

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG TỪ 2016 - 2021

Nguyễn Kim Thu^{1,2}, Lê Viết Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm Burkholderia pseudomallei tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhiễm Burkholderia pseudomallei trong thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 7 năm 2021, tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn B. pseudomallei: 93,2% với imipenem; 96,3% với meronem; 93,3% với ceftazidim; 88,4% với Amoxicillin + Aclavulanic; 82,2% với TMP-SMX, 100% với Doxycyclin; 76,2% với Tetracyclin. Tỷ lệ đề kháng có xu hướng tăng: 2,7% với imipenem; 3,7% với meronem; 1,3% với ceftazidim; 9,3% với Amoxicillin + Aclavulanic; 16,4% với TMP-SMX; 14,3% với tetracyclin. TMP-SMX không làm giảm tỷ lệ tử vong, thời gian cắt sốt khi phối hợp với kháng sinh đường tĩnh mạch. Tỷ lệ tử vong chung là 11,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 26,72 ± 16,20 ngày. Thời gian cắt sốt sau điều trị chủ yếu dưới 7 ngày, chiếm 53,4%.

Từ khóa: Melioidosis, Burkholderia pseudomallei

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN BURKHOLDERIA PSEUDOMALLEI INFECTED PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES FROM 2016-2021

Objectives: evaluation of a treatment outcome of patients infected with Burkholderia pseudomallei at the National Hospital for Tropical Diseases. **Methods:** cross-sectional study was conducted on 79 patients with confirmed Burkholderia pseudomallei infection, between 2016 and 2021, at National Hospital of Tropical Diseases. **Results and conclusions:** Antibiotic susceptibility rate of 75 Burkholderia pseudomallei isolates: imipenem 93,2%; meropenem 96,3%; ceftazidim 93,3%; Amoxicillin + Aclavulanic 88,4%; TMP-SMX 82,2%; doxycyclin 100%; Tetracyclin 76,2%. Antibiotic resistance rate of 75 Burkholderia pseudomallei isolates: imipenem 2,7%; meropenem 3,7%; ceftazidim 1,3%; Amoxicillin + Aclavulanic 9,3%; TMP-SMX 16,4%; tetracyclin 14,3%. TMP-SMX did not reduce mortality rate and fever time when combined with intravenous antibiotics. The overall mortality rate

was 11.4%. The mean hospital stay period was 26.72 ± 16.20 days. The fever time after treatment was mainly less than 7 days, accounting for 53.4%.

Key words: Melioidosis, Burkholderia pseudomallei

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Burkholderia pseudomallei, một vi khuẩn gram âm, tồn tại trong môi trường tự nhiên (được tìm thấy trong đất và nước bẩn) là một vấn đề y tế nổi trội tại các khu vực lưu hành bệnh đặc biệt ở Bắc Australia và Đông Nam Á. Bệnh cảnh nhiễm trùng do B. pseudomallei có thể có thời gian ủ bệnh kéo dài; diễn biến cấp tính, bán cấp hay mạn tính với bệnh cảnh lâm sàng đa dạng gây chậm trễ trong chẩn đoán xác định và điều trị.¹ Tỷ lệ tử vong đối với bệnh melioidosis dao động từ 14% đến 40%, và có thể cao tới 80% nếu không sử dụng thuốc kháng sinh hiệu quả. Hiện nay, ceftazidim và carbapenem, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) và doxycyclin là những kháng sinh được lựa chọn trong điều trị, tuy nhiên đã có báo cáo về các trường hợp kháng với những kháng sinh này.

Việt Nam cũng nằm trong vùng dịch tễ của bệnh với trường hợp nhiễm bệnh lần đầu tiên được phát hiện tại Thủ Đức (Sài Gòn) vào năm 1925. Trước đây cho rằng B. pseudomallei ít có vai trò gây bệnh, tuy nhiên trong vài năm gần đây được quan tâm nhiều và còn là một trong những vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tại cộng đồng đáng chú ý tại các tỉnh Bắc Trung Bộ ở Việt Nam với nhiều trường hợp tử vong. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy về bệnh Melioidosis tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Quân Y 103 từ năm 2013 - 2017, tỷ lệ tử vong ở mức cao là 30,8%.²

