

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* của 458 người đến khám và xét nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa Hòa Hào – Medic Cần Thơ năm 2023 là 46,29% (212/458).

Tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* cần điều trị tại thời điểm nghiên cứu là 13,21% (28/212).

Những người có eosinophile tăng sẽ có nguy cơ nhiễm ấu trùng gấp 3,65 lần những người có eosinophile bình thường.

Những người hiện đang nuôi chó có nguy cơ nhiễm ấu trùng 1,67 lần với những người hiện đang không nuôi chó.

Trong 458 người đến khám bệnh và tham gia nghiên cứu, có triệu chứng mề đay/ngứa chiếm đến 97,60%, trong đó nhóm tuổi lao động từ 19-55 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (75,98%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pawlowski Z**, (2001), "Toxocariasis in humans: clinical expression and treatment dilemma", J

- Helminthol, 75 (4), pp. 299-305.
2. **Bộ Y Tế**, (2016), "Tài liệu định nghĩa trường hợp bệnh Truyền nhiễm (Ban hành kèm theo Quyết định số 4282/QĐ-BYT ngày 8/8/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế).", pp.
3. **Đỗ Tấn Phú**, (2018), "Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara* spp. và một số yếu tố liên quan của người dân tại xã Mỹ Lệ, huyện Cần Đước, tỉnh Long An, năm 2018", pp.
4. **Lê Đình Vĩnh Phúc**, (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng thiabendazole trên người mắc bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo tại Trung tâm Medic Thành phố Hồ Chí Minh. Luận án tiến sĩ y học. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.", pp.
5. **Nguyễn Ngọc Trang Đài**, (2020), "Tỷ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu thai kỳ tại bệnh viện Từ Dũ, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020, Luận văn thạc sĩ Khoa học Y sinh", pp.
6. **Thân Trọng Quang, Trần Vũ Hòa, Nguyễn Trần Uyên Phương**, (2022), "Tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng *Toxocara canis* và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện đại học Tây Nguyên, năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 518 (1), pp.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VANCOMYCIN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Lê Bá Hải¹, Hoàng Thị Minh², Đồng Thị Xuân Phương¹,
Phùng Chí Kiên¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Lê Văn Anh²,
Nguyễn Thị Thu Hương², Đinh Thị Chi², Phạm Thị Thúy Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích thực trạng sử dụng vancomycin trên bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị sau khi áp dụng quy trình phê duyệt trước khi sử dụng với sự tham gia của dược sĩ lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên dữ liệu thu được từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 01/6/2022 đến 31/5/2023 được chỉ định sử dụng vancomycin đường truyền tĩnh mạch ít nhất 24 giờ. **Kết quả:** Trung vị độ tuổi của 120 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu là 82 tuổi, nam giới chiếm 75,8%. Bệnh nhân ra viện với tình trạng khỏi/ đỡ chiếm 56,7%. Vancomycin được chỉ định theo kinh nghiệm ở 70% bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định nuôi cấy vi sinh là 93,3%, trong 104 mẫu bệnh phẩm có kết quả dương tính,

Staphylococcus aureus chiếm 26,9 %, và tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA) chiếm 23,1%. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng liều nạp là 97,5%. Liều duy trì được sử dụng phổ biến nhất là 1g/24h (54,5%) và 1g/12h (30,9%). Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện độc tính trên thận là 7,5%. **Kết luận:** Các hoạt động của dược sĩ lâm sàng đã có tác động tích cực tới thực trạng sử dụng vancomycin khi tỷ lệ bệnh nhân được kê liều nạp phù hợp và xác định liều duy trì phù hợp với chức năng thận ở thời điểm khởi đầu điều trị cao. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận đa số bệnh nhân không được hiệu chỉnh liều khi chức năng thận thay đổi trong quá trình điều trị. Do đó, Bệnh viện Hữu Nghị cần đẩy mạnh hoạt động giám sát nồng độ vancomycin trong máu nhằm hướng tới cá thể hóa điều trị, đặc biệt trên quần thể bệnh nhân có độ tuổi rất cao. **Từ khóa:** Vancomycin, người cao tuổi, đặc điểm sử dụng.

