

nghiên cứu này giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân và cộng sự (2019) [6], Joanna Rosińczuk và cộng sự (2018) rằng người bệnh đã phải sử dụng liệu pháp oxy tại nhà là những người có CLCS kém hơn rất nhiều so với người bệnh chưa phải sử dụng. Triệu chứng/khó chịu ở mũi có mối liên quan đến CLCS chung ($p = > 0,001 < 0,05$). Tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân và cộng sự (2019) cũng đã tìm hiểu về mối liên quan này [6]. CLCS của người bệnh có các triệu chứng của mũi trong 3 tháng gần thời điểm tham gia nghiên cứu có CLCS thấp hơn người bệnh không có các triệu chứng này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích trên 196 người bệnh COPD đang điều trị tại 2 bệnh viện: Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội chúng tôi nhận thấy CLCS bị ảnh hưởng ở mức khá nặng với với điểm SGRQ-C chung là $63,3 \pm 14,5$ và điểm thành phần trung bình của triệu chứng là $72,1 \pm 17,4$, hoạt động là $79,4 \pm 17,6$, ảnh hưởng là $50,6 \pm 16,7$. Một số yếu tố liên quan rõ rệt với CLCS của người bệnh COPD gồm tuổi, chỉ số BMI, mức độ tắc nghẽn GOLD của NB, số năm mắc bệnh, số đợt cấp cần nhập viện, tình trạng sử dụng liệu pháp oxy, và các triệu chứng ở mũi. Nghiên cứu cho thấy CLCS của NB mắc bệnh phổi mạn tính ở mức độ trung bình kém. Người Điều dưỡng cần quan tâm hơn nữa đến việc quản lý các triệu chứng cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prof Christopher JL Murray, and Alan Lopez D., Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 - 2020: Global Burden of

- Disease Study. The Lancet, 1997. 349(9064): p. 1498 - 1504.
2. WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2023.
 3. Hye-Young Kwon and Eugene Kim, Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2016: p. 103-109.
 4. Anan Jarab S., Walid Al-Qerem, Karem Alzoubi H., et al., (2023). Health-related quality of life and its associated factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Plos one, 18(10), e0293342.
 5. Vũ Hằng Hạnh, Chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan tại trung tâm hô hấp bệnh viện bạch mai năm 2019. 2019. TLU.
 6. Lê Thị Vân, Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Thị Kim Ngân, Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển 2020. 5: p. 9-17.
 7. Erdal Harun, Klinische Charakteristiken und Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, gemessen anhand des St. George's Respiratory Questionnaire. 2023.
 8. Peihua Zhang, Niphawan Samartkit, and Masingboon K., Factors associated with health-related quality of life among employed individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A correlational study in China. Belitung Nursing Journal, 2023. 9(3): p. 271.
 9. Andreas Horner, Otto Burghuber C., Sylvia Hartl, et al., Quality of life and limitations in daily life of stable COPD outpatients in a real-world setting in Austria—results from the CLARA project. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2020: p. 1655-1663.
 10. Xiaotong Cheng and Joseph Michael Manlutac D., Correlates of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Patients' Quality of Life in Selected Hospitals of Shandong, China. Frontiers in Medical Science Research, 2024. 6(2).

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM DÙNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA ICU BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI - 2

Đinh Thị Thúy Hà¹, Phạm Xuân Khôi¹,
Nguyễn Ngọc Ân¹, Nguyễn Lê Dương Khánh²

TÓM TẮT

¹Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

²Bệnh viện Đồng Nai 2

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thúy Hà

Email: thuyha@lhu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là nguyên nhân phổ biến gây tử vong trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt ở các khoa Hồi Sức Cấp Cứu (ICU) trên toàn thế giới. Điều trị kháng sinh (KS) kịp thời là nền tảng của nhiễm trùng ICU. **Mục tiêu:** Khảo sát phác đồ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị NKH tại khoa ICU bệnh viện Đồng Nai – 2. **Đối tượng và phương pháp:** Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân (BN) được chẩn đoán NKH hoặc sốc nhiễm khuẩn (SNK) được điều trị tại khoa ICU Bệnh

