

buồn nôn, ỉa lỏng; 16,67% đau bụng trong 1-2 ngày đầu, không bệnh nhân nào từ chối điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patel DG, Kihiczak G, Schwartz RA, Janniger CK, Lambert WC (2000). Pityriasis lichenoides. *Cutis*; 65: 17-23.
2. Piamphongsant T (1974). Tetracycline for the treatment of pityriasis lichenoides. *Br J Dermatol*. Sep. 91(3):319-22.
3. LeVine MJ (1983). Phototherapy of pityriasis lichenoides. *Arch Dermatol*. May. 119(5):378-80.
4. R. B Skinner and A. L. Levy (2008). Rapid

- resolution of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta with azithromycin, *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 58, no.3, pp. 524-525.
5. Aydogan K, Saricaoglu H, Turan H (2008). Narrowband UVB (311 nm, TL01) phototherapy for pityriasis lichenoides. *Photodermatol*
 6. Hapa A, Ersoys-Evans S, Karaduman A (2012). Childhood pityriasis lichenoides and oral erythromycin. *Pediatr Dermatol*; 29: 719-724.
 7. U.S Food and Drug Administration (2014). FDA Drug safety communication: Azithromycin (zithromax or Zmax) and the risk of potentially fatal heart rhythms. Accessed on August 27, 2014.

KHẢO SÁT VI KHUẨN ESCHERICHIA COLI SINH ENZYME β LACTAMASE PHỔ RỘNG PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Võ Thái Dương¹, Đỗ Hoàng Long², Nguyễn Thị Diệu Hiền³,
Nguyễn chí Nguyễn², Võ Thành Trí², Lê Trung Tín²,
Võ Thanh Huy³, Trần Đăng Khoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, một vấn đề đang được quan tâm là nhiễm khuẩn do trực khuẩn Gram âm sinh men β -lactamase phổ rộng. ESBL có khả năng ly giải các cephalosporins, gây nhiều khó khăn cho việc chọn lựa kháng sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) xác định tỷ lệ vi khuẩn Escherichia coli sinh ESBL, (2) khảo sát tính kháng thuốc của các chủng này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 392 chủng Escherichia coli thu thập từ nuôi cấy mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhân nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 07/2021 - 05/2022. Tiến hành thử nghiệm xác định sinh ESBL bằng 2 phương pháp đĩa kết hợp và máy tự động phoenix M50. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh ESBL của Escherichia coli là 60,7% với phương pháp đĩa kết hợp và 58,9% với máy tự động Phoenix M50. Các vi khuẩn sinh men ESBL ngoài việc đề kháng với nhóm cephalosporin cũng đề kháng với các nhóm kháng sinh khác như aminoglycosides, penicillins và fluoroquinolones đặc biệt là levofloxacin, vẫn còn nhạy cảm với nhóm Carbapenems. **Kết luận:** Vi khuẩn Escherichia coli tiết ESBL thực sự là gánh nặng trong điều trị nhiễm khuẩn. Cần phải cấy máu và làm kháng sinh đồ sớm phát hiện chủng vi khuẩn tiết ESBL để có hướng điều trị thích hợp giảm được chi phí điều trị.

Từ khóa: Escherichia coli, ESBL, đĩa kết hợp, máy Phoenix M50.

SUMMARY

INVESTIGATION OF ESCHERICHIA COLI'S β LACTAMASE PRODUCTION BACILLI ISOLATED FROM CAN THO CENTER HOSPITAL

Background: A most important issue of bacterial infections is the actual resistance due to ESBL-producing Gram-negative bacilli. ESBLs are able to hydrolyse all cephalosporins, therefore choosing antibiotics for therapy is difficult. **Objectives:** (1) to determine the rates of Escherichia coli and their species produce ESBL (2) to determine the resistance of Gram-negative bacilli to different antibiotics. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 155 Escherichia coli strains collected from clinical specimens of infected patients at Can Tho Central General Hospital from 07/2021 - 05/2022. ESBL was detected by the combined disk test method and using the phoenix M50 automatic machine. **Results:** The proportion of Escherichia coli's ESBL production is 60.7% with the combined plate method and 58.9% with the Phoenix M50 automatic machine. They were also resistant to aminoglycosides, penicillin, and fluoroquinolones, but not Carbapenems. **Conclusion:** ESBL-producing Escherichia coli are actually burdensome for chemotherapy for bacterial infections. Prompt hemoculture and antibiogram are needed to find out the ESBL-producing bacteria and using appropriate antibiotics.