SUMMARY

INVESTIGATION OF VANCOMYCIN USAGE IN ELDERLY PATIENTS AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the usage characteristics of vancomycin in elderly patients at Friendship Hospital after implementing a preauthorization process with the contribution of a clinical pharmacist.

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thúy Vân

Email: vanptt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 24.6.2024

Subjects and methods: Retrospective descriptive study based on data obtained from medical records of elderly inpatients (≥ 60 years old) at Friendship Hospital during the period from 01/6/2022 to 31/5/2023 treated with vancomycin intravenously for at least 24 hours. **Results:** The median age of the patients was 82 years old, men accounted for 75.8%. Patients discharged from the hospital with recovery/improvement account for 56.7%. Vancomycin is prescribed empirically in 70% of patients. The rate of patients undergoing microbiological culture was 93.3%, of the 104 specimens with positive results, *Staphylococcus aureus* accounted for 26.9%, Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) accounted for 23.1%. Loading dose regimen was applied in 97.5%. The common maintenance doses were 1g/24h (54.5%) and 1g/12h (30.9%). The rate of patients experiencing nephrotoxicity was 7.5%. **Conclusion:** The activities of clinical pharmacists have had a positive impact on the usage of vancomycin as the rate of patients prescribed an appropriate loading dose and the maintenance dose was determined to be appropriate for kidney function at the beginning of treatment is high. However, the study noted that a certain proportion of patients did not receive appropriate dose adjustment when kidney function changed. Therefore, Friendship Hospital needs to promote therapeutic drug monitoring of vancomycin, especially as the patient population has a very high age. **Keywords:** Vancomycin, elderly, usage characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vancomycin là kháng sinh quan trọng trong điều trị các bệnh lý nhiễm trùng liên quan đến tụ cầu vàng kháng methicillin. Sử dụng vancomycin hợp lý, đặc biệt trên quần thể bệnh nhân cao tuổi, là hết sức quan trọng do nguy cơ nhiễm MRSA ở nhóm bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú cao gấp 5 lần so với nhóm người trẻ [9]. Bên cạnh đó, những thay đổi về dược động học của vancomycin ở bệnh nhân cao tuổi như tăng thể tích phân bố và giảm độ thanh thải đòi hỏi việc sử dụng vancomycin cần được giám sát và theo dõi chặt chẽ hơn trong suốt quá trình điều trị.

Bệnh viện Hữu Nghị là đơn vị chăm sóc và điều trị chủ yếu cho bệnh nhân cao tuổi, với số lượng tiêu thụ vancomycin có xu hướng tăng khi chỉ số DDD/100 ngày giường của năm 2020 và 2022 lần lượt là 0,16 và 0,5. Từ năm 2016, Bệnh viện Hữu Nghị đã đưa vancomycin vào "Danh mục kháng sinh cần phê duyệt trước khi sử dụng". Theo đó, các khoa phòng có nhu cầu sử dụng vancomycin cần gửi yêu cầu hội chẩn tới Đơn vị Dược lâm sàng để được rà soát và hội chẩn về chỉ định, chế độ liều ban đầu (liều nạp, liều duy trì) và cách dùng vancomycin. Tuy nhiên, bệnh viện vẫn chưa tiến hành nghiên cứu nào đánh giá tình hình sử dụng vancomycin sau khi triển khai các hoạt động hỗ trợ này. Vì vậy,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu phân tích thực trạng sử dụng vancomycin trên người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. Kết quả nghiên cứu này là tiền đề quan trọng để đề xuất các biện pháp cải tiến chất lượng quản lý và sử dụng vancomycin trên thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu lựa chọn tất cả hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ 01/6/2022 đến 31/5/2023, được chỉ định sử dụng vancomycin đường truyền tĩnh mạch ít nhất 24 giờ, loại trừ các bệnh án không tiếp cận được hoặc sử dụng vancomycin dự phòng phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Một số quy ước trong nghiên cứu