viện Đồng Nai - 2 có chỉ định sử dụng KS từ 01/01/2022 đến 28/02/2023. **Kết quả:** 106 BN được chẩn đoán NKH hoặc SNK đưa vào nghiên cứu, BN có độ tuổi trung bình là 72, nam giới: 56,6%. Đường vào thường gặp nhất là nhiễm khuẩn hô hấp. Tăng huyết áp là bệnh nền chiếm đa số. Đa số BN được chỉ định kê đơn phác đồ kinh nghiệm dựa trên piperacillin-tazobactam hoặc C3G/C4G hoặc carbapenem để điều trị NKH hoặc SNK với tỷ lệ lần lượt là 41,5%, 22,6% và 25,5%. Sau khi có kết quả kháng sinh đồ (KSD), tỷ lệ phối hợp dựa trên carbapenem tăng gấp đôi (55,4%). Tỷ lệ phối hợp dựa trên colistin cũng tăng lên khá nhiều (25%). Sự tuân thủ điều trị theo khuyến cáo của Sanford Guide (2018) và Hội Hồi sức chống độc (HSCĐ) (2020) của nhóm KS theo kinh nghiệm là 32,1% và 56,6% và nhóm KS theo kết quả KSD là 46,4% và 50,9%. Sự tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của Sanford Guide và số lượng bệnh kèm BN mắc có ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả điều trị. **Kết luận:** Cần sử dụng thận trọng các KS để tránh đề kháng. Lựa chọn KS cần tuân thủ hướng dẫn điều trị và phù hợp với KSD. **Từ khóa:** kháng sinh, nhiễm khuẩn huyết, yếu tố liên quan, ICU

SUMMARY

INVESTIGATION ON ANTIBIOTIC USE AND RELATED FACTORS AMONG SEPSIS PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT AT DONG NAI - 2 HOSPITAL

Background: Sepsis is a common cause of death in intensive care units and intensive care units (ICUs) worldwide. Timely antibiotic treatment is the cornerstone of ICU infection. **Objectives:** The aim of this study is to investigate the use of antibiotics and related factors affecting the treatment effectiveness of sepsis at ICUs. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 106 medical records of patients diagnosed with sepsis from January, 2023 to February, 2024 in ICU departments of Đồng Nai - 2 hospital. **Results:** There were 106 patients diagnosed with sepsis or septic shock included in the study. Demographic data, comorbid diseases, clinical and laboratory data were collected prospectively. Patients had an average age of 72 years old, men: 56,6%. The most common cause is from respiratory infections. Hypertension is the majority of comorbid diseases. The majority of patients were prescribed empirical regimens based on piperacillin-tazobactam or C3G/C4G or carbapenem to treat sepsis or septic shock at rates of 41,5%, 22,6% and 25,5%, respectively. After the results of the antibiogram were available, the rate of carbapenem-based combinations doubled (55,4%). The proportion of colistin-based combinations also increased significantly (25%). Adherence to treatment according to recommendations of the Sanford Guide (2018) and the Toxic Resuscitation Association (2020) of the empirical antibiotic group was 32,1% and 56,6% and the group based on antibiogram results was 46,4% and 50,9%. The treatment adherence to the Sanford Guide and the number of comorbidities has a significant impact on the effectiveness of treatment. **Conclusion:** Antibiotics should be used with caution to avoid resistance. The study findings suggested that

clinicians should appropriately adhere to antimicrobial guidelines and susceptibility test.

