xuất testosterone thông qua tác động trên trục hạ đồi – tuyến yên [6].

- Đa số các bệnh nhân có thời gian từ khi điều trị nội tiết đến khi KCTH là >18 tháng (chiếm 55,4%). Trung vị thời gian kháng cắt tinh hoàn là 19,5 tháng (ngắn nhất là 3,2 tháng và dài nhất là 84,0 tháng).

- Đa số các bệnh nhân đạt được đáp ứng PSA (73,2%), có 26,8% bệnh nhân không đạt được đáp ứng PSA. Tuy nhiên đáp ứng PSA không hoàn toàn tương xứng với đáp ứng thực thể trên hình ảnh (theo RECIST); trong số 15 bệnh nhân không đạt được đáp ứng PSA, có 7 bệnh nhân vẫn đạt đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST. Điều này chưa được giải thích rõ nguyên nhân, tuy nhiên đã có giả thuyết đặt ra về hiện tượng "PSA - flare" có thể gặp khi điều trị với Abiraterone. Theo Salvatore và cộng sự, có khoảng 8.7% số

ca có tăng PSA sớm trong vòng 12 tuần đầu sau khi bắt đầu điều trị với Abiraterone [6]. Vì vậy, nếu chỉ tăng PSA đơn thuần trong 12 tuần đầu mà không có biểu hiện lâm sàng và tiến triển trên hình ảnh học thì nên xem xét kỹ đây có phải là tiến triển thật sự hay là một PSA-flare để quyết định việc dừng điều trị.

- Đánh giá trên chẩn đoán hình ảnh, Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) trên hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 đạt 60,7%; trong đó đáp ứng hoàn toàn 1,8%; đáp ứng một phần 58,9%. Có 37,5% bệnh nhân được đánh giá bệnh giữ nguyên và có 1,8% bệnh tiến triển sau 3 tháng điều trị.

- Theo nghiên cứu của chúng tôi, Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển đạt 15,8 tháng, PFS thấp nhất là 11,9 tháng và PFS cao nhất đạt 19,6 tháng. Kết quả này cũng tương đồng như trong nghiên cứu COU-AA-302 [7], trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên X-quang là 16,5 tháng với Abiraterone-Prednisolon và 8,3 tháng với prednisolon-giảm được.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 bệnh nhân UT TTL di căn kháng cắt tinh hoàn sau 3 tháng được điều trị bằng Abiraterone Acetate - Prednisolon tại Bệnh viện Hữu Nghị và Bệnh viện K từ Tháng 01/2015 đến tháng 7/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi mắc bệnh thường gặp 65-79 tuổi chiếm 60,7%, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh phổi hợp là 60,7%. Tất cả các bệnh nhân đều có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến tiền liệt, đa số các bệnh nhân có điểm Gleason >8 điểm (chiếm 53,6%)
- Đa số các bệnh nhân đạt được đáp ứng PSA (73,2%)
- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ trên chẩn đoán hình ảnh đạt 60,7%
- Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển đạt 15,8 tháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. và cộng sự. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012. *Int J Cancer*, 136(5), E359–E386.
2. Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I. và cộng sự. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*, 144(8), 1941–1953.
3. Tâm L.T.K. đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn iv. 136.
4. Gandaglia G., Abdollah F., Schiffmann J. và cộng sự. (2014). Distribution of metastatic sites in

patients with prostate cancer: A population-based analysis: Sites of Metastases in PCa Patients. *Prostate*, 74(2), 210–216.

5. **Loblaw D.A., Mendelson D.S., Talcott J.A. và cộng sự. (2004).** American Society of Clinical Oncology Recommendations for the Initial Hormonal Management of Androgen-Sensitive Metastatic, Recurrent, or Progressive Prostate Cancer. *JCO*, 22(14), 2927–2941.
6. **Burgio S.L., Conteduca V., Rudnas B. và cộng sự. (2015).** PSA Flare With Abiraterone in

Patients With Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*, 13(1), 39–43.

7. **Miller K., Carles J., Gschwend J.E. và cộng sự. (2018).** The Phase 3 COU-AA-302 Study of Abiraterone Acetate Plus Prednisone in Men with Chemotherapy-naïve Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Stratified Analysis Based on Pain, Prostate-specific Antigen, and Gleason Score. *European Urology*, 74(1), 17–23.

SỰ ĐỀ KHÁNG CARBAPENEM CỦA VI KHUẨN ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Trần Linh Sơn¹, Trần Đỗ Hùng², Huỳnh Quang Minh³,
Lê Thị Bé Ngoan³, Nguyễn Hồng Hà², Dương Ngọc Thanh Trúc⁴,
Phạm Thị Ngọc Nga², Nguyễn Hữu Chương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay *Acinetobacter baumannii* được xem là nguyên nhân hàng đầu gây nên nhiễm khuẩn bệnh viện với mức độ đề kháng kháng sinh ở mức báo động và ngày càng gia tăng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đề kháng carbapenem và sự hiện diện các gen OXA-51, OXA-23, IMP mã hoá carbapenemase của vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 135 mẫu vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* được phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đề kháng carbapenem chung của *Acinetobacter baumannii* cao, 88,1%. Trong đó, tỷ lệ đề kháng với meropenem là 93,3%, ertapenem là 90,4% và imipenem là 86,7%. Đến 94,1% mẫu vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* có sự hiện diện của gen OXA-51, gen OXA-23 là 89,6% và thấp nhất là sự hiện diện của gen IMP với 14,1%. **Kết luận:** Tỷ lệ đề kháng carbapenem của *Acinetobacter baumannii* khá cao, 88,1%. Trong 3 gen khảo sát, OXA-51 là gen xuất hiện nhiều nhất (93,3%).

Từ khoá: *Acinetobacter baumannii*, đề kháng kháng sinh, carbapenemase

SUMMARY

RESEARCH RATE OF CARBAPENEM RESISTANCE OF ACINETOBACTER

¹Trường Đại Học Cửu Long

²Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

⁴Ban an toàn vệ sinh thực phẩm Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

BAUMANNII AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL 2021-2022

Background: Currently, *Acinetobacter baumannii* is considered the leading cause of nosocomial infections with an alarming and increasing level of antibiotic resistance. **Objectives:** to determine the prevalence of carbapenem resistance and the presence of OXA-51, OXA-23, IMP genes encoding carbapenemase of bacteria *Acinetobacter baumannii* at Can Tho City General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis on 135 samples of *Acinetobacter baumannii* bacteria isolated from respiratory specimens at Can Tho City General Hospital in 2021-2022. **Results:** The overall carbapenem resistance prevalence of *Acinetobacter baumannii* was high, 88.1%. In which, the prevalence of resistance to meropenem was 93.3%, ertapenem was 90.4% and imipenem was 86.7%. Up to 94.1% of *Acinetobacter baumannii* samples had the presence of the OXA-51 gene, the OXA-23 gene was 89.6% and the lowest was the presence of the IMP gene with 14.1%. **Conclusion:** The carbapenem resistance rate of *Acinetobacter baumannii* was quite high, 88.1%. Of the three genes surveyed, OXA-51 was the most common (93.3%).

Keywords: *Acinetobacter baumannii*, antibiotic resistance, carbapenemase

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, theo báo cáo của WHO (2017), *Acinetobacter baumannii* (*A.baumannii*) được xác định là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất với mức độ đề kháng kháng sinh đang tăng dần hằng năm trên nhiều quốc gia trên thế giới và được xếp vào nhóm vi khuẩn ưu tiên số 1 hiện nay trong kiểm soát và điều trị [1]. Tại Việt Nam, khả năng gây bệnh và mức độ đề kháng