



Bài dịch

BỆNH WHITMORE LAN RỘNG TẠI CHÂU Á - THÁI BÌNH DƯƠNG: CÒN NHIỀU ĐIỀU CHƯA BIẾT

Dịch từ: Bart J. Currie, Ella M. Meumann. *Melioidosis in Asia-Pacific Nations: Expanding Boundaries but Unknowns Remain. Respiriology*, 2025; 0:1-3; <https://doi.org/10.1111/resp.70098>

Người dịch: **NGUYỄN THỊ KIÊN GIANG¹**
¹Khoa Hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Tóm tắt

- Bệnh Whitmore đang lưu hành ở nhiều khu vực tại Châu Á - Thái Bình Dương.
- Vẫn còn nhiều vùng lưu hành của bệnh chưa được phát hiện và số vùng lưu hành đang ngày càng gia tăng.
- Cùng với sự gia tăng của bệnh đái tháo đường, sự già hóa dân số và biến đổi khí hậu toàn cầu, tỉ lệ mắc bệnh Whitmore được dự đoán sẽ tăng thêm.

Vào năm 2025, có hàng loạt trường hợp bệnh Whitmore bùng phát tại Bắc Queensland, nước Úc, điều này đã nhắc nhở các bác sĩ tại khu vực Châu Á - Thái Bình Dương cần cảnh giác với căn bệnh nhiệt đới này [1]. Được gọi là “kẻ bất chước vĩ đại”, hơn một nửa các trường hợp bệnh Whitmore có triệu chứng giống với viêm phổi cộng đồng, các biểu hiện của bệnh đa dạng từ nhiễm trùng mạn tính giống như lao phổi (dưới 10% số ca bệnh) đến viêm phổi nhiều thùy tiến triển nhanh (lên đến 20% tổng số ca) có sức nhiễm trùng và tỉ lệ tử vong cao [2].

Bệnh Whitmore được mô tả lần đầu tiên tại Miến Điện vào năm 1912. Kể từ đó, phát hiện về mối liên quan giữa bệnh và yếu tố địa phương càng được củng cố sau những lần bùng phát tại Đông Nam Á, Bắc Úc, Nam Á, và Trung Quốc [3]. Trong thập kỷ vừa qua, người ta đã phát hiện được những ổ dịch tại Châu Phi và Châu Mỹ, và những bằng chứng gần đây còn ghi nhận được bệnh lan đến những địa điểm mới, bao gồm miền Nam Hoa Kỳ [4]. Tuy vậy, vẫn còn những khu vực dịch tễ bệnh Whitmore khác trên thế giới chưa được ghi nhận đầy đủ [5]. Trong số những quốc gia ở khu vực Thái Bình Dương: Guam, Fiji và New Caledonia là vùng đặc hữu của bệnh Whitmore, mặc dù số ca mắc không phổ biến. Vào giai đoạn 2013 đến 2016, tại Yap xuất hiện một cụm 7 ca bệnh Whitmore, và tất cả đều tử vong [6]. Đông Timor cũng được xem xét là vùng đặc hữu của bệnh, nhưng điều này chỉ được xác nhận sau khi họ hoàn tất kỹ thuật xét nghiệm giúp khẳng định bệnh phẩm của 3 trường hợp bệnh vào năm 2022 [7].