Keywords: antibiotic, sepsis, related factors, ICU

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu từ nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease) năm 2017, có 48,9 triệu trường hợp NKH được báo cáo, với 11 triệu ca tử vong chiếm 19,7%¹. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Vũ Đình Phú và cộng sự năm 2013 ở các khoa Hồi sức tích cực của 15 bệnh viện trên toàn quốc cho thấy tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn huyết là 10,4%². Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỉ lệ tử vong là 61% trên 109 bệnh nhân NKH nặng³. Một trong những giải pháp để xử trí tình trạng NKH là áp dụng các phác đồ kháng sinh (KS) sớm và thích hợp cho thấy hiệu quả cao trong kết quả điều trị của bệnh nhân (BN), điều trị kháng sinh kịp thời là nền tảng của nhiễm trùng ICU. Cụ thể, Kumar và cộng sự báo cáo rằng mỗi giờ trì hoãn sử dụng KS có liên quan đến việc giảm tỷ lệ sống còn 7,6%⁴. Tuy nhiên, việc dùng kháng sinh bừa bãi hoặc không phù hợp có thể gây hại cho bệnh nhân, gia tăng nguy cơ xuất hiện những dòng vi khuẩn kháng thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN được chẩn đoán NKH hoặc SNK được điều trị tại các khoa ICU Bệnh viện Đồng Nai - 2 có chỉ định sử dụng KS từ 01/01/2022 đến 28/02/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin điều trị và thông tin của BN, kết quả vi sinh và KSD, tình trạng nhập viện và xuất viện, các chỉ số sinh hóa...

Tiêu chuẩn loại trừ: BN dưới 18 tuổi, BN có thai, đang cho con bú, BN tử vong trước khi điều trị tại khoa ICU, BN chuyển viện, ngừng điều trị khi chưa có đủ thông tin thu thập.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu (NC).

Các tiêu chí khảo sát

Đặc điểm chung. Tuổi, giới tính, cân nặng, BMI, chức năng thận ban đầu, bệnh kèm, ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, sốc nhiễm khuẩn và thời gian nằm viện.

Đặc điểm sử dụng kháng sinh điều trị NKH (kháng sinh kinh nghiệm và kháng sinh điều trị)

Tiêu chí đánh giá tính hợp lý của kháng sinh kinh nghiệm

Tính hợp lý của kháng sinh kinh nghiệm ban đầu trong điều trị NKH được đánh giá dựa trên các tiêu chí: loại kháng sinh chỉ định, liều và đường dùng. Kháng sinh kinh nghiệm được đánh giá là hợp lý chung khi hợp lý về cả 3 tiêu chí loại kháng sinh, liều và đường dùng. Tài liệu tham khảo sử dụng là các khuyến cáo: "Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm trong điều trị nhiễm khuẩn huyết ở người lớn" của Sanford Guide (2018)⁵ và "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh kinh nghiệm" của Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2020)⁶.

Tiêu chí đánh giá tính hợp lý của kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ

Phác đồ kháng sinh điều trị là phác đồ được chỉ định sau khi có kháng sinh đồ (KSD). Phác đồ kháng sinh điều trị NKH được coi là hợp lý khi có ít nhất 1 kháng sinh trong phác đồ điều trị còn nhạy cảm theo kết quả KSD và phải được sử dụng trong vòng 24 giờ sau khi có kết quả KSD.

Kết quả điều trị. Được ghi nhận dựa trên hồ sơ bệnh án gồm 2 nhóm: thành công (khỏi bệnh/đỡ, giảm bệnh), thất bại (không thay đổi, nặng xin về, tử vong).

Xử lý thống kê. Tất cả các phép kiểm thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Các kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Mô hình hồi quy logistic đa biến được áp dụng để phân tích mối liên quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố khảo sát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2022 đến 28/02/2023, tại khoa Hồi sức tích cực của bệnh viện Đồng Nai 2 có 106 bệnh nhân có chẩn đoán NKH và thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

| Đặc điểm nền (n = 106) | | N (%) |
|------------------------|----------------------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 60 (56,6) |
| Tuổi trung bình | | 72,3±15,2 |
| Tuổi ≥ 60 | | 91 (85,8) |
| Bệnh kèm thường gặp | Tăng huyết áp | 76 (71,7) |
| | Đái tháo đường | 49 (46,2) |
| | COPD và bệnh phổi mạn khác | 31 (29,2) |
| | Bệnh tim thiếu máu cục bộ | 31 (29,2) |
| Số bệnh kèm | 1 | 18 (17) |
| | 2 | 45 (42,5) |
| | 3 | 35 (33) |
| Thể bệnh | NKH | 55 (51,9) |
| | SNK | 51 (48,1) |

| | | |
|------------------------------|-----------|-----------|
| Vị trí nhiễm khuẩn khởi phát | Hô hấp | 54 (50,9) |
| | Tiết niệu | 20 (18,9) |
| | Tiêu hóa | 8 (7,5) |