Xuất phát từ tỉ lệ tử vong cao và tỉ lệ kháng kháng sinh cao hiện nay, nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị và theo dõi tính nhạy cảm kháng sinh ở bệnh nhân nhiễm trùng do B. pseudomallei, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu Đánh giá tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm trùng do B. pseudomallei.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: là 79 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn do B. pseudomallei tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ năm 2016 đến năm 2021.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Thu

Email: nguyenkimthu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn huyết do Burkholderia pseudomallei khi có đủ tiêu chuẩn (a) và (b):

a) Chẩn đoán ca bệnh nghi ngờ khi có ít nhất 1 trong các biểu hiện lâm sàng tại các cơ quan: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, ổ áp xe trong ổ bụng, nhiễm trùng da mô mềm, nhiễm trùng xương khớp, nhiễm trùng thần kinh, nhiễm trùng sinh dục, áp xe hoặc viêm mủ tuyến mang tai,..

b) Xét nghiệm nuôi cấy các bệnh phẩm như máu, đờm, dịch não tủy,... phân lập được vi khuẩn B. pseudomallei.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** + Kết quả nuôi cấy máu đồng thời dương tính với vi khuẩn khác.

+ Bệnh nhân nhiễm HIV.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Nội dung và biến số nghiên cứu:

+ Dịch tễ: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sinh sống, mùa, yếu tố bệnh nền.

+ **Tính nhạy cảm kháng sinh và kết quả điều trị:** - Mức độ nhạy cảm kháng sinh

- Khởi đầu kháng sinh và phối hợp kháng sinh điều trị nhiễm trùng do B. pseudomallei trên lâm sàng giai đoạn tấn công.

- Thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch

- Thời gian nằm viện, thời gian cắt sốt

- So sánh giữa nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX trong giai đoạn tấn công:

+ Thời gian cắt sốt

+ Tỷ lệ tử vong

- Tỷ lệ các kết quả điều trị: khỏi, nặng xin về và tử vong

Xử lý số liệu: Theo các thuật toán thống kê trong phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 79 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ năm 2016 đến năm 2021

Bảng 1. Đặc điểm về dịch tễ (n=79)

Đặc điểm		Số trường hợp (%)
Giới	Nam	65 (82,0)
	Nữ	14 (18,0)
Tuổi trung bình		53,14±13,14
Sinh sống	Nông thôn	68 (86,0)
	Thành phố	11 (14,0)
Diễn biến bệnh trước khi nhập viện	≤ 7 ngày	18 (22,7)
	8 – 14 ngày	27 (34,2)
	15 – 60 ngày	27 (34,2)
	>60 ngày	7(8,9)
Mức độ nhiễm trùng	Nhiễm khuẩn huyết	68(86,0)
	Nhiễm khuẩn khứ trú	11(14,0)

Bảng 2. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của B. pseudomallei

Loại kháng sinh	n	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
		n(s)	%	n(i)	%	n(r)	%
Imipenem	74	69	93,2	3	4,1	2	2,7
Meropenem	27	26	96,3			1	3,7
Ceftazidime	75	70	93,3	4	5,4	1	1,3
Amo + a.clavulanic	43	38	88,4	1	2,3	4	9,3
TMP-SMX	73	60	82,2	1	1,4	12	16,4
Tetracyclin	21	16	76,2	2	9,5	3	14,3
Doxycycline	22	22	100				

Nhận xét: Có 75 chủng được làm kháng sinh đồ. Trong đó 47 chủng theo phương pháp kháng sinh đồ định lượng Etest dựa trên nồng độ ức chế tối thiểu MIC. 28 chủng theo phương pháp khoan giấy khuếch tán Kirby – Bauer.

- Tỷ lệ nhạy cảm: 93,2% với imipenem; 96,3% với meronem; 93,3% với ceftazidim; 88,4% với Amo + A.clavulanic; 82,2% với TMP-SMX, 100% với Doxycycline; 76,2% với Tetracyclin.

- Tỷ lệ trung gian: 4,1% với imipenem; 5,4% với ceftazidim; 2,3% với Amo + A.clavulanic; 1,4% với TMP-SMX; 9,5% với tetracyclin.