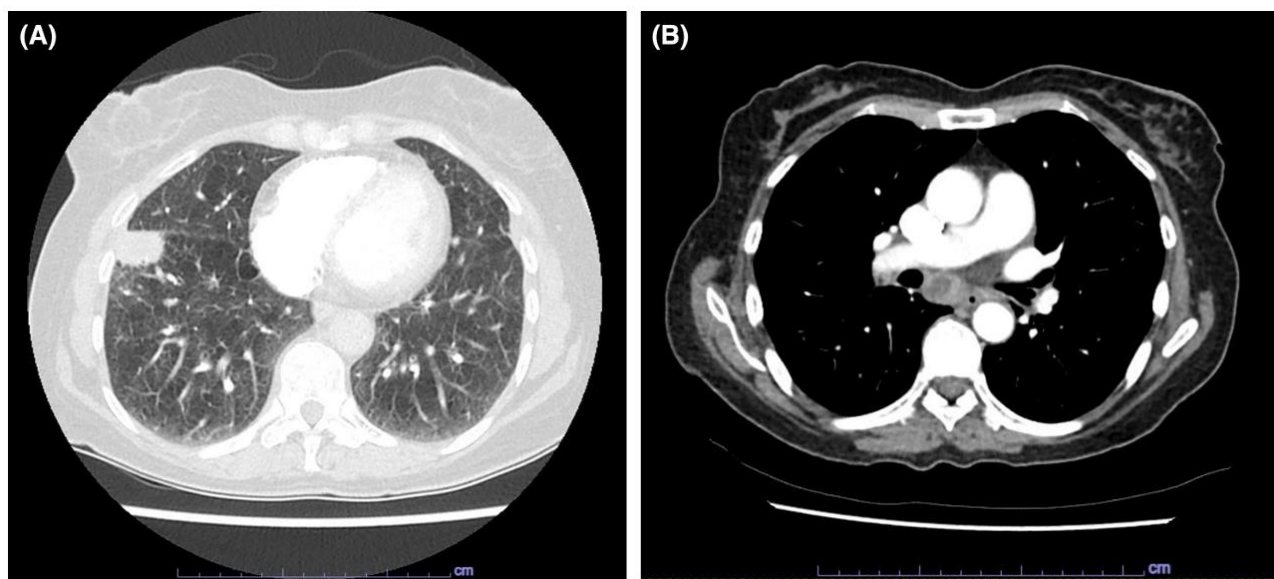
Việc giải trình tự gen các chủng vi khuẩn *Burkholderia pseudomallei* - tác nhân gây bệnh tởn tạt trong đất và nước - tạt các vùng dịch tễ đã cung cấp thêm những hiểu biết quan trọng. Đầu tiên, giờ đây chúng ta đã biết rõ *B. pseudomallei* có nguồn gốc từ Úc và sau đó lan sang Đông Nam Á, dường như vào cuối Kỷ Băng Hà khi Châu Úc còn nối liền với đảo New Guinea và các đảo khác trong quần đảo Indo-Malay [8]. Thứ hai, những phân tích dấu ấn phân tử chỉ ra rằng sự lan truyền của *B. pseudomallei* từ Đông Nam Á sang Châu Phi vào khoảng 2000 năm trước, và chủng vi khuẩn này lây lan vào Châu Mỹ trong thời kỳ buôn bán nô lệ [9]. Thứ ba, thay đổi khí hậu toàn cầu hiện nay làm các yếu tố thời tiết cực đoan như gió bão, cuồng phong, giông lốc xảy ra thường xuyên, góp phần làm lây lan vi khuẩn tạt Châu Mỹ và một số nơi khác [2, 4]. Điều này góp phần giải thích về việc đã có ít nhất ba lần phân tích kiểu gen phát hiện vi khuẩn *B. pseudomallei* từ Châu Á xâm nhập vào Úc và lây lan cục bộ [1, 10]. Tuy nhiên, phương thức lan truyền thực sự của vi khuẩn từ Châu Á về lại Úc vẫn chưa được làm rõ, các nguyên nhân khác bao gồm sự di cư của chim và sự nhập khẩu các sản phẩm hay thực vật có nhiễm vi khuẩn.

