

thành phần chế nhày trong phân tích vi thể. Chúng tôi định nghĩa nhóm này là nhóm có thành phần chế nhày và không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm sau mổ ( $p=0.551$ ). Do đó, có thể nói rằng thể mô bệnh học ung thư biểu mô chế nhày không được coi là yếu tố tiên lượng độc lập đối với ung thư dạ dày. Nguyên nhân dẫn đến tiên lượng xấu của nhóm chế nhày có thể do tỷ lệ giai đoạn tiến triển ở thời điểm chẩn đoán cao hơn với các đặc tính sinh học hay mức độ xâm lấn.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 302 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian sống thêm trung bình là 43.4 tháng với tỷ lệ sống sau 1, 3, và 5 năm tương ứng là 97%, 77% và 71%. Giai đoạn bệnh, số hạch di căn, mức độ biệt hóa và xâm lấn mạch, thần kinh là các yếu tố nguy cơ đối với tỷ lệ sống thêm sau mổ trong khi sự có mặt của thành phần chế nhày và phân loại của Lauren không mang ý nghĩa tiên lượng đối với tỷ lệ này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Howlader N, Noone AM, Krapcho M và cộng sự. (2020).** SEER Cancer Statistics Review, 1975-2017 based on November 2019 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2020, [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2017/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/).

- National Cancer Institute.
2. **H. Katai, T. Ishikawa, K. Akazawa và cộng sự. (2018).** Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese Gastric Cancer Association (2001-2007). *Gastric Cancer*, 21(1), 144-54.
3. **Đỗ Đức Vân (1993).** Điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức (1970-1992). *Y học Việt Nam*, (7), 45-50.
4. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa (1998).** Đánh giá thời gian sống thêm sau mổ ung thư dạ dày bằng phương pháp Kaplan Meier. *Y học Thực hành*, 7, 44-48.
5. **S. N. Hochwald, S. Kim, D. S. Klimstra và cộng sự. (2000).** Analysis of 154 actual five-year survivors of gastric cancer. *J Gastrointest Surg*, 4(5), 520-5.
6. **T. Ichikura, S. Tomimatsu, Y. Okusa và cộng sự. (1993).** Comparison of the prognostic significance between the number of metastatic lymph nodes and nodal stage based on their location in patients with gastric cancer. *J Clin Oncol*, 11(10), 1894-900.
7. **Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1997).** Đặc điểm di căn hạch bạch huyết của ung thư dạ dày. *Y học Thực hành*, 11, 11-15.
8. **F. Feng, J. Liu, F. Wang và cộng sự. (2018).** Prognostic value of differentiation status in gastric cancer. *BMC Cancer*, 18(1), 865.
9. **B. J. Dicken, K. Graham, S. M. Hamilton và cộng sự. (2006).** Lymphovascular invasion is associated with poor survival in gastric cancer: an application of gene-expression and tissue array techniques. *Ann Surg*, 243(1), 64-73.

## NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực trên 80 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2021. **Kết quả:** 60,0% số bệnh nhân đã sử dụng thuốc kháng sinh trước khi vào viện. 100% số bệnh nhân được sử dụng kháng sinh ngay khi vào viện; 82,4% dùng phác

đơn độc và 17,6% được chỉ định phối hợp 2 loại kháng sinh ngay từ ban đầu. Phác đồ ban đầu: kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam được sử dụng nhiều nhất (63,7%): chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 (40%) và  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase (21,2%). Trong quá trình điều trị: có 32,8% phác đồ đơn độc ban đầu và 30,8% phác đồ phối hợp 2 kháng sinh ban đầu phải thay đổi phác đồ. Đa số bệnh nhân có thời gian sử dụng kháng sinh là 7-14 ngày (83,7%). Số ngày dùng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày. 35% phác đồ ban đầu và 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. **Kết luận:** Qua nghiên cứu trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng cho thấy có một tỷ lệ cao bệnh nhân tự dùng kháng sinh trước khi nhập viện (60,0%). Thời gian dùng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày; 35,0% phác đồ ban đầu và 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế. **Từ khóa:** viêm phổi mắc phải cộng đồng, kháng sinh.