Đặc điểm phối hợp kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ được trình bày ở bảng 2

Bảng 2. Phối hợp kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm và theo KSD

| Phối hợp kháng sinh | Theo kinh nghiệm N (%) (n=106) | Theo KSD N (%) (n=56) |
|---|--------------------------------|-----------------------|
| Ceftriaxon | 4 (3,8) | 1 (1,8) |
| Levofloxacin | 2 (1,9) | - |
| Ciprofloxacin | 1 (0,9) | - |
| Phác đồ dựa trên piperacillin-tazobactam | 44(41,5) | 7(12,5) |
| Piperacillin-Tazobactam + Levofloxacin | 25 (23,6) | 3 (5,4) |
| Piperacillin-Tazobactam + Linezolid/Vancomycin | 9 (8,5) | 3 (5,4) |
| Piperacillin-Tazobactam + Amikacin | 6 (5,7) | - |
| Piperacillin-Tazobactam + Levofloxacin + Linezolid | 4 (3,8) | 1 (1,8) |
| Phác đồ dựa trên C3G/C4G | 24(22,6) | 2(3,6) |
| Ceftriaxone + Levofloxacin/Ciprofloxacin | 11 (10,3) | 1 (1,8) |
| Cefoperazon + Levofloxacin/Ciprofloxacin | 7 (6,6) | - |
| Ceftazidim + Ciprofloxacin | 3 (2,8) | - |
| Ceftriaxon + Linezolid | 3 (2,8) | 1 (1,8) |
| Phác đồ dựa trên carbapenem | 27(25,5) | 31(55,4) |
| Meropenem + Vancomycin/Linezolid | 14 (13,2) | 15 (26,8) |
| Meropenem + Amikacin/Levofloxacin | 8 (7,5) | 12 (21,4) |
| Meropenem + Levofloxacin/amikacin + Linezolid | 5 (4,7) | 4 (7,1) |
| Phác đồ dựa trên colistin | 3(2,8) | 14(25) |
| Colistin + Ampicillin - Sulbactam | 2 (1,9) | 5 (8,9) |
| Colistin + Amikacin | - | 2 (3,6) |
| Colistin + Meropenem | - | 2 (3,6) |
| Colistin + Meropenem + Amikacin/Levofloxacin | - | 3 (5,4) |
| Colistin + Vancomycin/Linezolid+ Ampicillin-Sulbactam | 1 (0,9) | 2 (3,6) |

So sánh tính tuân thủ trong sử dụng KS kinh nghiệm và KS sau kết quả KSD theo khuyến cáo của Hội Hồi sức chống độc 2020 và Sanford Guide 2018 được trình bày trong bảng 3

Bảng 3. So sánh tính tuân thủ sử dụng KS kinh nghiệm và KS theo kết quả KSD

| Tiêu chí | Theo kinh nghiệm | | Theo kết quả KSD | |
|--|------------------|-----------|------------------|-----------|
| | N (%) | Giá trị p | N (%) | Giá trị p |
| Cả ba tiêu chí chỉ định; liều dùng; thời gian | | | | |
| Sanford Guide | 34 (32,1) | > 0,05 | 26 (46,4) | < 0,001 |
| HSCĐ | 60 (56,6) | | 28 (50,9) | |
| Tiêu chí về chỉ định | | | | |
| Sanford Guide | 61 (57,5) | > 0,05 | 37 (55,4) | 0,006 |
| HSCĐ | 71 (67) | | 36 (64,3) | |
| Tiêu chí về liều | | | | |
| Sanford Guide | 62 (58,5) | > 0,05 | 47 (83,9) | < 0,001 |
| HSCĐ | 86 (82,1) | | 46 (82,1) | |
| Tiêu chí về thời gian | | | | |
| Sanford Guide | 77 (72,6) | > 0,05 | 41 (73,2) | 0,004 |
| HSCĐ | 94 (88,7) | | 47 (83,9) | |

Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị được trình bày ở bảng 4 và bảng 5

Bảng 4. Tình trạng khi BN xuất viện

| Đặc điểm (n=106) | | N (%) |
|----------------------|---------------------------------|-----------|
| Tình trạng xuất viện | Thành công (khỏi, đỡ, giảm) | 21 (19,8) |
| | Thất bại (nặng, không thay đổi) | 85 (80,2) |
| Năm viên 5 ngày | | 75 (70,8) |
| Số ngày nằm viện | | 13,3±14,9 |

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến kết quả xuất viện của BN

| Yếu tố | Beta | Khoảng tin cậy 95% của OR | | Giá trị p |
|--|--------|---------------------------|---------------|-----------|
| | | Giới hạn dưới | Giới hạn trên | |
| Tuổi | -0,192 | -0,021 | 0,000 | 0,056 |
| Số lượng bệnh kèm | 0,216 | 0,013 | 0,399 | 0,037 |
| Thể bệnh | 0,048 | -0,241 | 0,397 | 0,629 |
| Số lượng vi khuẩn mắc | 0,173 | -0,094 | 0,470 | 0,189 |
| Mức độ nhiễm khuẩn | 0,046 | -0,323 | 0,500 | 0,672 |
| Số ngày nằm viện | 0,006 | -0,021 | 0,003 | 0,145 |
| CRP | 0,134 | -0,001 | 0,003 | 0,184 |
| Phù hợp hướng dẫn của Sanford Guide theo kinh nghiệm | 0,035 | -0,331 | 0,453 | 0,759 |
| Phù hợp hướng dẫn Sanford Guide theo kết quả kết quả KSD | -0,260 | -0,907 | -0,064 | 0,024 |
| Phù hợp hướng dẫn HSCĐ theo kinh nghiệm | 0,002 | -0,375 | 0,382 | 0,984 |
| Phù hợp hướng dẫn HSCĐ theo kết quả KSD | 0,070 | -0,267 | 0,523 | 0,523 |

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân. Các BN trong mẫu nghiên cứu có các đặc điểm đặc trưng của BN NKH, bao gồm tuổi cao (trung bình

72 tuổi), tỷ lệ mắc NKH ở lứa tuổi ≥ 60 chiếm đa số. Về phân bố giới tính, số lượng BN nam cao hơn nữ (56,6% so với 43,4%). Đường vào của NKH thường gặp nhất là nhiễm khuẩn hô hấp (50,9%), sau đó là NKH từ tiết niệu (18,9%). Kết quả này tương đồng NC của Trần Thanh Minh (2019), đường vào từ hệ hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất 79 ca (56,8%) tiếp theo là tiết niệu (13,7%); NC Nguyễn Thị Thanh Hiền (2021) với 2 ổ nhiễm khuẩn khởi điểm thường gặp nhất là hô hấp (25,4%) và da - mô mềm (18,3%)^{7,8}. Theo y văn, đường vào thường gặp nhất là hô hấp, ổ bụng và tiết niệu. Nhiễm trùng hô hấp, đặc biệt là viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu gây ra NKH, nguyên nhân có thể là do hàng rào nội mô và biểu mô phổi bị tổn thương tạo điều kiện VK vào hệ tuần hoàn dẫn đến NKH. Ngoài NKH hoặc SNK, BN mắc nhiều bệnh lý nền, bệnh kèm chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp (71,7%), kể đến đái tháo đường (46,2%), COPD và bệnh phổi mạn khác (29,2%).