Điều quan trọng cần biết là *B. pseudomallei* đôi khi có vai trò như tác nhân gây bệnh cơ hội trên người. Để đánh giá khả năng bệnh có xảy ra sau nhiễm khuẩn, cũng như mức độ nặng và tiên lượng bệnh, cần dựa vào tình trạng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân [11]. Những nghiên cứu huyết thanh học cho thấy rằng phần lớn những người phơi nhiễm *B. pseudomallei* sẽ không tiến triển thành bệnh Whitmore (biểu hiện bệnh trên lâm sàng). Khoảng 20% số bệnh nhân không xác định được yếu tố nguy cơ. Trường hợp tử vong là hiếm gặp nếu được chẩn đoán kịp thời và điều trị bằng kháng sinh đặc hiệu cùng điều kiện chăm sóc tích cực đủ tốt. Bệnh đái tháo đường là yếu tố nguy cơ nổi bật, có trong 40 - 60% tổng số trường hợp mắc [2, 12]. Sự gia tăng tỉ lệ mắc bệnh đái tháo đường trên toàn cầu, đặc biệt là ở khu vực Châu Á - Thái Bình Dương cũng góp phần làm cho bệnh Whitmore trở nên phổ biến hơn. Ngoài ra, còn có một số yếu tố nguy cơ khác cũng được biết đến, bao gồm bệnh thận mạn, bệnh phổi mạn, nghiện rượu, và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (đặc biệt là corticosteroids), tuổi cao là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh, do đó sự già hóa dân số đang diễn ra tạt khu vực Châu Á cũng góp phần làm gia tăng số ca bệnh Whitmore. Tương tự như nhiễm *B. cepacia* ở những bệnh nhân xơ hóa nang, nhiễm *B. pseudomallei* là tình trạng cần đặc biệt lưu ý, được khuyến cáo tránh đến những địa điểm có bệnh Whitmore đang lưu hành hoặc hạn chế tối thiểu những hoạt động có thể phơi nhiễm với *B. pseudomallei*. Mặc dù miễn dịch bệnh sinh của vi khuẩn này có những điểm tương đồng với vi trùng lao, việc giải thích lí do bệnh nhân đái tháo đường là đối tượng ưa thích của bệnh Whitmore vẫn chưa được hiểu rõ [2].

Sự nhiễm *B. pseudomallei* xảy ra khi vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua da, đường hô hấp (hít phải hoặc hít sặc), hoặc đường tiêu hóa (nuốt phải). Các con đường lây nhiễm này có ảnh hưởng lớn đến biểu hiện lâm sàng, mức độ nặng, và kết cục của bệnh Whitmore [11]. Nhiễm trùng qua đường hô hấp có thể dẫn đến bệnh cảnh viêm phổi tiến triển nhanh (thường kèm phi đại hạch trung thất), nhiễm trùng hệ thống, sốc nhiễm trùng với tỉ lệ tử vong cao. Những khác biệt giữa nhiễm bệnh Whitmore qua da và qua đường hô hấp tương tự như những gì đã biết ở bệnh than, dịch hạch, bệnh sốt thổ. Mối lo ngại về bệnh Whitmore do hít phải là cơ sở để Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh dịch Hoa Kỳ phân loại *B. pseudomallei* là tác nhân gây bệnh Loại 1.

Tại các khu vực nông thôn ở Châu Á và Đông Nam Á, nơi người dân có nguồn nước sinh hoạt chưa được khử khuẩn, vi khuẩn *B. pseudomallei* trong nguồn nước lây truyền qua đường tiêu hóa, đây được cho là nguyên nhân của tỉ lệ dương tính cao trong huyết thanh và tình trạng áp xe tuyến nước bọt phổ biến ở trẻ em tại những nơi này. Ngược lại, tại khu vực Bắc Úc, nơi tỉ lệ dương tính trong huyết thanh thấp và trẻ nhỏ hiếm khi bị mắc bệnh, biểu hiện phổ biến nhất của bệnh Whitmore ở trẻ em là loét da hoặc áp xe da [13, 14].

