

Nghiên cứu gốc

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN DO ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI KHOA NỘI HÔ HẤP BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT**Huỳnh Thị Thanh Ngân¹, Ngô Thế Hoàng^{1,*}, Phạm Minh Trí¹, Phạm Thị Thu Hồng¹**

1. Khoa Nội Hô Hấp, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: BS. CKII. Ngô Thế Hoàng, ✉ bshoanghnbvtn@gmail.com ☎ 0908418109

TÓM TẮT: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi bệnh viện (VPBV) do *A. baumannii* ở người cao tuổi và đặc điểm đề kháng kháng sinh của *A. baumannii*. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 75 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii*, điều trị nội trú tại khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 04/2024 đến tháng 04/2025. Hầu hết bệnh nhân có các triệu chứng sốt, ho đàm, khó thở, ran nổ, tăng bạch cầu, tăng CRP và X-quang có hình ảnh thâm nhiễm trên 70%, rối loạn tri giác cũng hay gặp ở người cao tuổi chiếm 65,3%. Ceftazidim + gentamicin, piperacillin/ tazobactam + levofloxacin và ceftazidim + ciprofloxacin là ba phác đồ kháng sinh kinh nghiệm hay được sử dụng nhất, nhưng chỉ có 21,3% phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp với kháng sinh đồ. Tỷ lệ *A. baumannii* đa kháng chiếm 84% trong đó MDR là 21,3%, XDR là 50,7% và PDR là 13,3%, tỉ lệ đề kháng nhóm β -lactam/ức chế β -lactamase và cephalosporin là trên 85%, đề kháng nhóm quinolon và aminoglycosid 60–70%, kháng nhóm carbapenem khoảng 50%. Colistin là kháng sinh duy nhất còn hiệu quả trên 70%. Tỷ lệ thất bại điều trị lên đến 65,3% và liên quan đến các yếu tố tuổi, thời gian nằm viện và kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* ở người cao tuổi là khá điển hình, nhưng nổi bật lên là dấu hiệu rối loạn tri giác. *A. baumannii* đề kháng với hầu hết các kháng sinh, chỉ có colistin là còn khá hiệu quả. Tuy nhiên điều trị viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* ở người cao tuổi thực sự là một thách thức với tỉ lệ tử vong rất cao. Tuổi, thời gian nằm viện và sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp là các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị.

Từ khóa: Viêm phổi bệnh viện; đa kháng; *A. baumannii*; cao tuổi; đề kháng kháng sinh

CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY ACINETOBACTER BAUMANNII IN THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF THONG NHAT HOSPITAL**Huỳnh Thị Thanh Ngân, Ngô Thế Hoàng, Phạm Minh Trí, Phạm Thị Thu Hồng**

ABSTRACT: This study aimed to characterize the clinical and paraclinical features, treatment outcomes, and antibiotic resistance patterns of *Acinetobacter baumannii*-associated hospital-acquired pneumonia (HAP) in elderly patients. A cross-sectional descriptive study was carried out on 75 hospitalized patients aged 60 years and above who were diagnosed with *A. baumannii*-related HAP. The study took place at the Department of Respiratory Medicine, Thong Nhat Hospital, from April 2024 to April 2025. The majority of patients exhibited clinical manifestations including fever, productive cough, dyspnea, auscultatory crackles, leukocytosis, elevated C-reactive protein (CRP) levels, and chest radiographs revealing infiltrates in over 70% of cases. Altered mental status was notably prevalent among elderly patients, affecting 65.3%. The most frequently utilized empirical antibiotic regimens were ceftazidime plus gentamicin, piperacillin/tazobactam plus levofloxacin, and ceftazidime plus ciprofloxacin; however, only 21.3% of these empirical therapies aligned with antibiotic susceptibility testing results. Multidrug-resistant *A. baumannii* accounted for 84% of isolates, with 21.3% classified as multidrug-resistant (MDR), 50.7% as extensively drug-resistant (XDR), and 13.3% as pandrug-resistant (PDR). Resistance rates to β -lactam/ β -lactamase inhibitor combinations and cephalosporins exceeded 85%, resistance to quinolones and aminoglycosides ranged between 60–70%, and carbapenem resistance was approximately 50%. Colistin was identified as the sole antibiotic demonstrating efficacy exceeding 70%. The treatment failure rate was 65.3%, which was significantly associated with age, duration of hospitalization, and inappropriate empirical antibiotic therapy. The clinical and paraclinical characteristics of hospital-acquired pneumonia (HAP) caused by *A. baumannii* in elderly patients are distinctive, with altered mental status being a prominent feature. *A. baumannii* exhibited resistance to the majority of antibiotics tested, leaving colistin as the only relatively effective therapeutic option. Nonetheless, managing HAP caused by *A. baumannii* in the elderly remains a formidable challenge, reflected in a notably high mortality rate. Factors such as advanced age, prolonged hospitalization, and inappropriate empirical antibiotic use were significantly correlated with treatment failure.