- Tỷ lệ kháng: 2,7% với imipenem; 3,7% với meronem; 1,3% với ceftazidim; 9,3% với Amo + A.clavulanic; 16,4% với TMP-SMX; 14,3% với

tetracyclin.

3.1 Kết quả điều trị nhiễm trùng do B. pseudomallei

3.1.1 Kháng sinh điều trị nhiễm trùng do B. pseudomallei

Bảng 3. Khởi đầu kháng sinh và phối hợp kháng sinh điều trị nhiễm trùng do B. pseudomallei trên lâm sàng giai đoạn tấn công

Kháng sinh	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Ceftazidim	25	31,6
Imipenem	10	12,7
Meropenem	18	22,8
IV* + TMP-SMX	26	32,9
Tổng	79	100

*Kháng sinh IV: Kháng sinh đường tĩnh mạch: ceftazidim, imipenem, meropenem

Nhận xét: Khởi đầu kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là phối hợp kháng sinh IV* + TMP-SMX chiếm 32,9%, tiếp theo là kháng sinh ceftazidim đơn độc là 31,6%.

Bảng 4. Thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch (n=79)

Thời gian dùng	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 14 ngày	24	30,4
15 – 28 ngày	34	43,0
29 – 56 ngày	21	26,6

Nhận xét: Thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch trên 2 tuần chiếm 69,6%.

3.1.1.1 Diễn biến quá trình điều trị

Kết quả điều trị chung

Bảng 5. Kết quả điều trị (n=79)

Kết quả điều trị	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	70	88,6
Nặng xin về và tử vong	9	11,4

Bảng 7. So sánh thời gian cắt sốt trung bình giữa nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX trong giai đoạn tấn công

	Kháng sinh đường tĩnh mạch (n=50)	Kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX (n=24)	p
Thời gian cắt sốt trung bình** $\bar{X} \pm SD$ (ngày)	10,3 ± 8,9	8,5 ± 5,6	0,668*

*: Kiểm định Man-Whitney \bar{X} : giá trị trung bình SD: độ lệch chuẩn

** : Loại trừ 5 trường hợp sốc nhiễm khuẩn và tử vong khi vào viện

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình và thời gian cắt sốt trung bình giữa 2 nhóm điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch và kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX không có sự khác biệt.

Bảng 8. So sánh tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX trong giai đoạn tấn công

	Kháng sinh đường tĩnh mạch (n=53)		Kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX (n=26)		p
	n	%	n	%	
Tử vong	5	9,4	4	15,4	0,467*
Sống sót	48	90,6	22	84,6	

*: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong của 2 nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX không có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

Có 99 bệnh phẩm nuôi cấy phân lập ra *B. pseudomallei*. Chúng tôi chọn 75 chủng được làm kháng sinh đồ. Do trên 1 bệnh nhân nuôi cấy máu và dịch cơ thể khác đều phân lập ra *B. pseudomallei*. Trong đó 47 chủng theo phương pháp kháng sinh đồ định lượng dựa trên nồng độ ức chế tối thiểu và 28 chủng được làm theo phương pháp khoanh giấy khuếch tán Kirby – Bauer.

Nhận xét: Có 88,6% bệnh nhân khỏi bệnh và đỡ chuyển tuyến dưới. 11,4% bệnh nhân nặng xin về và tử vong.

Bảng 6. Thời gian nằm viện và thời gian cắt sốt

		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện (n=79)	≤ 14 ngày	18	22,8
	> 14 ngày	61	77,2
	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	26,72 ± 16,20	
Thời gian cắt sốt (n=74)*	≤ 7 ngày	38	51,4
	7 – 14 ngày	25	33,8
	> 14 ngày	11	15,8
	Trung vị	7	

\bar{X} : giá trị trung bình SD: độ lệch chuẩn

*: Loại trừ 5 trường hợp sốc nhiễm khuẩn và tử vong khi vào viện

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 26,72 ± 16,20 ngày, chủ yếu > 14 ngày chiếm 77,2%. Trung vị thời gian cắt sốt trung bình là 7,1 ngày, chủ yếu ≤ 7 ngày chiếm 51,4%.