Vẫn còn những điều chưa được hiểu rõ là: tỉ lệ nhiễm *B. pseudomallei* của từng con đường trong số ba đường lây truyền chính; cùng với đó, cần tìm hiểu cơ chế vi khuẩn lây nhiễm từ vết thương ở da cũng có thể lan theo đường máu và còn gây nên viêm phổi đa ổ tương tự như nhiễm *Staphylococcus aureus*. Những điều đã được hiểu rõ bao gồm: cơ chế bệnh sinh của bệnh Whitmore thay đổi theo yếu tố nghề nghiệp, sinh hoạt, cũng như yếu tố thời tiết và địa lý. Ví dụ, tại Bắc Úc, các nhà nghiên cứu đã phát hiện mối liên hệ giữa việc sử dụng máy rửa áp lực cao và mắc bệnh Whitmore qua đường hô hấp, biểu hiện thành viêm phổi [13]. Cùng với đó, những nghiên cứu dịch tễ học tại Singapore, Đài Loan và Bắc Úc đều cho thấy sự tương đồng rằng trong những đợt thời tiết khắc nghiệt với gió mạnh và mưa lớn, số trường hợp nhiễm bệnh qua đường hô hấp tăng lên so với nhiễm qua da, biểu hiện thành viêm phổi nhiều hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn.



Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở một bệnh nhân Whitmore: khối choán chỗ tại phổi, khí phế thũng (A) và hoại tử hạch bạch huyết dưới carina.

Để chẩn đoán xác định bệnh Whitmore cần có kết quả nuôi cấy *B. pseudomallei* từ mẫu bệnh phẩm như máu, đờm, nước tiểu, mủ. Việc này được thực hiện tại phòng xét nghiệm vi sinh có đầy đủ trang thiết bị và quan trọng nhất là có thể cấy máu được (khoảng 50% trường hợp có nhiễm trùng huyết). Trên những bệnh nhân có phì đại hạch phổi hoặc hạch trung thất có thể cần thực hiện sinh thiết qua nội soi siêu âm. Tại những vùng dịch tễ, việc lấy mẫu bệnh phẩm trực tiếp để nuôi cấy là rất quan trọng, bao gồm cả những trường hợp nghi ngờ ung thư (Hình 1). Việc định



danh *B. pseudomallei* có thể khó khăn đối với những người chưa quen thuộc với vi khuẩn này, vì vậy điều cần thiết là bác sĩ lâm sàng phải có ghi chú trên yêu cầu xét nghiệm bệnh phẩm khi nghi ngờ bệnh Whitmore. Trục khuẩn Gram âm, có khả năng di động và dương tính với xét nghiệm oxidase, nhạy cảm với amoxycillin-clavulanate nhưng đề kháng với gentamicin và colistin có thể là *B. pseudomallei*. Cần lưu ý rằng xét nghiệm sinh hóa tự động và công nghệ MALDI-TOF có thể nhầm lẫn *B. pseudomallei* với *B. cepacia* hay *B. thailandensis* [2].

Tương tự như với bệnh lao, điều trị cho bệnh Whitmore bao gồm sử dụng kháng sinh kéo dài, khác với viêm phổi mắc phải cộng đồng. Quá trình điều trị với kháng sinh bao gồm: giai đoạn tích cực ban đầu với ceftazidime hoặc meropenem đường tĩnh mạch; tiếp theo là giai đoạn diệt khuẩn bằng kháng sinh đường uống, với trimethoprim/sulfamethoxazole được khuyến cáo [2]. Thời gian điều trị của mỗi giai đoạn được đánh giá qua biểu hiện lâm sàng và mức độ nặng của tình trạng nhiễm trùng, thông thường tối thiểu là 2 tuần cho liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch và 3 tháng cho giai đoạn diệt khuẩn. Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *B. pseudomallei* thường hiếm gặp nhưng sẽ dễ nhận biết, bệnh bùng phát lại khi phương pháp điều trị không đạt hiệu quả, do không điều trị đủ thời gian hoặc kém tuân thủ điều trị, hoặc xuất hiện ổ nhiễm trùng dai dẳng cần ưu tiên điều trị bằng phẫu thuật hoặc dẫn lưu như: tràn mủ màng phổi, áp xe nội tạng hay viêm tủy xương.