\*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.8.2021

Ngày duyệt bài: 16.8.2021

**SUMMARY****STUDY ON THE CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL**

**Objective:** To survey the situation of antibiotic use in the treatment of community-acquired pneumonia at Nghe An friendship general Hospital in 2021. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 80 patients with community-acquired pneumonia who were treated at Nghe An Friendship General Hospital from January 2021 to April 2021. **Results:** 60,0% of patients had used antibiotics before entering the hospital. 100% of the patients were given antibiotics immediately upon admission: 82.4% were given a single regimen and 17.6% were prescribed a combination of 2 antibiotics. Initial regimen: The most commonly used antibiotics are  $\beta$ -lactam (63.7%); 3rd generation Cephalosporins (40%) and  $\beta$ -lactams/ $\beta$ -lactamase inhibitors (21.2%). During the treatment process: 32.8% of the initial monotherapy regimen and 30.8% of the initial 2 antibiotic combination regimen had to be changed. The duration of antibiotic use of the majority of patients was 7 – 14 days (83.7%). The average number of days of antibiotic use was  $9.48 \pm 3.02$  days. 35% of the initial regimen and 69.2% of the alternative regimen were consistent with the treatment guidelines of Vietnam's Ministry of Health. **Conclusion:** Through a study on patients with community-acquired pneumonia showed that a high percentage of patients self-administered antibiotics before hospital admission (60.0%). The average number of days of antibiotic use was  $9.48 \pm 3.02$  days. 35% of the initial regimen and 69.2% of the alternative regimen were consistent with the treatment guidelines of Vietnam's Ministry of Health.

**Keywords:** community-acquired pneumonia, antibiotics

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm trùng đường hô hấp dưới là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 tử vong toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu tử vong ở các nước kém phát triển. Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là một tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp phổ biến trong cộng đồng. Viêm phổi đặc biệt đe dọa đến tính mạng của trẻ em dưới 5 tuổi, người già và những người bị các bệnh lý ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch như đái tháo đường, HIV/AIDS, ... Kháng sinh (KS) là liệu pháp phổ biến nhất dùng trong điều trị viêm phổi và hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh cũng như tác dụng phụ của nó cũng thay đổi tùy từng đặc điểm của người bệnh [7]. Vấn đề lựa chọn và phối hợp kháng sinh ảnh hưởng lớn tới kết quả điều trị. Tuy nhiên, hiện nay với việc sử dụng kháng sinh ngày càng trở nên phổ biến và thiếu hợp lý đã dẫn tới che lấp các dấu hiệu lâm sàng, sai lệch kết quả xét nghiệm và gia tăng tỷ

lệ kháng kháng sinh từ đó gây khó khăn trong việc điều trị. Tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, đa số bệnh nhân VPMPCD đã được điều trị từ tuyến huyện chuyển đến, một số khác đã tự dùng kháng sinh trước đó nên tính chất bệnh đã thay đổi và quá trình xét nghiệm xác định căn nguyên bệnh cũng gặp khó khăn. Do đó, một lượng lớn bệnh nhân được điều trị dựa theo kinh nghiệm. Chính vì vậy, việc đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện là cơ sở để định hướng mô hình bệnh, mô hình vi khuẩn, từ đó có sự lựa chọn và sử dụng kháng sinh hợp lý nhằm nâng cao hiệu quả, giảm giá thành và hạn chế sự phát triển lan tràn của các chủng vi khuẩn kháng thuốc. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An năm 2021.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

**1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn" của Bộ Y tế năm 2020 [1].

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân dưới 16 tuổi, bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

- Bệnh nhân VPMPCD kèm theo lao phổi hoặc có suy giảm miễn dịch nặng hoặc đang mắc bệnh nhiễm khuẩn ở các bộ phận khác kèm theo.

**2. Phương pháp nghiên cứu****2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2021 đến 04/2021.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu: 80 bệnh nhân

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

**2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu**

**2.4.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của**

*bệnh VPMPCD*. Đánh giá mức độ nặng nhẹ, chỉ định điều trị nội ngoại trú dựa theo thang điểm CURB65 [1]: **C**: Rối loạn ý thức; **U**: Ure > 7mmol/L; **R**: Tần số thở ≥ 30 lần/ phút; **B**: Huyết áp: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≤ 60mmHg; **65** : tuổi: ≥ 65

Mỗi biểu hiện trên được tính 1 điểm, tính tổng số điểm và đánh giá: Viêm phổi nhẹ: CURB65 = 0 - 1 điểm: Có thể điều trị ngoại trú; Viêm phổi trung bình: CURB65 = 2 điểm: Điều trị tại các khoa nội; Viêm phổi nặng: CURB65 = 3 - 5 điểm: Điều trị tại khoa, trung tâm hô hấp, ICU.