Keywords: Escherichia coli, ESBL, combined disk, Phoenix M50.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm gây bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao (70%), một trong số các vi khuẩn chiếm ưu thế trong việc gây bệnh thường gặp là Escherichia coli (E.coli). Escherichia coli là một căn nguyên

¹Phòng khám Đa khoa Phương Đức, Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thái Dương

Email: thaiduong0392@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

gây bệnh thường gặp và nguy hiểm bởi mức độ kháng kháng sinh ngày càng tăng vì bản thân loại vi khuẩn này có khả năng sinh được enzyme β lactamase phổ rộng (ESBL: Extended Spectrum Beta- lactamase) [8]. Enzyme này làm biến đổi, phá hủy cấu trúc hóa học của kháng sinh, có khả năng phân giải hầu hết các loại kháng sinh thuộc nhóm β lactam, đặc biệt đối với penicillins và cephalosporins thế hệ thứ 3. Để tránh tình trạng đa kháng trên lâm sàng, điều cấp thiết nhất đặt ra là làm thế nào để phát hiện nhanh, chính xác được Escherichia coli sinh ESBL sẽ giúp các bác sĩ lựa chọn kháng sinh phù hợp nhất để điều trị cho bệnh nhân, chính xác Escherichia coli sinh enzyme ESBL có ý nghĩa quan trọng trên lâm sàng. Trên cơ sở đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ vi khuẩn Escherichia coli sinh ESBL
2. Khảo sát tính kháng thuốc của các chủng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các chủng Escherichia coli được phân lập từ các bệnh phẩm khác nhau tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các chủng vi khuẩn Escherichia coli được phân lập từ các bệnh phẩm (đám, mủ, máu, nước tiểu, dịch vết mổ, dịch rửa phế quản và dịch khác) của bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Đặc biệt, đối với bệnh phẩm đàm phải đánh giá đạt tiêu chuẩn và đủ độ tin cậy thông qua thang điểm Barlett (mủ nhầy, đánh giá vi thể trên 25 bạch cầu) và đối với bệnh phẩm nước tiểu thì số vi khuẩn cấy định lượng $\geq 10^5$ CFU/ml nước tiểu. Các bệnh phẩm còn lại nuôi cấy và phân lập theo quy trình thường quy. Bệnh nhân có nhiều loại bệnh phẩm thì chỉ thu 1 loại bệnh phẩm duy nhất cho mỗi bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các chủng vi khuẩn được phân lập trên cùng bệnh nhân trong các lần phân lập sau trong cùng một đợt điều trị. Các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm khảo sát môi trường, giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện và cấy khuẩn định kỳ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07/2021 - 05/2022.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-$

$p)/d^2$. Với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, độ tin cậy 95%, chọn $d = 0,05$, $p = 0,615$ (dựa vào tỷ lệ Escherichia coli sinh ESBL là 61,5% nghiên cứu của tác giả Lương Hồng Loan, tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM năm 2020 [9]). Theo công thức cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu này là 363 mẫu. Thực tế chúng tôi thu thập được 392 chủng Escherichia coli phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện
Nội dung nghiên cứu

- Vi khuẩn được nuôi cấy, phân lập và định danh theo thường quy. Trục khuẩn Gram âm phân lập và làm thử nghiệm kháng sinh đồ

- Xác định tỷ lệ chủng vi khuẩn sinh enzyme ESBL bằng phương pháp đĩa kết hợp và bằng máy tự động Phoenix M50 trên tổng số chủng vi khuẩn phân lập được.

Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0 để tính các giá trị nhỏ nhất, lớn nhất trung bình, tần số và tỷ lệ %.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả thông tin đã được mã hóa và bảo mật. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không có bất cứ tác động nào ảnh hưởng bệnh nhân. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của Escherichia coli sinh ESBL

Bảng 3.1: Sự phân bố vi khuẩn Escherichia coli theo giới tính bệnh nhân

Giới tính	ESBL % (n)		P
	Dương tính	Âm tính	
Nam	61,5% (107)	38,5% (67)	0,356
Nữ	56,9% (124)	43,1% (94)	

Nhận xét: Có 61,5% (107/174) chủng Escherichia coli ở nam sinh ESBL cao hơn so với ở nữ là 56,9% (124/218). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh enzyme ESBL giữa hai giới của bệnh nhân ($p = 0,356$).

Bảng 3.2: Sự phân bố vi khuẩn E. coli sinh ESBL theo nhóm tuổi bệnh nhân

Nhóm tuổi	ESBL % (n)		P
	Dương tính	Âm tính	
15 - 45	50% (2)	50% (2)	0,759
46 - 65	58,6% (130)	41,4% (92)	
>65	59,6% (99)	40,4% (67)	
Tổng	58,9% (231)	41,1%(161)	

Nhận xét: Tỷ lệ sinh enzyme ESBL của E. coli cao nhất ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi 59,6% (99/166) và thấp nhất ở nhóm từ 15 - 45 tuổi với 50% (2/4). Tuy nhiên, không có sự khác

biệt về tỷ lệ sinh enzyme ESBL giữa các nhóm tuổi ($p = 0,759$).

Bảng 3.3: Sự phân bố vi khuẩn E. coli sinh ESBL với các loại bệnh phẩm

Bệnh phẩm	ESBL % (n)		P
	Dương tính	Âm tính	
Đàm	63%(75)	37%(44)	0,280
Mủ	51,4%(38)	48,6%(36)	
Máu	51,1%(20)	45,9%(17)	
Nước tiểu	67,6%(48)	32,4%(23)	
Dịch vết thương	59,5%(22)	40,5%(15)	
Dịch Sinh học khác	51,9% (28)	48,1% (26)	
Tổng	58,9%(231)	41,1%(161)	

Nhận xét: Tỷ lệ sinh enzyme của E.coli cao nhất gặp ở bệnh phẩm là nước tiểu 67,6% (48/71) và thấp nhất ở bệnh phẩm máu 51,1% (20/37). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ sinh enzyme ESBL của E. coli giữa các loại bệnh phẩm ($p = 0,280$).

Bảng 3.4: Tỷ lệ sinh enzyme ESBL của Escherichia coli bằng phương pháp đĩa kết hợp và máy tự động Phoenix M50

Phương pháp	Tỷ lệ sinh ESBL(%)
Phương pháp đĩa kết hợp	60,1
Máy tự động Phoenix M50	58,9

Nhận xét: Tỷ lệ sinh enzyme ESBL của Escherichia coli bằng phương pháp đĩa kết hợp là 60,7% (238/392) và 58,9% (231/392) bằng máy tự động Phoenix M50

3.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh giữa nhóm Escherichia coli sinh ESBL và không sinh ESBL

Bảng 3.6: Tỷ lệ kháng kháng sinh giữa nhóm Escherichia coli sinh ESBL và không sinh ESBL

Tên kháng sinh	Tỷ lệ (%)	
	ESBL -	ESBL +
Ampicillin	96,1	96,3
Piperacillin/tazobactam	10,6	45,9
Cefoxitin	40,4	57,6
Cefazolin	90,7	91,3
Ceftazidime	56,5	77,5
Ceftriaxone	77,6	84,8
Cefepime	46,6	70,1
Ertapenem	12,4	43,7
Imipenem	8,7	39
Amikacin	2,5	14,3
Gentamycin	50,3	60,2
Tobramycin	30,4	46,8
Ciprofloxacin	72,7	84,6
Levofloxacin	72,7	67,5
Nitrofurantoin	13,7	13,4

Trimethoprim/sulfamethoxazole	66,5	71,4
-------------------------------	------	------

Nhận xét: Đối với chủng Escherichia coli không sinh ESBL, tỷ lệ đề kháng trên 90% có nhóm penicillins đó là ampicillin với 96,1% (155/392) và nhóm cephalosporin thế hệ thứ nhất có cefazolin với 90,7%. Đề kháng ở mức trung bình với nhóm carbapenems với tỷ lệ đề kháng từ 8,7 - 12,4% và nhóm cepheims với tỷ lệ đề kháng từ 46,6 - 56,5%.