Bảng 7. So sánh thời gian cắt sốt trung bình giữa nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX trong giai đoạn tấn công

	Kháng sinh đường tĩnh mạch (n=50)	Kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX (n=24)	p
Thời gian cắt sốt trung bình** $\bar{X} \pm SD$ (ngày)	10,3 ± 8,9	8,5 ± 5,6	0,668*

*: Kiểm định Man-Whitney \bar{X} : giá trị trung bình SD: độ lệch chuẩn

** : Loại trừ 5 trường hợp sốc nhiễm khuẩn và tử vong khi vào viện

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình và thời gian cắt sốt trung bình giữa 2 nhóm điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch và kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX không có sự khác biệt.

Bảng 8. So sánh tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX trong giai đoạn tấn công

	Kháng sinh đường tĩnh mạch (n=53)		Kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX (n=26)		p
	n	%	n	%	
Tử vong	5	9,4	4	15,4	0,467*
Sống sót	48	90,6	22	84,6	

*: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong của 2 nhóm bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu kháng sinh đường tĩnh mạch và phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch + TMP-SMX không có sự khác biệt.

Ceftazidim là kháng sinh đầu tay điều trị trong giai đoạn cấp tính của bệnh. Meropenem thường dành cho nhiễm khuẩn huyết nặng đe dọa tính mạng trong trường hợp hồi sức tích cực. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ còn cao nhạy với ceftazidim, imipenem, meropenem lần lượt là 93,3%; 93,2%; 96,3%. Tuy nhiên đã ghi nhận 1 chủng kháng ceftazidim, 1 chủng kháng với meropenem, 3 chủng kháng với imipenem tỷ

lệ kháng lần lượt là 1,3%; 3,7%; 2,7%. Tỷ lệ đề kháng này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây của Phạm Hồng Nhung về tính nhạy cảm với kháng sinh của các phân lập *B. pseudomallei* ở miền Bắc Việt Nam từ năm 2012-2017, tỷ lệ nhạy cảm với ceftazidim, imipenem là 100% với MIC₉₀ tương đối thấp (2µg/mL).³ Nghiên cứu chúng tôi có 1 chủng đều kháng meropenem (MIC 8µg/mL) và kháng imipenem (MIC 8µg/mL), bệnh nhân đi vào sốc nhiễm khuẩn và tử vong.

B. pseudomallei là vi khuẩn gram âm nội bào, có khả năng kháng kháng sinh rộng, điều trị kéo dài là cần thiết để chữa khỏi hoàn toàn. TMP-SMX như là 1 liệu pháp kháng sinh được ưu tiên điều trị kéo dài trong giai đoạn duy trì của bệnh và 1 số trường hợp trong giai đoạn cấp tính. Nghiên cứu này có 12 chủng kháng với TMP-SMX chiếm tỷ lệ cao 16,4% trong đó có 6 chủng được làm kháng sinh đồ định lượng, 6 chủng được làm theo phương pháp khoan giấy khuếch tán Kirby – Bauer. Tỷ lệ đề kháng TMP-SMX trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung là 10,9%³ và Saiprom ở Thái Lan từ năm 2004-2012 tỷ lệ đề kháng chỉ là 0,3%.⁴ Thử nghiệm độ nhạy TMP-SMX với sự khuếch tán đĩa được phát hiện có tương quan kém so với kháng sinh đồ định lượng Etest.⁵ Nên có thể giải thích sự đề kháng với TMP-SMX ở mức cao.

Tỷ lệ nhạy với doxycyclin trong nghiên cứu chúng tôi là 100% trong 22 chủng phân lập tương tự nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung tỷ lệ nhạy là 99,4%.³ Doxycyclin được xem là phác đồ thay thế TMP-SMX trong giai đoạn duy trì khi bệnh nhân gặp tác dụng phụ, không dung nạp được với TMP-SMX. Ngoài ra, amox + a.clavulanic được lựa chọn là thuốc kháng sinh đường uống thứ 3 sau TMP-SMX và doxycyclin. Nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng sự đề kháng với amox + a.clavulanic rất cao là 9,3% so với nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung 100% nhạy với amox + a.clavulanic. Có thể do việc lạm dụng kháng sinh này rất phổ biến hiện nay như trong điều trị nhiễm trùng hô hấp trên đã làm tăng tình trạng kháng đối với kháng sinh này.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,72 ± 16,20 ngày. Hầu hết bệnh nhân đã điều trị đủ thời gian giai đoạn tấn công bằng kháng sinh đường tĩnh mạch của bệnh ít nhất 2 tuần chiếm 69,6% (bảng 3.20). Còn lại 30,4% bệnh nhân điều trị dưới 2 tuần tử vong do sốc nhiễm khuẩn và bệnh nhân điều trị đỡ chuyển bệnh viện tuyến dưới. Có 21 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết đơn thuần điều trị thời