- Độ thanh thải creatinin (CrCl) của bệnh nhân được tính theo công thức Cockcroft-Gault

$$CrCl \text{ (mL/phút)} = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times \text{cân nặng (kg)}}{72 \times \text{Nồng độ creatinin huyết thanh } (\frac{\mu\text{mol}}{\text{L}})} \times 0,85$$

(với nữ)

- Tổn thương thận cấp được xác định khi xuất hiện một trong những tình trạng sau: creatinin huyết thanh tăng $\geq 0,3$ mg/dL (tương ứng $\geq 26,5$ $\mu\text{mol/L}$) trong vòng 48 giờ hoặc tăng $> 1,5$ lần so với mức creatinin huyết thanh nền trong vòng 07 ngày trước đó [5].

- Mức độ tổn thương thận được xác định như sau [5].

Giai đoạn	Creatinin huyết thanh
1	Tăng 1,5–1,9 lần so với creatinin nền trong vòng 7 ngày trước đó HOẶC tăng $\geq 0,3$ mg/dL ($\geq 26,5$ $\mu\text{mol/L}$) trong vòng 48 giờ
2	Tăng 2,0 – 2,9 lần so với creatinin nền
3	Tăng $\geq 3,0$ lần so với creatinin nền HOẶC ≥ 4 mg/dL ($\geq 353,6$ $\mu\text{mol/L}$) HOẶC cần sử dụng liệu pháp thay thế thận

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của quần thể bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu ghi nhận 120 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu được tổng kết trong Bảng 1.

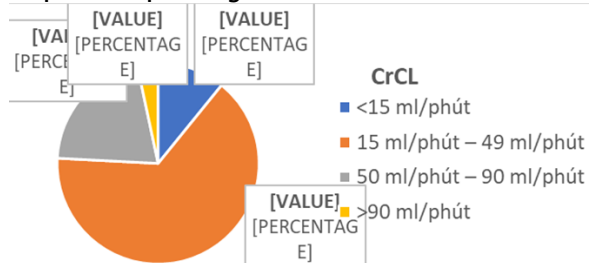
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (N = 120)
Tuổi (năm), TV (TPV)	82 (75- 89)
Giới tính, n (%)	
Nam	91 (75,8%)
Nữ	29 (24,2%)
Cân nặng (kg), n (%)	55 (50 – 60)
Bệnh mắc kèm, n (%)	117 (97,5%)
Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó, n (%)	115 (95,8%)
Có phẫu thuật, thủ thuật có xâm lấn, n (%)	87 (72,5%)
Bệnh nhân dùng kèm thuốc có độc với thận, n (%)	92 (76,7%)
Thời gian nằm viện (ngày), TB ± ĐLC	37,2 ± 19,1
Thời gian sử dụng vancomycin (ngày), TB ± ĐLC	10,9 ± 5,1
Tình trạng khi xuất viện, n (%)	
Khỏi/đỡ	68 (56,7%)
Không thay đổi	18 (15,0%)
Nặng hơn/xin về/tử vong	34 (28,3%)

(**Ghi chú:** TV: Trung vị; TPV: Tứ phân vị; TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn)

Trung vị độ tuổi của người bệnh là 82 tuổi (TPV 75-89), trong đó nam giới chiếm đa số (75,8%). Trung bình thời gian nằm viện của bệnh nhân khá dài là 37,2 ± 19,1 ngày. Bệnh nhân xuất viện với tình trạng khỏi/đỡ chiếm đa số 56,7%.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được xét nghiệm creatinin huyết thanh để đánh giá chức năng thận trước khi dùng vancomycin. Phần lớn bệnh nhân có chức năng thận suy giảm, với 65% bệnh nhân có CrCl trong khoảng từ 15 - 49 ml/phút. Kết quả phân bố chức năng thận của bệnh nhân trước khi dùng vancomycin được thể hiện trong Hình 1.