Kháng sinh có tỷ lệ đề kháng thấp nhất là amikacin với 2,5% (4/392). Tuy nhiên, có 2 kháng sinh ở nhóm không sinh enzyme ESBL có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn nhóm sinh enzyme ESBL, đó là nitrofurantoin (13,7 - 13,4%) và levofloxacin (72,7 - 67,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ sinh ESBL của Escherichia coli.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về giới tính thì có 61,5% (107/174) mẫu Escherichia coli ở bệnh nhân nam sinh enzyme ESBL cao hơn so với bệnh nhân nữ là 56,9% (124/218). Đối với nhóm tuổi bệnh nhân, tỷ lệ sinh enzyme ESBL của Escherichia coli cao nhất ở nhóm tuổi trên 65 tuổi với 59,6% (99/166) và thấp nhất ở nhóm từ 15 - 45 tuổi với 50% (2/4). Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa khả năng Escherichia coli sinh enzyme ESBL với giới tính nhóm tuổi do tất cả kết quả kiểm định đều có $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Thị Hồng Nghĩa (2016) [3] tại Bệnh viện Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh đã cho thấy không có sự khác biệt giữa giới tính và nhóm tuổi với sự hiện diện của vi khuẩn Enterobacteriaceae sinh ESBL. Bên cạnh đó, số lượng chủng vi khuẩn của chúng tôi tại các khoa chưa lớn, vì vậy để kết luận chính xác hơn cần thực hiện thêm các nghiên cứu với số lượng chủng vi khuẩn tại các khoa đủ lớn.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, không có sự liên quan giữa Escherichia coli sinh enzyme ESBL với các loại bệnh phẩm. Tỷ lệ sinh enzyme của E.coli cao nhất gặp ở bệnh phẩm là nước tiểu 67,6% (48/71) và thấp nhất ở bệnh phẩm máu 51,1% (20/37). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lương Hồng Loan (2020) [1] tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ sinh enzyme ESBL nhiều nhất ở mẫu nước tiểu 62,7% và thấp nhất là mẫu máu 53,8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Escherichia coli sinh ESBL bằng phương pháp đĩa kết hợp là 60,7% (238/392), cao hơn so với tỷ lệ

không sinh enzyme ESBL là 39,3% (154/392) kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước cũng như nghiên cứu trên thế giới. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Lương Hồng Loan (2020) thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cho tỷ lệ Escherichia coli sinh ESBL là 61,5%[1]. Và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Tín (2018) thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu với tỷ lệ 62,9%[4]. Trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Chang Y. T., Coombs G., Ling T., et al. (2017) tại trung Quốc với tỷ lệ 66,6% [8].

Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi không tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Mai Thị Thu Huyền (2017) thực hiện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch với tỷ lệ 47,3%[2]. Chu Thị Hải Yến (2014) thực hiện tại Bệnh viện Trưng Vương với tỷ lệ 33%[1]. Lý giải về sự khác nhau về tỷ lệ Escherichia coli sinh ESBL giữa các nghiên cứu ở mỗi khu vực trong nước và các nước với nhau là do sự khác biệt về tiêu chuẩn chọn mẫu trong nghiên cứu. Mặc khác các quy định về chống nhiễm khuẩn, kiểm soát về sự sử dụng kháng sinh ở mỗi nước, mỗi địa phương cũng ít nhiều khác nhau.

4.2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh giữa nhóm Escherichia coli sinh ESBL và không sinh ESBL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chủng Escherichia coli sinh ESBL đề kháng >50% với 10/16 loại kháng sinh và >80% với 4/16 loại kháng sinh thử nghiệm, trong khi các chủng không sinh enzyme ESBL đề kháng >50% với 8/16 loại kháng sinh và >80% với 2/16 loại kháng sinh thử nghiệm. Nhìn chung các chủng Escherichia coli sinh enzyme ESBL có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn các chủng không sinh ESBL. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Mai Văn Tuấn (2008) thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế [5], tác giả Lương Hồng Loan (2020) thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh [1], tác giả Đinh Thị Xuân Mai (2020) thực hiện tại Bệnh viện Khu vực Củ Chi [6] và tác giả Buy H. và cs (2016) tại Nam Phi [7]. Tuy nhiên, mức độ đề kháng kháng sinh có phần chênh lệch ở từng nghiên cứu do sự khác biệt về khu vực nghiên cứu, thời gian nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu. Các chủng Escherichia coli sinh enzyme ESBL có tỷ lệ đề kháng trên 90% với nhiều kháng sinh thuộc nhóm penicillins và nhóm cepheims như ampicillin (96,3%), cefazolin (91,3%) và ceftriaxone (84,8%). Đối với các kháng sinh thuộc nhóm fluoroquinolones thì tỷ lệ đề kháng cũng ở mức cao từ 67,5-84,6%. Tuy nhiên, chúng vẫn còn nhạy cảm với nhóm carbapenems khi tỷ lệ đề