2.4.2. *Đánh giá về lựa chọn phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm*. Đánh giá phác đồ KS sử dụng theo hai trường hợp:

- Phác đồ phù hợp khuyến cáo: nếu đúng tiêu chuẩn nhập khoa, đúng phác đồ về số lượng thuốc trong phác đồ, đúng nhóm thuốc và đúng loại thuốc theo mức độ nặng của bệnh theo hướng dẫn điều trị chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam đưa ra năm 2020 [1] và IDSA/ATS năm 2007 [6].  
- Phác đồ không phù hợp với khuyến cáo: Những trường hợp khác.

2.4.3. *Đánh giá hiệu quả điều trị*

Hiệu quả điều trị đánh giá dựa theo kết luận của bác sĩ khi tổng kết bệnh án.

Khỏi hoàn toàn: hết các triệu chứng lâm sàng; Đỡ-giảm: Các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm, bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú; Chuyển ICU hoặc tuyến trên: tình trạng bệnh nhân không được cải thiện, hoặc tình trạng bệnh nhân có chiều hướng xấu đi; Tử vong.

Kết luận: Thành công: bệnh nhân khỏi hoàn toàn hoặc đỡ - giảm; Không thành công: bệnh nhân chuyển ICU hoặc tuyến trên hoặc tử vong.

2.4.4. *Đánh giá lý do thay đổi phác đồ điều trị*

Không đáp ứng: các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không cải thiện sau điều trị; Nặng

lên: Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tăng lên so với lúc vào viện, có xu hướng tiến triển xấu; Theo KS đồ: Tìm được vi khuẩn trong bệnh phẩm xét nghiệm và làm KS đồ.

2.5. *Phương pháp xử lý số liệu*: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng test  $\chi^2$  để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

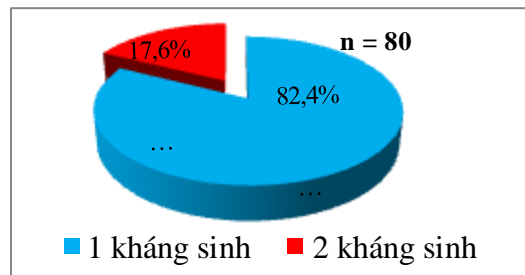
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Tình hình sử dụng kháng sinh trước vào viện của đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chí	Mức độ VPMPCD			Tổng
	Nhẹ n=11	Trung bình n=47	Nặng n=22	
Có dùng KS	9 (81,8%)	24 (51,1%)	15 (68,2%)	48 (60%)
Không dùng KS	2 (18,2%)	23 (48,9%)	7 (31,8%)	32 (40%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN đã sử dụng thuốc KS trước khi vào viện ở mức cao (60%).



**Biểu đồ 1.** Kiểu phác đồ sử dụng kháng sinh ban đầu trong điều trị của đối tượng nghiên cứu

**Nhận xét:** 100% được sử dụng KS ngay khi vào viện: 82,4% dùng phác đồ đơn độc và 17,6% được chỉ định phối hợp 2 loại KS ngay từ ban đầu.

**Bảng 2. Các kiểu phác đồ kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm của đối tượng nghiên cứu**

Phác đồ KS	Mức độ VPMPCD						Tổng	
	Nhẹ (n=11)		Trung bình (n=47)		Nặng (n=22)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<b>Phác đồ đơn độc</b>								
$\beta$ -lactam / ức chế $\beta$ -lactamase	5	45,5	11	23,4	1	4,5	17	21,2
C3G	5	45,5	22	46,8	5	22,7	32	40
Quinolon	1	9,0	9	19,1	5	22,7	15	18,7
$\beta$ -lactam chống Pseudomonas	0	0	0	0	2	9,1	2	2,5
<b>Tổng</b>	11	100	42	89,3	13	59,0	66	82,4
<b>Phác đồ phối hợp</b>								
$\beta$ -lactam/ức chế $\beta$ -lactamase +Quinolon	0	0	2	4,3	1	4,5	3	3,8

C3G + Quinolon	0	0	2	4,3	6	27,4	8	10
Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas	0	0	1	2,1	2	9,1	3	3,8
<b>Tổng</b>	0	0	5	10,7	9	41,0	14	17,6

**Nhận xét:** KS nhóm β-lactam được sử dụng nhiều nhất (63,7%); chủ yếu C3G (40%), β-lactam/ức chế β-lactamase (21,2%). Phác đồ phối hợp được chỉ định trong 17,6% trường hợp.