Keywords: Hospital-acquired pneumonia; multidrug resistance; *Acinetobacter baumannii*; elderly; antibiotic resistance

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong các cơ sở điều trị nội trú, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh lý nền. *Acinetobacter baumannii* – một vi khuẩn gram âm không lên men – ngày càng được ghi nhận là tác nhân chính gây ra VPBV do khả năng tồn tại dai dẳng trong môi trường bệnh viện và khả năng kháng nhiều loại kháng sinh phổ rộng [1,2].

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy *A. baumannii* kháng thuốc ngày càng tăng và có xu hướng trở thành siêu vi khuẩn đa kháng (MDR), kháng mở rộng (XDR) và kháng toàn phần (PDR), gây khó khăn lớn cho điều trị [3,4]. Theo dõi định kỳ mức độ đề kháng kháng sinh tại từng đơn vị điều trị giúp định hướng lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm phù hợp, góp phần giảm tử vong và cải thiện kết cục điều trị [5,6]. Qua đó có hướng điều trị ban đầu thích hợp và giám sát đề kháng kháng sinh hiệu quả hơn trong tương lai. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* ở người cao tuổi.

2. Xác định đặc điểm đề kháng kháng sinh của *A. baumannii* gây viêm phổi bệnh viện ở người cao tuổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán VPBV do *A. baumannii* điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Thống Nhất từ tháng 04/2024 đến tháng 04/2025.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán VPBV theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, hội Hô hấp Việt Nam (2023) [7]. Tiêu chuẩn chẩn đoán VPBV là viêm phổi xảy ra : sau 48 giờ kể từ khi nhập viện xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm hoặc tổn thương phổi trên phim X-quang ngực. theo tiêu chuẩn của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, hội Hô hấp Việt Nam (2023) [1].

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

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân Bệnh nhân có bằng chứng viêm phổi từ trước: Sốt, tăng bạch cầu, X-quang ngực có hình ảnh thâm nhiễm,..., bệnh nhân lao phổi, HIV/AIDS.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Xử lý mẫu bệnh phẩm: Mẫu đàm được lấy bằng cách vỗ lưng và hướng dẫn bệnh nhân khạc đàm, nếu bệnh nhân không khạc được có thể phun khí dung NaCl nước muối ưu trương 3% trước khi khạc đàm hoặc nội soi phế quản lấy dịch rửa phế quản (BAL) nếu có chỉ định. Bệnh phẩm được đựng trong lọ vô khuẩn và gửi đến ngay phòng xét nghiệm vi sinh. Mẫu đàm phải đảm bảo: <10 tế bào biểu bì và, > 25 bạch cầu/ quang trường $\times 100$. Bệnh phẩm được cấy định lượng và làm kháng sinh đồ.

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu là 70, chọn mẫu thuận tiện.

Định nghĩa biến số:

- Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ: là biến định tính gồm có 3 giá trị: phù hợp là cả hai kháng sinh kinh nghiệm nhạy cảm hoặc trung gian so với kết quả kháng sinh đồ, phù hợp một phần là một kháng sinh kinh nghiệm đề kháng so với kết quả kháng sinh đồ, không phù hợp là cả hai kháng sinh kinh nghiệm đề kháng so với kết quả kháng sinh đồ.

- Kết quả điều trị: là biến nhị giá gồm có hai giá trị: thất bại điều trị là khi bệnh nhân tử vong do viêm phổi bệnh viện, khỏi bệnh là khi bệnh nhân cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, ổn định và ra viện.

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 20.0. Đối với biến định tính trình bày dạng tần số (n) và tỉ lệ (%). Biến định lượng trình bày dạng trung bình, độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn.