Hình 1. Phân bố bệnh nhân theo hệ số thanh thải creatinin

3.2. Đặc điểm vi sinh. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu được cấy định danh tìm vi khuẩn với tỷ lệ 93,3%, trong đó 55 bệnh nhân

(49,1%) với 104 mẫu bệnh phẩm có kết quả dương tính. Tỷ lệ các loại vi khuẩn Gram (+) phân lập được trong số bệnh phẩm nuôi cấy được thể hiện chi tiết tại Bảng 2.

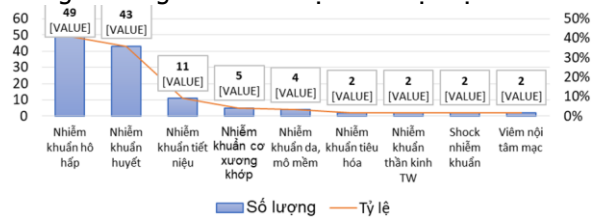
Bảng 2. Kết quả nuôi cấy vi sinh

Đặc điểm	Kết quả
Số mẫu bệnh phẩm nuôi cấy	348
Số mẫu bệnh phẩm dương tính, n (%), N = 348	104(29,9%)
Các loại vi khuẩn Gram (+) phân lập được, n (%), N = 104)	
- Staphylococcus aureus	28 (26,9%)
- Tỷ lệ MRSA	24 (23,1%)
- Staphylococcus spp. khác	15 (14,4%)
- Enterococcus faecalis	12 (11,5%)
- Streptococcus spp.	5 (4,8%)
Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của vancomycin trên MRSA, n (%), N=4	
≤1mg/L	2 (50%)
1,5 mg/L	2 (50%)

Nghiên cứu ghi nhận 4 bệnh nhân trong số 24 bệnh nhân phân lập được MRSA có chỉ định làm MIC với vancomycin và 50% giá trị MIC xác định được > 1mg/L.

3.3. Đặc điểm sử dụng vancomycin.

Phần lớn bệnh nhân được chỉ định vancomycin theo kinh nghiệm, chiếm tỷ lệ 70%. Đặc điểm bệnh lý nhiễm khuẩn được chỉ định vancomycin trong mẫu nghiên cứu được thể hiện tại Hình 2.



Hình 2. Bệnh lý nhiễm khuẩn được chỉ định vancomycin

Vancomycin được sử dụng để điều trị nhiều loại nhiễm khuẩn, trong đó chủ yếu là nhiễm khuẩn hô hấp 40,8%; nhiễm khuẩn huyết 35,8%.

Liều dùng và cách dùng vancomycin trong các bệnh án nghiên cứu được mô tả chi tiết tại Bảng 3.

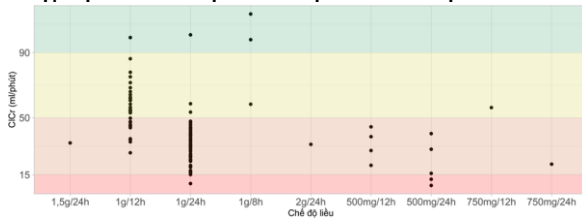
Bảng 3. Đặc điểm liều dùng, cách dùng vancomycin

Đặc điểm	Kết quả
Liều dùng	
Có chỉ định liều nạp, n (%), N=120)	117 (97,5%)
Liều nạp (mg/kg), TV (TPV)	22,2
Khoảng liều nạp (mg/kg), n (N=117)	(20,0 - 25,5)
< 20	28 (23,9%)
20 – 35	89 (76,1%)
Liều duy trì trên bệnh nhân không lọc máu, n (%N=110)	