**Bảng 3. Thay đổi phác đồ theo kinh nghiệm của đối tượng nghiên cứu**

Phác đồ ban đầu		n	Phác đồ thay thế		n	Tỷ lệ thay đổi phác đồ (%)		
Phác đồ 1 KS	β-lactam/ức chế β-lactamase	17	Quinolon		1	5,9%		
			β-lactam/ức chế β-lactamase + Quinolon		5	29,4%		
	C3G	32	C3G + Quinolon		5	15,6%		
			Quinolon		4	12,5%		
			Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas		3	9,4%		
	Quinolon	15	β-lactam chống Pseudomonas		1	6,7%		
			Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas		2	13,3%		
	<b>Tổng</b>		64	<b>Tổng</b>		21	32,8%	
Phác đồ 2 KS	β-lactam/ức chế β-lactamase + Quinolon		3	Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas		1	33,3%	
	C3G + Quinolon	8	β-lactam chống Pseudomonas		1	12,5%		
			Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas		1	12,5%		
	Quinolon + β-lactam chống Pseudomonas		2	β-lactam chống Pseudomonas		1	50%	
	<b>Tổng</b>		13	<b>Tổng</b>		4	30,8%	

**Nhận xét:** Có 32,8% phác đồ đơn độc phải thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị. Phác đồ phối hợp 2 KS có 30,8% trường hợp có sự thay đổi phác đồ.

**Bảng 4. Đánh giá tính hợp của các phác đồ so với hướng dẫn của ATS và Bộ Y tế**

Phác đồ điều trị	Mức độ VPMPCEĐ						Tổng	
	Nhẹ (n=11)		Trung bình (n=47)		Nặng (n=22)		ATS (n, %)	BYT (n, %)
	ATS (n, %)	BYT (n, %)	ATS (n, %)	BYT (n, %)	ATS (n, %)	BYT (n, %)		
<b>Phác đồ ban đầu</b>								
Phù hợp	1 9,1%	6 54,5%	9 19,1%	13 27,7%	10 45,5%	9 40,9%	20 25%	28 35%
Không phù hợp	10 90,9%	5 45,5%	38 80,9%	34 72,3%	12 54,5%	13 59,1%	60 75%	52 65%
<b>Phác đồ thay thế</b>								
Phù hợp	2 40%	2 40%	2 18,2%	10 100%	7 70%	6 60%	11 42,3%	18 69,2%
Không phù hợp	3 60%	3 60%	9 81,8%	0 0%	3 30%	4 40%	14 57,7%	7 30,8%

**Nhận xét:** Tỷ lệ các phác đồ ban đầu phù hợp với các hướng dẫn điều trị tương đối thấp: 25% với khuyến cáo của ATS, 35% với khuyến cáo của Bộ Y tế. Nhóm bệnh nhân nặng có tỷ lệ phù hợp với các khuyến cáo cao hơn.

**Bảng 5. Thời gian sử dụng kháng sinh của đối tượng nghiên cứu**

Thời gian	n	Tỷ lệ
3 - 6 ngày	8	10%
7 - 14 ngày	67	83,7%
>14 ngày	5	6,3%
<b>Trung bình (M±SD)</b>	9,48 ± 3,02	

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có thời gian sử dụng KS là 7-14 ngày (83,7%). Số ngày dùng KS

trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày.

**Bảng 6. Kết quả điều trị của đôi tượng nghiên cứu**

Kết quả	Mức độ VPMPCD						Tổng	
	Nhẹ (n=11)		Trung bình (n=47)		Nặng (n=22)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Khỏi	6	54,5	9	19,2	1	4,5	16	20
Đỡ - giảm	4	36,4	37	78,7	17	77,3	58	72,5
Chuyển ICU hặc tuyến trên	1	9,1	1	2,1	4	18,2	6	7,5

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị thành công là 92,5%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân khỏi là 20%, đỡ-giảm là 72,5%. Có 6/80 bệnh nhân không điều trị thành công chiếm 7,5%. Không có bệnh nhân tử vong.