Vấn đề đạo đức: Thông tin được đảm bảo an toàn và tính riêng tư. Nghiên cứu không làm chậm trễ hoặc thay đổi chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Được sự đồng ý của Hội đồng nghiên cứu khoa học của bệnh viện Thống Nhất (số 223/2024/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 28/4/2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu chúng tôi thu dung được 75 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện có kết quả cấy bệnh phẩm là *A. baumannii* trong tổng số 358 bệnh nhân viêm phổi bệnh viện cấy bệnh phẩm có vi khuẩn mọc chiếm tỉ lệ 20,9%, trong đó đàm chiếm 73,3% và dịch rửa phế quản chiếm 26,7%.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần suất, n	Tỷ lệ, %
Giới	Nam	43	57,3
	Nữ	43	57,3
Tuổi (năm)	76,3 ± 5,4		
Phân nhóm tuổi	60–70	17	22,7
	70–80	33	44,0
	≥80	25	33,3
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	68	90,7
	Bệnh mạch vành mạn	60	80,0
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	43	57,3
	Đái tháo đường	34	45,3
	Bệnh thận mạn	26	34,7

Nhận xét:

Nam giới chiếm tỉ lệ 57% cao hơn so với nữ giới 43%. Tuổi trung bình là 76,3 ± 5,4 tuổi, nhóm tuổi 70–80 chiếm tỉ lệ cao nhất 44%, nhóm 60–70 chiếm tỉ lệ thấp nhất 22,7%. Tăng huyết áp và bệnh mạch vành mạn là những bệnh đồng mắc hay gặp nhất. chiếm tỉ lệ rất cao trên 80% kể đến là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, bệnh thận mạn dao động từ 30–60%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Tần suất, n	Tỷ lệ, %
Lâm sàng:		
Rối loạn tri giác	49	65,3
Sốt	64	85,3
Ho đàm mủ	72	96
Khó thở	55	73,3
Rale nổ	67	89,3
Cận lâm sàng:		
Bạch cầu tăng hoặc giảm	60	80,0
CRP tăng	72	96,0
Hình ảnh thâm nhiễm/ X-quang	73	97,3

Tại **Bảng 2**, hầu hết bệnh nhân có triệu chứng ho đàm, CRP tăng và X-quang ngực có hình ảnh thâm nhiễm (>95%). Phần lớn bệnh nhân có các biểu hiện sốt, khó thở, ran nổ và tăng hoặc giảm bạch cầu (>70%), triệu chứng rối loạn tri giác cũng hay gặp ở người cao tuổi chiếm 65,3%.

Tại **Bảng 3**, tỉ lệ đề kháng nhóm β -lactam/ức chế β -lactamase và cephalosporin là trên 85%. Tỉ lệ đề kháng nhóm quinolon và aminoglycosid dao động từ 60–70%. Tỉ lệ kháng nhóm carbapenem khoảng 50%. Tỉ lệ kháng colistin là 24%, nhạy cảm với Colistin là 70,7%. Tỉ lệ vi khuẩn đa kháng chiếm 84%. Trong đó MDR chiếm 21,3%, XDR chiếm 50,7%, PDR chiếm 13,3%.

3.3. Kháng sinh kinh nghiệm và kết quả điều trị

Nhận xét: Nhóm Quinolon quinolon và Ccephalosporin là hai nhóm kháng sinh kinh nghiệm được sử dụng nhiều nhất tương ứng là 57,3% và 46,7%. Ceftazidim + gentamicin, piperacillin/ tazobactam + levofloxacin và ceftazidim + ciprofloxacin là ba phối hợp kháng sinh kinh nghiệm hay được sử dụng nhất. , tiếp đến là Aminoglycosid và Carbapenem. Kháng sinh kinh nghiệm sử dụng ít nhất là β -lactam/ức chế β -lactamase với tỉ lệ 17,3%. Tỉ lệ sử dụng kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ chỉ chiếm khoảng 1/5 số bệnh nhân, trong khi đó có gần 2/3 số bệnh nhân có kháng sinh kinh nghiệm