1g/24h	60 (54,5%)
1g/12h	34 (30,9%)
500mg/24h	5 (4,6%)
500mg/12h	4 (3,6%)
1g/8h	3 (2,7%)
Khác	4 (3,6%)
Liều duy trì trên bệnh nhân lọc máu	
Lọc máu chu kỳ 48h, n (%), N=9	7 (77,8%)
1g/48h, sau lọc	2 (22,2%)
500mg/48h, sau lọc	
Lọc máu liên tục, n (%), N=4	4 (100,0%)
1g/24h	
Cách dùng (N=243)	
Đường dùng, n (%)	
Truyền tĩnh mạch ngắt quãng	243(100,0%)
Dung môi pha truyền	
NaCl 0.9%	241 (99,2%)
Glucose 5%	2 (0,8%)
Nồng độ pha truyền (mg/ml), n(%)	
≤ 5	128 (52,7%)
> 5 - 10	102 (42,0%)
>10	11 (4,5%)
Không có thông tin	2 (0,8%)
Thời gian truyền (phút), n (%)	
< 60	9 (3,7%)
60 - < 90	83 (34,2%)
≥ 90	129 (53,1%)
Không có thông tin	22 (9,1%)

Phần lớn bệnh nhân được chỉ định sử dụng liều nạp với tỷ lệ 97,5%. Với bệnh nhân không lọc máu, chế độ liều duy trì phổ biến nhất là 1g/24h (54,5%) và 1g/12h (30,9%). Tổng cộng 243 liều vancomycin đã được chỉ định, trong đó toàn bộ bệnh nhân được sử dụng vancomycin đường tĩnh mạch ngắt quãng với dung môi pha truyền hầu hết là NaCl 0,9%.

Các chế độ liều duy trì của vancomycin theo chức năng thận của bệnh nhân không có can thiệp lọc máu được thể hiện chi tiết tại Hình 3.



Hình 3. Liều duy trì vancomycin theo CrCl

Hai chế độ liều duy trì phổ biến nhất là 1g/24h và 1g/12h được chỉ định cho phần lớn bệnh nhân có CrCl lần lượt trong khoảng từ 15 – 49 ml/phút và 50 – 90 ml/phút.

Độc tính trên thận. Tần suất giám sát/theo dõi chức năng thận của bệnh nhân và mức độ độc tính trên thận ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu được ghi nhận và tổng kết trong

Bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm độc tính trên thận của bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả (N=120)
Tần suất giám sát chức năng thận, n (%)	
1 ngày/lần	4 (3,3%)
2-3 ngày/lần	29 (24,2%)
4-7 ngày/lần	43 (35,8%)
> 7 ngày/lần	15 (12,5%)
Không đánh giá được	13 (10,8%)
Không giám sát	16 (13,3%)
Bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn trên thận, n (%)	
Mức độ độc tính trên thận, n (%) (N=9)	
Giai đoạn 1	7 (77,8%)
Giai đoạn 2	1 (11,1%)
Giai đoạn 3	1 (11,1%)

Chức năng thận của người bệnh được giám sát khá chặt chẽ với trên 63% quần thể bệnh nhân nghiên cứu được theo dõi chức năng thận thường xuyên với tần suất nhiều hơn 1 lần/tuần (1 lần/2-3 ngày (24,2%) và 1 lần/4-7 ngày (35,8%)). Nghiên cứu ghi nhận 09 bệnh nhân (7,5%) gặp tác dụng không mong muốn trên thận.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị độ tuổi rất cao 82 tuổi (TPV 75- 89) và thời gian nằm viện kéo dài trung bình là 37,2 ± 19,1 ngày. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất là 72 tuổi (TPV 66 - 80) và 22 ngày (TPV 16,3 - 30,0) [3]. Theo Mao và cộng sự nguy cơ nhiễm MRSA tăng gấp 3,067 lần khi thời gian nằm viện kéo dài hơn 30 ngày (khoảng tin cậy 95% 2.063–4.559) [6]. Ngoài ra, tuổi cao (≥ 75 tuổi) là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do MRSA [4]. Như vậy, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có nguy cơ nhiễm MRSA và thất bại điều trị cao hơn các quần thể bệnh nhân trẻ tuổi hơn, thể hiện ở tỷ lệ bệnh nhân khỏi/dỡ khi ra viện là 56,7% thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Thống nhất là 88,7% [3].