**Bảng 7. Môi trường quan giữa phác đồ kháng sinh và kết quả điều trị của đôi tượng nghiên cứu**

Phác đồ	Kết quả điều trị						p
	Khỏi		Đỡ - giảm		Chuyển ICU hoặc tuyến trên		
	n	%	n	%	n	%	
$\beta$ -lactam/ức chế $\beta$ -lactamase	6	37,5	11	25	0	0	0,500
C3G	7	43,7	23	52,3	2	50	
Quinolon	3	18,8	10	22,7	2	50	
<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Với phác đồ C3G, tỷ lệ bệnh nhân khỏi, đỡ - giảm cao hơn phác đồ  $\beta$ -lactam/ức chế  $\beta$ -lactamase và phác đồ Quinolon, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**Danh mục các kháng sinh sử dụng điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng:** Có 60% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có sử dụng KS trước vào viện, có nhiều nhóm KS khác nhau đã được sử dụng, trong đó có tới 75% số bệnh nhân không nhớ hoặc không biết mình đã sử dụng thuốc KS loại nào. Điều này cho thấy rõ thực trạng việc mua bán và sử dụng KS trong cộng đồng rất phổ biến và chưa được kiểm soát chặt chẽ. Vấn đề này đã gây không ít khó khăn cho các bác sỹ trong việc đánh giá mức độ bệnh và lựa chọn KS theo kinh nghiệm do không thể thu thập hết được tiền sử dùng thuốc. Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCD trong mẫu nghiên cứu đều được chỉ định KS ngay từ đầu. Trong đó có 82,4% bệnh nhân được chỉ định phác đồ đơn độc. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa là 63,1% [3] và nghiên cứu của MI. Costa và cộng sự (2020) với 42,8% lượt chỉ định phác đồ đơn độc [5].

**Với phác đồ đơn độc:** Kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam được sử dụng nhiều nhất, chiếm 61,2% số lượt chỉ định, trong đó chủ yếu C3G (40%),  $\beta$ -lactam + ức chế  $\beta$ -lactamase (21,2%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa tại tỉnh Thái Nguyên năm 2017 với 59,5% lượt chỉ định nhóm  $\beta$ -lactam, trong đó 36,1% là PĐ C3G [3] và kết quả của Nguyễn Thị Hương tại khoa nội - Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Quảng Trị năm 2013 với 55,4% lượt chỉ định KS

nhóm  $\beta$ -lactam, trong đó chủ yếu là C3G (36,3%) [2]. Ở nước ta một số vi khuẩn thường gây viêm phổi như: S.Pneumoniae, H. Influenzae, Klebsiella pneumoniae... ngoài ra thủ phạm gây viêm phổi không điển hình thường là Mycoplasma pneumoniae. Do đó, 3 nhóm KS được các khuyến cáo lựa chọn đầu tiên là  $\beta$ -lactam, macrolid và aminosid. Vì vậy việc sử dụng một tỷ lệ lớn  $\beta$ -lactam + ức chế  $\beta$ -lactamase và C3G là có cơ sở. Nhóm fluoroquinolon được sử dụng với 18,7% số lượt chỉ định, trong đó moxifloxacin được sử dụng chủ yếu. Việc sử dụng KS nhóm quinolon cho bệnh lý đường hô hấp cũng được ghi rõ trong hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế cho cả 3 mức độ VPMPCD [1].

**Với phác đồ phối hợp:** Có 17,6% lượt chỉ định phác đồ phối hợp 2 loại KS. Trong đó chủ yếu là nhóm  $\beta$ -lactam kết hợp với 1 nhóm KS khác, cụ thể:  $\beta$ -lactam + quinolon (13,8%) được chỉ định trên BN viêm phổi trung bình và nặng; Quinolon +  $\beta$ -lactam chống Pseudomonas được chỉ định 3/80 BN (3,8%). Nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa với 100% phác đồ phối hợp 2 KS là 1  $\beta$ -lactam kết hợp với 1 nhóm KS khác [3]. Sự thay đổi phác đồ kháng theo kinh nghiệm dựa trên đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 32,8% phác đồ đơn độc được thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị. Trong đó chủ yếu là thay đổi từ nhóm  $\beta$ -lactam sang quinolon hoặc kết hợp  $\beta$ -lactam với quinolon để tăng tác dụng diệt

khuẩn, tăng phổ tác dụng lên VK Gram (-). Việc thay đổi phác đồ phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân, trong trường hợp bệnh nhân dị ứng KS, tiến triển chậm hoặc tiến triển nặng lên.... các bác sỹ cần hội chẩn để đưa ra phác đồ mới phù hợp hơn.