Bảng 3. Kết quả kháng sinh đồ của *Acinetobacter baumannii*

Kết quả kháng sinh đồ	Nhạy n (%)	Trung gian n (%)	Kháng n (%)
Ticarcillin	7 (9,3%)	3 (4%)	65 (86,7%)
Ticarcillin/clavulanic acid	6 (8%)	3 (4%)	66 (88%)
Piperacillin	4 (8%)	2 (2,7%)	69 (92%)
Piperacillin/ tazobactam	5 (6,7%)	4 (5,3%)	66 (88%)
Ceftazidime	7 (9,3%)	3 (4%)	65 (86,7%)
Cefepim	13 (17,3%)	12 (16%)	50 (66,7%)
Imipenem/cilastatin	24 (32%)	14 (18,6%)	37 (49,3%)
Meropenem	20 (26,6%)	15 (20%)	40 (53,3%)
Gentamycin	17 (22,7%)	12 (16%)	46 (61,3%)
Tobramycin	18 (24%)	13 (17,3%)	44 (58,7%)
Ciprofloxacin	13 (17,3%)	12 (16%)	50 (66,7%)
Levofloxacin	9 (12%)	13 (17,3%)	53 (70,7%)
Colistin	53 (70,7%)	4 (8%)	18 (24%)
Đặc điểm kết quả kháng sinh đồ	Tần số (n)		Tỉ lệ (%)
Không đa kháng	11		16
MDR	16		21,3
XDR	38		50,7
PDR	10		13,3

Bảng 4. Kháng sinh kinh nghiệm và kết quả điều trị

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kháng sinh kinh nghiệm	β-lactam/ức chế β-lactamase	13	17,3
	Carbapenem	22	29,3
	Cephalosporin	35	46,7
	Quinolon	45	60
	Aminoglycosid	25	33,3
Phối hợp kháng sinh kinh nghiệm	Piperacillin/ tazobactam + levofloxacin	7	15,6
	Piperacillin/ tazobactam + ciprofloxacin	1	1,3
	Piperacillin/ tazobactam + amikacin	5	6,7
	Cefepim + ciprofloxacin	4	5,3
	Ceftazidim + levofloxacin	6	8,0
	Ceftazidim + ciprofloxacin	11	14,7
	Ceftazidim + gentamicin	14	18,7
	Meropenem + ciprofloxacin	8	10,7
	Meropenem + amikacin	4	5,3
	Imipenem + ciprofloxacin	8	10,7
	Imipenem + amikacin	2	2,7
Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ	Phù hợp	16	21,3
	Phù hợp một phần	12	16
	Không phù hợp	47	62,7
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		18,3 ± 5,6	
Kết quả điều trị	Thất bại điều trị	49	65,3
	Khỏi bệnh	26	34,7

Bảng 4. Kháng sinh kinh nghiệm và kết quả điều trị

	Đặc điểm liên quan		
	Khởi bệnh	Thất bại điều trị	Giá trị P
Tuổi (năm)	72,3 ± 7,2	78,6 ± 4,6	<0.05
Thời gian nằm viện (ngày)	13,5 ± 4,9	20,1 ± 6,7	<0,05
Kháng sinh kinh nghiệm phù hợp kháng sinh đồ (%)	34,6	14,3	<0,05

không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ. Thời gian điều trị trung bình là 18,3 ± 5,6 ngày. Tỷ lệ thất bại điều trị 65,3%. Các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị bao gồm tuổi, thời gian nằm viện và phải thở máy.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 76,3 ± 5,4, cho thấy đây là nhóm tuổi dễ bị tổn thương khi mắc viêm phổi bệnh viện (VPBV). Người cao tuổi thường có hệ miễn dịch suy giảm, rối loạn chức năng hàng rào bảo vệ hô hấp, khả năng thanh thải đờm kém, đồng thời có nhiều bệnh lý nền làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và tử vong. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước năm 2022, cho thấy độ tuổi trung bình bệnh nhân VPBV do vi khuẩn gram âm đa kháng tại Việt Nam là trên 70 tuổi [1]. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (57,3%) có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, bệnh phổi mạn tính và tiếp xúc môi trường độc hại nhiều hơn ở nam giới, điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu tại TP.HCM năm 2023 [2].

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có hơn 1 bệnh đồng mắc, chủ yếu là tăng huyết áp (90,7%), bệnh mạch vành mạn (80%), COPD (57,3%) và đái tháo đường (45,3%). Các bệnh nền này không chỉ ảnh hưởng đến đáp ứng miễn dịch mà còn làm phức tạp việc điều trị, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng nguy cơ tử vong. Phân tích từ Mizokami F (2020) trên nhóm bệnh nhân nội trú lớn tuổi cho thấy rằng mỗi bệnh nền gia tăng sẽ làm tăng thêm nguy cơ biến chứng hô hấp từ 1,3 đến 2,7 lần [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận các lâm sàng của VPBV do *A. baumannii* trong nghiên cứu không khác biệt đáng kể so