Về đặc điểm vi sinh. Hầu hết bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh với tỷ lệ 93,3%. Tác nhân gây bệnh hàng đầu trong các vi khuẩn Gram (+) phân lập được là S. aureus. Tuy nhiên, số bệnh nhân được chỉ định làm MIC của vancomycin trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 4 trên 24 bệnh nhân phân lập được MRSA và 50% giá trị MIC ghi nhận vượt ngưỡng nhạy > 1mg/L.

Như vậy việc xác định MIC của vancomycin chưa được quan tâm thực hiện tại Bệnh viện Hữu Nghị. MIC của vancomycin đối với chủng MRSA càng cao, tỷ lệ điều trị thành công với vancomycin càng thấp [10]. Do đó, Bệnh viện cần tích cực triển khai xác định MIC của vi khuẩn với vancomycin vì đó là công cụ chính xác giúp đánh giá tình hình đề kháng và góp phần tiên lượng hiệu quả của kháng sinh trên lâm sàng, đặc biệt trên những vi khuẩn đa kháng như MRSA.

Về đặc điểm sử dụng vancomycin.—Chế độ liều nạp được sử dụng ở hầu hết bệnh nhân nghiên cứu (97,5%), kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất (0,8%) [3]. Liều nạp được cân nhắc sử dụng cho các bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng nghi ngờ hoặc xác định do MRSA là 20 - 35 mg/kg [8]. Tuy nhiên, liều nạp < 20mg/kg (thấp hơn mức khuyến cáo hiện nay) vẫn còn được sử dụng cho 23,9% bệnh nhân trong nghiên cứu.

Độ thanh thải của kháng sinh ưa nước, được thải trừ chủ yếu qua thận như vancomycin có thể giảm đáng kể ở người cao tuổi so với người trẻ tuổi. Do đó, cần cân nhắc việc điều chỉnh liều lượng theo chức năng thận thông qua CrCl [7]. Nghiên cứu ghi nhận hai chế độ liều duy trì 1g/24h (54,5%) và 1g/12h (30,9%) thường được sử dụng trên phần lớn các bệnh nhân có CrCl lần lượt là 15 - 49 ml/phút và 50 - 90 ml/phút. Điều này cho thấy các chế độ liều duy trì ban đầu trên quần thể bệnh nhân nghiên cứu đã được cân nhắc theo chức năng thận của từng bệnh nhân. Đây là kết quả tích cực khi so sánh với nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất (tổng liều duy trì thường dùng là 2g/24h áp dụng trên các bệnh nhân có CrCl dao động rất lớn từ 31,1 - 158,8 mL/phút) [3]. Kết quả này có được là nhờ sự tham gia hội chẩn tích cực của của Dược sĩ lâm sàng về chỉ định vancomycin, tư vấn về chế độ liều ban đầu (liều nạp, liều duy trì) và cách dùng vancomycin cho bác sĩ. Mặc dù vậy, nhóm nghiên cứu vẫn ghi nhận hầu hết các bệnh nhân được giữ nguyên chế độ liều duy trì trong cả đợt điều trị bất kể sự thay đổi chức năng thận của người bệnh, chỉ có 01 bệnh nhân được hiệu chỉnh liều theo chức năng thận trong quá trình sử dụng vancomycin.