**Về tính phù hợp của việc sử dụng kháng sinh.** Với phác đồ ban đầu: Nghiên cứu lấy hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2020 và IDSA/ATS năm 2007 về lựa chọn KS cho VPMPCTĐ làm tiêu chuẩn phân tích [1],[6]. Mức độ nặng của bệnh theo CURB65 là tiêu chuẩn để lựa chọn phác đồ. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có tổng cộng 28 phác đồ (35%) phù hợp với hướng dẫn điều trị của BYT và 20/80 (25%) phác đồ phù hợp với ATS. Các nguyên nhân dẫn đến không phù hợp với phác đồ khuyến cáo bao gồm: Phác ban đầu lựa chọn theo kinh nghiệm; Độ nhạy của các KS sử dụng với mô hình vi khuẩn thường gặp; Giới hạn các loại thuốc của kho dược bệnh viện. So với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Hương (9%), Đỗ Trung Nghĩa (25,8%) tỷ lệ phù hợp so với khuyến cáo của Bộ Y tế trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn (35%) do có sự quan tâm công tác được lâm sàng, thường xuyên giám sát điều trị, cập nhật, đào tạo các hướng dẫn điều trị để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả, hợp lý trên bệnh nhân.

Với phác đồ thay thế: Trong tổng số 25 bệnh nhân được thay đổi phác đồ thì có 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và 42,3% phù hợp với khuyến cáo của ATS. Có sự cải thiện trong việc áp dụng các khuyến cáo điều trị có thể là do sau khi đã có sự đánh giá và theo dõi đáp ứng của bệnh nhân, các bác sỹ đã nhìn nhận chính xác hơn về mức độ bệnh của bệnh nhân, hội chẩn với đồng nghiệp và lãnh đạo khoa để đưa phác đồ hợp lý nhất cho bệnh nhân.

**Về thời gian sử dụng kháng sinh:** Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh nhân sử dụng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương năm 2013 tại Bệnh viện đa khoa Quảng trị thì thời gian này là  $9,81 \pm 0,38$  ngày [2] và trong một nghiên cứu đa trung tâm của S. Aliberti và cộng sự từ năm 2001 đến 2005 cho thấy thời gian sử dụng kháng sinh trung bình trong điều trị VPMPCTĐ là  $11 \pm 4,7$  ngày, trong đó 42% có thời gian dùng kháng sinh từ 10 – 14 ngày, 39% có thời gian dùng kháng sinh < 10 ngày và 19% có thời gian dùng kháng sinh > 14 ngày [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân sử dụng KS từ 7-14

ngày (83,7%), thời gian sử dụng KS này phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế trong tài liệu hướng dẫn sử dụng KS năm 2015.

**Về hiệu quả điều trị** được đánh giá trên các cơ sở các theo dõi lâm sàng và trên một số xét nghiệm. Trong nghiên cứu cho thấy số bệnh nhân khỏi chiếm tỷ lệ 20% tương đương với 16 bệnh nhân khỏi hẳn, đỡ là 72,5%, chuyển ICU hoặc tuyến trên 7,5% do không cải thiện hoặc có chiều hướng xấu đi, không có bệnh nhân tử vong. Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với các kết quả nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa năm 2013 ở bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên với 94,9% bệnh nhân khỏi và đỡ, trong đó 92,3% bệnh nhân đỡ [3].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng cho thấy có một tỷ lệ cao bệnh nhân tự dùng kháng sinh trước khi nhập viện (60%). Thời gian dùng kháng sinh trung bình là  $9,48 \pm 3,02$  ngày; 35,0% phác đồ ban đầu và 69,2% phác đồ thay thế phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2020)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn", tr. 7-45.
2. **Nguyễn Thị Hương (2013)**, "Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại khoa Nội- Bệnh viện đa khoa Quảng Trị", Đại học Dược Hà Nội.
3. **Đỗ Trung Nghĩa (2017)**, "Phân tích tình hình sử dụng KS trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên", Đại học Dược Hà Nội; 2017.
4. **Aliberti S, Blasi F, Zanaboni AM, Peyrani P, Tarsia P, Gaito S, et al (2010)**, "Duration of antibiotic therapy in hospitalised patients with community-acquired pneumonia", Eur Respir J. ; 36(1):128-34.
5. **Costa MI, Cipriano A, Santos F V, Valdeleiros SR, Furtado I, Machado A, et al (2020)**, "Clinical profile and microbiological aetiology diagnosis in adult patients hospitalized with community-acquired pneumonia", Pulmonology. 2020 Dec.
6. **Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al (2007)**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis"; 44(SUPPL. 2).
7. **Rivero-Calle I, Pardo-Seco J, Aldaz P, Vargas DA, Mascarós E, Redondo E, et al (2016)**, "Incidence and risk factor prevalence of community-acquired pneumonia in adults in primary care in Spain (NEUMO-ES-RISK project)", BMC Infect Dis [Internet];16(1):1-8.