Đặc điểm sử dụng kháng sinh. Đa số BN được chỉ định phác đồ kinh nghiệm dựa trên piperacillin- tazobactam hoặc C3G/C4G hoặc carbapenem để điều trị NKH do K. Pneumoniae, A.baumannii và P.aeruginosa, với tỷ lệ lần lượt là 41,5%, 22,6% và 25,5%. Tỷ lệ sử dụng phối hợp dựa trên colistin trong điều trị kinh nghiệm tương đối thấp (2,8%). Sau khi có kết quả vi sinh, có một sự chuyển dịch mạnh về cơ cấu KS. Tỷ lệ phối hợp dựa trên piperacillin-tazobactam và C3G/C4G giảm mạnh (12,5% và 3,6%). Ngược lại, tỷ lệ phối hợp dựa trên carbapenem tăng gấp đôi (55,4%). Tỷ lệ phối hợp dựa trên colistin cũng tăng lên khá nhiều (25%). Fluoroquinolon, linezolid và aminoglycosid là các KS được lựa chọn nhiều nhất để phối hợp với 4 KS chính trong điều trị kinh nghiệm (55,6%, 24,5% và 10,4%). Đáng lưu ý tỷ lệ phối hợp levofloxacin khá cao (50,9%). Một số KS khác như vancomycin được dùng trong

phối hợp với tỷ lệ nhỏ (9,4%). Sau khi có kết quả vi sinh, phối hợp KS được điều chỉnh theo hướng tăng mạnh tỷ lệ phối hợp với linezolid (36,5%). Tỷ lệ phối hợp với aminoglycosid cũng tăng lên đáng kể (16,1%). Ngược lại, tỷ lệ phối hợp với nhóm fluoroquinolon giảm (3,6% với ciprofloxacin và 23,2% với levofloxacin). Tỷ lệ sử dụng KS điều trị thích hợp theo kinh nghiệm phù hợp là 26,4%. BN không đáp ứng điều trị theo kinh nghiệm chiếm 76,4%. Trong quá trình BN nằm viện, tỷ lệ BN thay đổi KS sau khi có kết quả KSD chiếm 82,1%. Phần lớn BN thay đổi 2 KS sau khi có kết quả KSD (51,8%). Kết quả chúng tôi khác biệt NC của Nguyễn Thị Thanh Hiền (2021)⁸, sau khi có KSD đa số các trường hợp đều không thay đổi phác đồ KS đang sử dụng (78,8%); 51,5% tiếp tục sử dụng phác đồ KS kinh nghiệm phù hợp với KSD; 10,6% trường hợp vẫn duy trì phác đồ KS kinh nghiệm mặc dù không phù hợp với KSD vì BN có đáp ứng lâm sàng. Thực tế, việc lựa chọn KS điều trị không chỉ dựa trên đặc điểm vi sinh mà còn phải dựa trên đặc điểm lâm sàng của BN và các kết quả có thể không nhất quán với nhau.

Tính tuân thủ kháng sinh điều trị theo các khuyến cáo. Xét nhóm KS theo kinh nghiệm, sự tuân thủ điều trị theo khuyến cáo của Sanford Guide (2018) cho thấy tỉ lệ tuân thủ về chỉ định chiếm 57,5%, về liều dùng chiếm 58,5%, về thời gian dùng chiếm 72,6%, và tỉ lệ phù hợp cả 3 tiêu chí trên là 32,1%. Theo khuyến cáo hội HSCĐ, tỉ lệ tuân thủ về chỉ định là 67,0%, về liều dùng là 82,1%, và về thời gian dùng là 88,7%, tỉ lệ phù hợp cả 3 tiêu chí trên là 56,6%.