với VPBV do các tác nhân vi khuẩn gram âm khác. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm ho đàm (96%), sốt (85,3%), khó thở (73,3%) và rối loạn tri giác (65,3%). Rối loạn tri giác đặc biệt phổ biến ở người cao tuổi, có thể do tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc do phối hợp nhiều bệnh nền. Nghiên cứu của Tomys-Skladowska J (2023) đã nêu rõ rằng người cao tuổi khi mắc viêm phổi thường biểu hiện không điển hình, và rối loạn tri giác là một dấu hiệu cảnh báo nặng thường bị bỏ qua [9].

Cận lâm sàng ghi nhận tăng bạch cầu và tăng CRP trong hơn 80% bệnh nhân, cùng với hình ảnh thâm nhiễm phế nang trên X-quang (97,3%). Các biểu hiện này hỗ trợ cho việc chẩn đoán sớm và định hướng sử dụng kháng sinh kinh nghiệm. Tuy nhiên, trong bối cảnh vi khuẩn đa kháng, giá trị của chẩn đoán lâm sàng cần kết hợp chặt chẽ với vi sinh mới có thể giúp tối ưu hóa điều trị.

4.3. Đặc điểm đề kháng kháng sinh của *A. baumannii*

Tình trạng đề kháng kháng sinh của *A. baumannii* hiện nay được xem là một trong những thách thức lớn nhất trong điều trị VPBV, không chỉ tại Việt Nam mà trên toàn cầu. Theo phân tích của Bostanghadiri N (2024), tỷ lệ kháng Colistin colistin – vốn được xem là lựa chọn cuối cùng – đang ngày càng tăng, đặc biệt tại khu vực châu Á – Thái Bình Dương [3]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, cColistin vẫn còn hiệu quả trên 70% chủng vi khuẩn phân lập, phù hợp với dữ liệu gần đây tại các bệnh viện phía Nam Việt Nam [5].

Các nhóm kháng sinh thường dùng như β -lactam/ức chế β -lactamase và Ccephalosporin ghi nhận tỷ lệ đề kháng rất cao (> 85%), điều này đã được xác nhận trên hơn 300 ca viêm phổi liên quan thở máy ở các ICU Việt Nam [2]. Tỷ lệ kháng với Ccarbapenem (imipenem, Mmeropenem) khoảng 50% trong nghiên cứu của chúng tôi, thấp hơn so với nghiên cứu tại các khoa hồi sức tích cực (lên đến 70–90%) [10]. Nguyên nhân có thể là do bệnh nhân

trong nghiên cứu chủ yếu thuộc khoa Nội Hô hấp, mức độ bệnh nhẹ hơn so với ICU.

Đặc biệt, vi khuẩn *A. baumannii* kháng thuốc theo nhiều mức độ: MDR (đa kháng), XDR (kháng mở rộng) và PDR (kháng toàn phần), với XDR chiếm ưu thế (50,7%), điều này phù hợp với báo cáo của Marino A (2024), cảnh báo xu hướng gia tăng nhanh chóng XDR và PDR của *A. baumannii* tại các nước đang phát triển [4].

4.4. Điều trị và kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi ceftazidim + gentamicin, piperacillin/tazobactam + levofloxacin và ceftazidim + ciprofloxacin là ba phối hợp kháng sinh kinh nghiệm hay được sử dụng nhất. Mặc dù Colistin còn giữ được hiệu quả nhất định, Tuy nhiên việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm trong nghiên cứu cho thấy tỉ lệ phù hợp với kháng sinh đồ chỉ đạt 21,3%. Điều này gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu quả điều trị. Một phân tích hồi cứu năm 2023, đã chỉ ra rằng việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp làm tăng tỉ lệ tử vong lên 1,8 lần và kéo dài thời gian nằm viện trung bình 5–7 ngày [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối liên quan giữa thất bại điều trị với tuổi, thời gian nằm viện và tỉ lệ phù hợp với kháng sinh kinh nghiệm ban đầu. Trong khi đó colistin tỏ ra là còn khá hiệu quả với tỉ lệ đề kháng chỉ chiếm 24%.