Địa chỉ tác giả liên hệ: nguyenthikiengiang@gmail.com

Ngày nhận: 20/10/2025

Ngày chấp nhận: 12/11/2025

Phản biện: TS.BS. Cao Thị Mỹ Thúy, TS.BS. Nguyễn Văn Thành

Tài liệu tham khảo

1. J. Murdoch, J. Hanson, and S. Smith, What Is Responsible for the Extraordinary Melioidosis Season in Cairns This Wet Season? (MJA In Sight+, 2025), <https://insightplus.mja.com.au/2025/17/what-is-responsible-for-the-extraordinary-melioidosis-season-in-cairns-this-wet-season/>.
2. E. M. Meumann, D. Limmathurotsakul, S. J. Dunachie, W. J. Wiersinga, and B. J. Currie, "Burkholderia pseudomallei and melioidosis," *Nature Reviews. Microbiology* 22, no. 3 (2024): 155-169.
3. D. A. B. Dance, "Melioidosis: The Tip of the Iceberg?," *Clinical Microbiology Reviews* 4, no. 1 (1991): 52-60.
4. J. K. Petras, M. G. Elrod, M. C. Ty, et al., "Locally Acquired Melioidosis Linked to Environment - Mississippi, 2020-2023," *New England Journal of Medicine* 389, no. 25 (2023): 2355-2362.
5. D. Limmathurotsakul, N. Golding, D. A. B. Dance, et al., "Predicted Global Distribution of Burkholderia Pseudomallei and Burden of Melioidosis," *Nature Microbiology* 1 (2016): 15008.



6. L. D. Nolen, E. Lirow, J. E. Gee, et al., "Differentiating New From Newly Detected: Melioidosis in Yap, Federated States of Micronesia," *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 101, no. 2 (2019): 323-327.
7. H. Guterres, C. Gusmao, M. Pinheiro, et al., "Melioidosis in Timor- Leste: First Case Description and Phylogenetic Analysis," *Open Forum Infectious Diseases* 10, no. 8 (2023): ofad405.
8. T. Pearson, P. Giffard, S. Beckstrom- Sternberg, et al., "Phylogeographic Reconstruction of a Bacterial Species With High Levels of Lat eral Gene Transfer," *BMC Biology* 7 (2009): 78.
9. C. Chewapreecha, M. T. Holden, M. Vehkala, et al., "Global and Re gional Dissemination and Evolution of *Burkholderia Pseudomallei*," *Nature Microbiology* 2 (2017): 16263.
10. E. M. Meumann, M. Kaestli, J. R. Webb, et al., "*Burkholderia pseudo mallei* Sequence Type 46 Transmission From Asia to Australia," *Emerg ing Infectious Diseases* 31, no. 2 (2025): 394-397.
11. B. J. Currie, "Melioidosis: Evolving Concepts in Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment," *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 36, no. 1 (2015): 111-125.
12. L. Prideaux, M. Sandeman, H. Stratton, A. D. Kelleher, S. Smith, and J. Hanson, "Melioidosis in People Living With Diabetes; Clinical Pre sentation, Clinical Course and Implications for Patient Management," *Acta Tropica* 263 (2025): 107559.
13. B. J. Currie, M. Mayo, L. M. Ward, et al., "The Darwin Prospective Melioidosis Study: A 30- Year Prospective, Observational Investigation," *Lancet Infectious Diseases* 21, no. 12 (2021): 1737-1746.
14. S. Smith, J. D. Stewart, C. Tacon, N. Archer, and J. Hanson, "Children With Melioidosis in Far North Queensland Are Commonly Bacte raemic and Have a High Case Fatality Rate," *Communicable Diseases Intelligence* 41, no. 4 (2017): E318-E321.