Về độc tính trên thận. Tỷ lệ gặp độc tính trên thận trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,5%, tương tự nghiên cứu tại bệnh viện Thống Nhất (7,3%) và thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Trung ương quân đội 108 (15,3%) [2], [3]. Nghiên cứu ghi nhận mức độ tổn thương thận phổ biến là giai đoạn 1, chiếm tỷ lệ 77,8%. Tất

cả bệnh nhân gặp độc tính thận đều có dùng phối hợp với các thuốc gây độc thận khác. Kết quả này có thể chưa phản ánh đầy đủ tỷ lệ gặp độc tính thận trên thực tế do có tới 13,3% bệnh nhân không được giám sát creatinin và 12,5% bệnh nhân giám sát với tần suất > 7 ngày/lần dẫn đến không đủ dữ liệu để đánh giá. Giám sát nồng độ creatinin huyết thanh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện độc tính trên thận, từ đó xử trí kịp thời đảm bảo an toàn cho người bệnh. Tần suất giám sát được khuyến cáo là hai lần/ tuần với bệnh nhân có chức năng thận ổn định và thường xuyên hơn nếu chức năng thận không ổn định [1]. Như vậy, tại Bệnh viện Hữu Nghị vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân chưa được giám sát độc tính trên thận khi dùng vancomycin.

V. KẾT LUẬN

Với sự tham gia hội chẩn tích cực của Dược sĩ lâm sàng, 76,1% bệnh nhân được sử dụng vancomycin với mức liều nạp phù hợp, phần lớn chế độ liều duy trì ban đầu được chỉ định dựa trên chức năng thận của bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận chỉ có 01 bệnh nhân được hiệu chỉnh liều khi chức năng thận thay đổi. Do đó, Bệnh viện Hữu Nghị cần đẩy mạnh hoạt động giám sát nồng độ vancomycin trong máu nhằm hướng tới cá thể hóa điều trị, đặc biệt khi quần thể bệnh nhân có trung vị độ tuổi rất cao 82 (TPV 75 - 89).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế. 2015.
- Mạc Thị Mai** (2021), "Thực trạng sử dụng vancomycin tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, pp. 49-58.
- Huỳnh Thị Bích Phượng** (2023), Phân tích dược động học quần thể của vancomycin trên bệnh nhân cao tuổi dựa theo dữ liệu giám sát nồng độ thuốc trong máu tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Cuervo G., Gasch O., et al.** (2016), "Clinical characteristics, treatment and outcomes of MRSA bacteraemia in the elderly", J Infect, 72(3), pp. 309-16.
- Khwaja A.** (2012), "KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury", Nephron Clin Pract, 120(4), pp. c179-84.
- Mao P., Peng P., et al.** (2019), "Risk Factors And Clinical Outcomes Of Hospital-Acquired MRSA Infections In Chongqing, China", Infect Drug Resist, 12, pp. 3709-3717.
- Pea F.** (2018), "Pharmacokinetics and drug metabolism of antibiotics in the elderly", Expert Opin Drug Metab Toxicol, 14(10), pp. 1087-1100.
- Rybak M. J., Le J., et al.** (2020), "Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-

resistant *Staphylococcus aureus* infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists", *Am J Health Syst Pharm*, 77(11), pp. 835-864.

9. **Tacconelli E., Pop-Vicas A. E., et al.** (2006),

"Increased mortality among elderly patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia", *J Hosp Infect*, 64(3), pp. 251-6.

10. **van Hal S. J., Lodise T. P., et al.** (2012), "The clinical significance of vancomycin minimum inhibitory concentration in *Staphylococcus aureus* infections: a systematic review and meta-analysis", *Clin Infect Dis*, 54(6), pp. 755-71.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT MỞ GÓC TIỀN PHÒNG KÈM RỬA GÓC TIỀN PHÒNG TRONG GLÔCÔM GÓC MỞ THỨ PHÁT DO CORTICOID