gian kháng sinh tĩnh mạch kéo dài hơn so với phác đồ kháng sinh trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Whitmore Bộ y tế năm 2019, 9 bệnh nhân nhiễm trùng xương khớp và 8 bệnh nhân nhiễm trùng thần kinh đòi hỏi điều trị kháng sinh tĩnh mạch kéo dài dẫn đến thời gian nằm viện trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy.² Trung vị thời gian cắt sốt là 7,1 ngày. Trong đó 53,4% bệnh nhân cắt sốt dưới 7 ngày. Cho thấy đa số các nhân viên y tế định hướng kháng sinh đúng lúc vào viện và bao phủ kháng sinh phổ rộng trong các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết.

Theo bảng 3.23 và 3.24, thời gian cắt sốt và tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân dùng phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch như ceftazidim hoặc carbapenem so với nhóm có kết hợp thêm với TMP-SMX không có sự khác biệt. Cho thấy kháng sinh đường tĩnh mạch là phác đồ quan trọng, đầu tay trong giai đoạn tấn công của bệnh. Nghiên cứu của Chierakul việc bổ sung TMP-SMX vào liệu pháp ceftazidim trong quá trình điều trị ban đầu bệnh melioidosis nặng không làm giảm tỷ lệ tử vong.⁶

Tỷ lệ bệnh nhân khỏi, đỡ chuyển bệnh viện tuyến dưới là 70/79 (88,6%). Tỷ lệ bệnh nhân nặng xin về/ tử vong chiếm 9/79 (11,4%). Trong 9 trường hợp này, 5 bệnh nhân do sốc nhiễm khuẩn, 4 bệnh nhân hôn mê sâu tử vong do phù não, tụt kẹt não thất trong bệnh cảnh áp xe não đa ổ. Trong 14 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ tử vong trong nhóm này là 8/14 (57,1%). 65 trường hợp không có sốc nhiễm khuẩn tỷ lệ tử vong là 1/65 (1,5%). Việc không điều trị giai đoạn cấp tính kịp thời là nguyên nhân phổ biến gây tử vong trong 1 số trường hợp, có thể liên quan đến việc nhập viện chậm trong trường hợp nặng dẫn đến kết cục tử vong mặc dù đã điều trị đúng phác đồ kinh nghiệm. Tỷ lệ tử vong của nghiên cứu chúng tôi tương tự với Churuangsuk là 9,86%⁷, của Currie là 14%.⁸ Chúng tôi cho rằng sự sống sót được cải thiện theo thời gian là sự kết hợp giữa chẩn đoán sớm bệnh Melioidosis thông qua việc tăng cường nhận thức của cộng đồng và nhân viên y tế về khả năng xảy ra bệnh, điều trị sớm hơn bằng ceftazidim hoặc imipenem hoặc meropenem, quan trọng nhất là cải thiện trong việc tiếp cận và quản lý chăm sóc đặc biệt các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn *B. pseudomallei*: 93,2% với imipenem; 96,3% với meronem; 93,3% với ceftazidim; 88,4% với Amo

+ A.clavulanic; 82,2% với TMP-SMX, 100% với Doxycyclin; 76,2% với Tetracyclin.

- Tỷ lệ đề kháng có xu hướng tăng: 2,7% với imipenem; 3,7% với meronem; 1,3% với ceftazidim; 9,3% với Amo + A.clavulanic; 16,4% với TMP-SMX; 14,3% với tetracyclin.