Tỉ lệ thất bại điều trị lên đến 65,3% trong nghiên cứu của chúng tôi là , một con số đáng báo động, phản ánh sự cần thiết của việc thiết lập hệ thống cảnh báo sớm vi khuẩn đa kháng, và xây dựng bản đồ kháng thuốc theo khoa, theo năm. Ngoài ra, các công nghệ mới như định danh vi khuẩn nhanh bằng MALDI-TOF hoặc xác định gen đề kháng bằng PCR đã mở ra cơ hội hỗ trợ lâm sàng trong việc lựa chọn kháng sinh kịp thời.

Tóm lại, VPBV do *A. baumannii* vẫn đang là thách thức lớn với hệ thống y tế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi và có nhiều bệnh nền. Dù còn ít lựa chọn kháng sinh, việc sử dụng hợp lý colistin, kết hợp với kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt, vẫn là chìa khóa cải thiện kết cục điều trị hiện nay [11].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu 75 bệnh nhân cao tuổi viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* tại khoa Hô hấp bệnh viện Thống Nhất từ tháng 04/2024 đến tháng 04/2025, chúng tôi có kết luận sau:

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* ở người cao tuổi là khá điển hình với sốt, ho đàm, khó thở, bạch cầu tăng,... nhưng nổi bật lên là triệu chứng rối loạn tri giác tương tự như viêm phổi bệnh viện do các tác nhân khác. Tỉ lệ tử vong do viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* là khá cao 65,3%.

A. baumannii đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh, chỉ còn colistin là còn khá hiệu quả. Tuy nhiên điều trị viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* ở người cao tuổi thực sự là một thách thức và tỉ lệ tử vong vẫn còn rất cao. Trong khi đó tuổi, thời gian nằm viện kéo dài và sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp là các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị. họ β -lactam và Cephalosporin (>85%), Quinolon và Aminoglycosid (60–70%), kháng trung bình nhóm Carbapenem (khoảng 50%). Colistin là kháng sinh duy nhất còn nhạy cảm trên 70%.

Không nên sử dụng β -lactam và Ccephalosporin làm kháng sinh kinh nghiệm để điều trị viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii* vì tỉ lệ đề kháng quá cao.

Cần đầu tư nguồn lực giúp chẩn đoán sớm và chính xác tác nhân gây bệnh từ đó có chiến lược lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm phù hợp.

Colistin là kháng sinh có hiệu quả trong phác đồ điều trị viêm phổi bệnh viện do *A. baumannii*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, Hội Hô hấp Việt Nam. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2023.
- [2] Vo TPM, Dinh TC, Phan HV, et al. Ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant gram-negative bacteria in Vietnam: resistance, outcomes, and colistin-associated adverse effects. *Antibiotics*. 2022;11(11):1765.
- [3] Diep DTH, Phung CT. Distribution of drug resistance genes and clinical characteristics of *Acinetobacter baumannii* at University Medical

Center HCMC. Sci Technol Dev J. 2023;26(Suppl 1):17–24.

[4] Bostanghadiri N, Ghalavand Z, Hashemi A, et al. Prevalence of colistin resistance in clinical isolates of *Acinetobacter baumannii*: a systematic review. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2024;13(1):24.

[5] Marino A, Augello E, Stracquadanio S, et al. *Acinetobacter baumannii*: resistance, treatments, and future innovations. *Int J Mol Sci*. 2024;25(13):6814.

[6] Phạm Hồng Thắm. Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi do *Acinetobacter baumannii*. In: Hội nghị Hô hấp TP. Hồ Chí Minh; 2023.

[7] Dinh TC, Cao TTM. Challenges in treating MDR *Acinetobacter baumannii* infections in Vietnam. *Trop Med Infect Dis*. 2023;8(2):89.

[8] Mizokami F, Koide Y, Noro T, et al. Polypharmacy with common diseases in hospitalized elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2020;18(2):123–128.

[9] Tomys-Skłodowska J, Domańska OM, Kozłowska-Wojciechowska M, et al. Pneumonia in geriatric patients: etiology, clinical features, diagnosis, and prevention. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(6):829.

[10] Nguyễn Ngọc Trâm. Đề kháng carbapenem trong viêm phổi thở máy: thực trạng tại Bệnh viện Bạch Mai. *Y học lâm sàng*. 2022;32(3):145–151.

[11] Vũ Nhi Thái, Trần Huy Hoàng. Kháng sinh đồ của *Acinetobacter baumannii* tại các bệnh viện tuyến cuối Việt Nam. *Tạp chí Khoa học Đại học Tân Trào*. 2024.