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹, Mai Đăng Tâm¹,
Trang Thanh Nghiệp¹, Nguyễn Quang Đại¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hạ nhãn áp, sự giảm thuốc hạ nhãn áp và tính an toàn ở bệnh nhân glôcôm thứ phát do corticoid được phẫu thuật mở góc tiền phòng kèm rửa góc tiền phòng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 20 mắt của 12 bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm thứ phát do corticoid. Mức độ nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp cũng như tình trạng biến chứng của được ghi nhận tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng, nhãn áp trung bình sau phẫu thuật đạt $15,83 \pm 1,49$ mmHg giảm có ý nghĩa thống kê so với nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là $33,57 \pm 5,51$ mmHg ($p < 0,001$). Số lượng thuốc hạ nhãn áp thay đổi từ $3,20 \pm 0,52$ lọ trước phẫu thuật còn $2,8 \pm 0,41$ lọ sau phẫu thuật. Tất cả các mắt thuộc nghiên cứu đều có nhãn áp < 18 mmHg sau phẫu thuật, trong đó có 1 mắt cần được tiến hành phẫu thuật góc lần hai. **Kết luận:** Phẫu thuật mở góc tiền phòng và rửa góc tiền phòng tác động vào cơ chế sinh lý bệnh tổn thương vùng bè glôcôm thứ phát do corticoid giúp tái lưu thủy dịch. Phẫu thuật này giúp hạ nhãn áp ổn định kéo dài cũng như giảm số lượng thuốc hạ nhãn áp và đồng thời là một phẫu thuật an toàn để điều trị glôcôm thứ phát do corticoid. **Từ khóa:** Mở góc tiền phòng, rửa góc tiền phòng, glôcôm thứ phát do corticoid.

SUMMARY

OUTCOME OF GONIOTOMY COMBINE WITH GONIOWASH IN CORTICOID GLAUCOMA

Introduction: To assess the effects of goniotomy and goniowash on intraocular pressure, glaucoma medication in patients with corticoid glaucoma. **Methods:** A retrospective, interventional case series on 20 eyes of 12 patients. Outcomes included mean IOP reduction, reduction in IOP-lowering medications and complications at 1 week, 1

month, 3 months and 6 months were included.

Results: After 6 months of follow up, mean postoperative intraocular pressure was $15,83 \pm 1,49$ mmHg and significantly lower compared with preoperative intraocular pressure was $33,57 \pm 5,51$ mmHg ($p < 0,001$). Intraocular pressure was less than 18 mmHg in boths 20 eyes (100%) with the number of medication decrease from $3,20 \pm 0,52$ preoperative to $2,8 \pm 0,41$ postoperative. There were 3 patients had hyphema after surgery and this complications improved in 1 week. **Conclusion:** Combined goniotomy and goniowash reduces intraocular pressure and medication requirements in corticoid glaucoma. This surgery has less complication and can be the first choice in treatment of corticoid glaucoma.

Keywords: Goniotomy, goniowash, corticoid glaucoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gia tăng áp lực nội nhãn có thể xem như một tác dụng phụ không mong muốn trong quá trình điều trị với steroid. Khi áp lực nội nhãn tăng đủ mạnh và kéo dài trong một khoảng thời gian nào đó sẽ gây tổn thương thị thần kinh (glôcôm góc mở thứ phát do corticosteroid). Nguyên nhân chính của tình trạng tăng nhãn áp ở những bệnh nhân này được các tác giả xác định là do những biến đổi ở vùng bè và ống Schlemm như sự tích tụ quá mức của glycosaminoglycans, tình trạng tăng tổng hợp mô sợi bên dưới tế bào nội mô thành trong của ống Schlemm...gây cản trở sự thoát lưu thủy dịch (3).

Phương pháp phẫu thuật mở góc tiền phòng ở những bệnh nhân glôcôm thứ phát do corticoid giúp rạch qua vùng lưới bè bị tổn thương và qua đó thủy dịch thoát lưu trực tiếp vào ống Schlemm. Đồng thời phương pháp rửa góc tiền phòng giúp rửa trôi glycosaminoglycans tích tụ tại vùng bè giúp tăng thoát lưu thủy dịch qua ống Schlemm (3).

Nghiên cứu mở góc tiền phòng kèm rửa góc tiền phòng trong glôcôm góc mở thứ phát do corticoid nhằm đánh giá hiệu quả hạ nhãn áp, sự

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Trung Thế Truyền

Email: truyennguyenmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024