- TMP-SMX không làm giảm tỷ lệ tử vong, thời gian cắt sốt khi phối hợp với kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Tỷ lệ tử vong chung là 11,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 26,7 ± 16,2 ngày. Thời gian cắt sốt sau điều trị chủ yếu dưới 7 ngày chiếm 53,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wiersinga WJ, Virk HS, Torres AG, et al.** Melioidosis. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:17107. doi:10.1038/nrdp.2017.107
2. **Nguyễn Quang Huy.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Burkholderia pseudomallei. Luận văn thạc sĩ y học. Published online 2017.
3. **Nhung PH, Van VH, Anh NQ, Phuong DM.** Antimicrobial susceptibility of Burkholderia pseudomallei isolates in Northern Vietnam. J Glob

Antimicrob Resist. 2019;18:34-36. doi:10.1016/j.jgar.2019.01.024

4. **Saiprom N, Amornchai P, Wuthiekanun V, et al.** Trimethoprim/sulfamethoxazole resistance in clinical isolates of Burkholderia pseudomallei from Thailand. Int J Antimicrob Agents. 2015;45(5):557-559. doi:10.1016/j.ijantimicag.2015.01.006
5. **Wuthiekanun V, Cheng AC, Chierakul W, et al.** Trimethoprim/sulfamethoxazole resistance in clinical isolates of Burkholderia pseudomallei. J Antimicrob Chemother. 2005;55(6):1029-1031. doi:10.1093/jac/dki151
6. **Chierakul W, Anunnatsiri S, Short JM, et al.** Two Randomized Controlled Trials of Ceftazidime Alone versus Ceftazidime in Combination with Trimethoprim-Sulfamethoxazole for the Treatment of Severe Melioidosis. Clinical Infectious Diseases. 2005;41(8):1105-1113. doi:10.1086/444456
7. **Churuangsuk C, Chusri S, Hortiwakul T, Charernmak B, Silpapojakul K.** Characteristics, clinical outcomes and factors influencing mortality of patients with melioidosis in southern Thailand: A 10-year retrospective study. Asian Pac J Trop Med. 2016; 9(3):256-260. doi:10.1016/j.apjtm.2016.01.034
8. **Currie BJ, Ward L, Cheng AC.** The epidemiology and clinical spectrum of melioidosis: 540 cases from the 20 year Darwin prospective study. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4(11):e900. doi:10.1371/journal.pntd.0000900

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỦY CỘ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Trung^{1,2}, Đào Xuân Thành^{1,2},
Nguyễn Lê Bảo Tiến³, Hoàng Gia Du²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa (M-CSM). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật 30 bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình (TB) 63,10 ± 9,82 (39-79 tuổi), 19 bệnh nhân nam (63,3%), 11 bệnh nhân nữ (36,7%). Tỷ lệ Nam/Nữ ≈ 2/1. Thời gian khám lại trung bình 13,13 tháng. Điểm mJOA trước mổ, sau mổ và khám lại lần lượt là 10,17 13,53 và 16,17. Tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ(RR) sau mổ và khám lại lần

lượt là 45,46% và 76,69%.BN có thời gian khởi phát bệnh ≥6 tháng có RR thấp hơn tại thời điểm khám lại cuối cùng (p=0,021). Góc gù vùng và góc C2-C7 ởBN PTLT cao hơn so với PTLs (p lần lượt 0,006 và 0,029). PTLs có thời gian mổ ngắn hơn nhưng mất máu nhiều hơn PTLT (p<0,001). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị M-CSM bước đầu cho kết quả hồi phục tốt ở cả hai đường mổ.

Từ khóa: Bệnh lý tủy cổ do thoái hóa, kết quả phẫu thuật bước đầu

Danh mục chữ viết tắt: BN (bệnh nhân), M-CSM (Bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa – Multilevel Cervical Spondylotic Myelopathy), RR (tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ - Recovery rate), PTLT (phẫu thuật lỗi trước), PTLs (phẫu thuật lỗi sau).

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH MULTILEVEL CERVICAL SPONDYLOTIC MYELOPATHY AT BACH MAI HOSPITAL

The study's objectives were to evaluate the initial outcomes of surgical treatment of multilevel cervical spondylotic myelopathy. **Research Methods:** An uncontrolled clinical intervention study evaluating

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Bạch Mai

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: trung32ptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022