kháng từ 39-43,7% và nhạy cảm rất cao với kháng sinh amikacin khi tỷ lệ đề kháng chỉ 14,3%.

Các chủng Escherichia coli sinh ESBL trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đề kháng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Mai Văn Tuấn, Lương Hồng Loan và Buys H. và cs. Tuy nhiên, tỷ lệ đề kháng nhóm carbapenems lại cao hơn so với các nghiên cứu trên với tỷ lệ từ 39 - 43,7%, đây là nhóm kháng sinh phổ rộng mạnh nhất hiện nay và thường được sử dụng để chống lại các vi khuẩn đa kháng thuốc, do đó với tỷ lệ đề kháng này rất đáng cảnh báo có thể xuất hiện các chủng Escherichia coli sinh enzyme carbapenemase. Vì vậy, trong tương lai cần có những nghiên cứu sâu hơn để khảo sát những chủng Escherichia coli sinh enzyme carbapenemase và việc phối hợp kháng sinh cần được xem xét kỹ hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh enzyme ESBL của Escherichia coli bằng phương pháp đĩa kết hợp và máy Phoenix M50 khá cao, trong đó tỷ lệ sinh ESBL của Escherichia coli đối với phương pháp đĩa kết hợp là 60,7% cao hơn phương pháp sử dụng máy tự động Phoenix M50 (58,9%). Có sự khác nhau về kết quả giữa hai nhóm vi khuẩn sinh ESBL và nhóm không sinh ESBL về sự đề kháng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lương Hồng Loan, Huỳnh Minh Tuấn (2020)**, Trục khuẩn gram âm tiết ESBL và phổ đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Y học TP. Hồ Chí Minh, 24(2), tr. 223-229.
- Mai Thị Thu Huyền, Nguyễn Đình Duy, Nguyễn Hữu Lâm (2018)**, Các vi khuẩn thường gặp và tính đề kháng kháng sinh của chúng tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ 11/2016 – 11/2017. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 22(5), tr. 196-200.
- Huỳnh Thị Hồng Nghĩa (2016)**, "Nhiễm trùng từ cộng đồng do Enterobacteriaceae tiết men beta-lactamase phổ rộng tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới Tp. Hồ Chí Minh", Tạp chí Y Học Tp.HCM, 20 (1), tr 247-253.
- Nguyễn Thành Tín (2018)**, Xác định kiểu hình và kiểu gen của vi khuẩn Escherichia coli và Klebsiella pneumoniae tiết ESBL phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, số 5, tr. 246-251.
- Mai Văn Tuấn (2008)**, "Khảo sát trực khuẩn Gram âm sinh men beta – lactamase phổ rộng phân lập tại Bệnh viện Trung Ương Huế" Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 19(1), tr. 445-451
- Đinh Thị Xuân Mai, Đặng Nguyễn Đoàn Trang (2020)** "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 21 (5), tr.227.
- Buys H., et al (2016)**, "High Gastrointestinal Colonization Rate with Extended-Spectrum β -

Lactamase-Producing Enterobacteriaceae in Hospitalized Patients: Emergence of Carbapenem-Producing *K. pneumoniae* in Ethiopia", Plos One, 11(8), pp 1-14.

8. **Chang Y.T., Coombs G., Ling T., et al. (2017)**, "Epidemiology and trends in the antibiotic susceptibilities of Gram-negative bacilli isolated from patients with intra-abdominal infections in the

Asia-Pacific region, 2010-2013". Int J Antimicrob Agents, 49(6), pp. 734-739.

9. **Chakraborty A., Adhikari P., Shenoy S. & Saralaya V. (2015)**, "Clinical significance and phylogenetic background of extended spectrum beta-lactamase producing *Escherichia coli* isolates from extra-intestinal infections". J Infect Public Health, 8(3), pp. 248-253.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN CỦA PHỔI GIAI ĐOẠN IIIB-IV BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN

Hoàng Minh Tú¹, Trần Bảo Ngọc², Đào Thị Thu Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, các tác dụng phụ không mong muốn của điều trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trên bệnh nhân UTP loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB-IV tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 42 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IIIB-IV có chỉ định hóa trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin từ tháng 01/2020 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $59,5 \pm 11,2$ tuổi (khoảng 35 - 76 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 4,25/1. Đáp ứng hoàn toàn 0%, đáp ứng một phần 33,3% (14 bệnh nhân), bệnh ổn định 40,5% (17 bệnh nhân) và 11 trường hợp tiến triển bệnh. Độc tính cấp tính chủ yếu ở độ 1, độ 2 với tỷ lệ thấp, không gặp độc tính độ 3, độ 4. **Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin cho bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn muộn đạt tỷ lệ đáp ứng khá tốt với các tác dụng phụ chấp nhận được và có thể phục hồi.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến phổi, Paclitaxel-Carboplatin, kết quả điều trị.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF ADENOMCARCINOMA OF THE LUNG CANCER STAGE IIIB-IV BY PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN

Objectives: To evaluate the treatment results and unwanted side effects of Paclitaxel-Carboplatin regimen in patients with lung adenocarcinoma stage IIIB-IV at the Oncology Center, Thai Nguyen Central Hospital. Subjects and research methods: A cross-sectional description of 42 patients with stage IIIB-IV lung adenocarcinoma who were indicated for chemotherapy with the Paclitaxel-Carboplatin regimen from January 2020 to July 2022. Results: The mean age was 59.5 ± 11.2 years old (range 35 - 76 years

old), the male/female ratio was 4.25/1. Completed response 0%, partial response 33.3% (14 patients), stable disease 40.5% (17 patients) and 11 cases progressed. Acute toxicity is mainly at grade 1, grade 2 with a low rate, no grade 3, grade 4 toxicity. Conclusion: Paclitaxel-Carboplatin regimen for patients with advanced lung adenocarcinoma reached a high rate of response with acceptable and reversible adverse events. **Keywords:** Lung adenocarcinoma, Paclitaxel-Carboplatin, treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Theo cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC) 2020 trên thế giới có hơn 2,2 triệu ca mới mắc UTP và ước tính có gần 1,8 triệu người tử vong do căn bệnh này. Tại VN theo ghi nhận của Globocan 2020 có 26.262 ca mắc mới đứng thứ 2 trong tổng số các bệnh ung thư.

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, UTP được chia làm 2 nhóm chính là UTP tế bào nhỏ và UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN). Trong đó nhóm UTPKTBN chiếm khoảng 80-85%... Phương pháp điều trị UTPKTBN tùy thuộc vào giai đoạn bệnh. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng khi bệnh còn ở giai đoạn khu trú (giai đoạn I-IIIa). Hóa chất và xạ trị thường được áp dụng điều trị ở giai đoạn muộn khi bệnh không còn khả năng phẫu thuật (giai đoạn IIIB-IV) nhằm cải thiện triệu chứng, kéo dài thời gian sống thêm. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng cho thấy, phần lớn bệnh nhân UTP khi phát hiện bệnh đã ở giai đoạn muộn, tổn thương đã xâm lấn, lan rộng không còn khả năng điều trị triệt căn. Hóa trị triệu chứng trong điều trị UTP giai đoạn muộn với nền tảng là nhóm Platinum kết hợp với các thuốc thể hệ 3: nhóm Taxane, Gemcitabin, Vinorebine... cho thấy hiệu quả cải thiện thời gian sống thêm và tăng chất lượng cuộc sống so với chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần [8]. Vai trò của Paclitaxel-Carboplastin trong điều trị UTPKTBN

¹Trung tâm Ung bướu, Bv Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: dr.hoangtutn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022