Đối với các KS thay đổi theo kết quả KSD, sự tuân thủ điều trị theo khuyến cáo của Sanford Guide (2018) với tỉ lệ tuân thủ về chỉ định là 55,4%, tuân thủ về liều dùng là 83,9%, tuân thủ về thời gian dùng là 73,2% và tỉ lệ phù hợp cả 3 tiêu chí là 46,4%. Theo khuyến cáo của hội HSCĐ tỉ lệ tuân thủ về chỉ định là 64,3%, về liều dùng là 82,1%, về thời gian dùng là 83,9% và tỉ lệ tuân thủ theo cả 3 tiêu chí là 50,9%.

Nhìn chung, trong NC này, xét từng tiêu chí (liều dùng, chỉ định, thời gian dùng) thì tỷ lệ tuân thủ theo 2 hướng dẫn tham khảo khá cao, tuy nhiên tỷ lệ kê đơn đồng loạt tuân thủ cả ba tiêu chí ở nhóm KS điều trị theo kinh nghiệm lại khá thấp so với giai đoạn sử dụng KS theo KSD. Lý do của sự khác biệt về sự tuân thủ trong NC này xuất phát từ kết quả KSD. Theo một số NC chỉ ra rằng, việc thực hiện KSD sẽ cho biết chính xác chủng vi khuẩn đang mắc, từ đó giúp nhân viên y tế có đủ thông tin để lựa chọn và điều chỉnh KS phù hợp theo các hướng dẫn điều trị. Kết quả chúng tôi tương đồng NC Nguyễn Văn

Việt (2020), tỷ lệ tuân thủ KS kinh nghiệm theo Sanford Guide trong sử dụng KS theo cả ba tiêu chí (chỉ định, liều dùng, thời gian dùng) là 41,5%, tuân thủ theo khuyến cáo bệnh viện là 52,3% và sau khi có kết quả KSD tỷ lệ tuân thủ theo Sanford Guide phù hợp trong sử dụng KS theo cả ba tiêu chí (chỉ định, liều dùng, thời gian) là 69,2%, khuyến cáo của bệnh viện là 75,4%⁹.

Tình trạng đáp ứng điều trị khi xuất viện và các yếu tố liên quan. Kết quả điều trị thất bại trong NC của chúng tôi chiếm 83,8%, trong khi kết quả điều trị thành công chỉ chiếm 16,2%, trong đó tỷ lệ tử vong chung là 41,5% và tử vong do SNK là 54,9%. Đặc thù ở ICU là các BN nặng, cùng với sự xuất hiện của VK Gram âm đa kháng gây rất nhiều khó khăn trong quá trình điều trị. Việc sử dụng phác đồ KS kinh nghiệm ban đầu chưa phù hợp, dẫn đến tình trạng kháng KS. Kết quả chúng tôi tương đồng NC của Trần Thanh Minh (2019), tỷ lệ SNK và tử vong lần lượt là 24,5% và 64%; NC Bùi Quốc Thăng (2014) với tỉ lệ tử vong chung là 54,8%¹⁰. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong trong NC này cao hơn NC Nguyễn Minh Tiểu (2017), 9,1%; NC của Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo (2013) 33,8%. Sở dĩ như vậy là do tỉ lệ BN trong nhóm NC này có SNK khá cao (48,1%) còn trong các NC trước đây phần lớn BN NKH. NKH và SNK là một bệnh lý nặng, tỉ lệ tử vong vẫn còn khá cao kể cả ở những nước phát triển. Tỉ lệ này khoảng 40-50% ở Mỹ và khoảng 60-70% ở các nước đang phát triển. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị KS, liệu pháp hướng đến đạt đích sớm nhưng việc cải thiện tỉ lệ tử vong ở nhóm BN này vẫn còn hạn chế.

Xét tất cả BN được điều trị thì việc sử dụng KS phù hợp Sanford Guide khi có kết quả KSD (Beta: -0,260; CI 95%: -0,907 ÷ -0,064, p = 0,024) sẽ thúc đẩy quá trình hồi phục của BN. Ngoài ra, kết quả điều trị của BN càng nặng khi số lượng bệnh kèm càng tăng (Beta: 0,216; CI 95%: 0,013 ÷ 0,399, p = 0,037). Nhìn chung, các yếu tố giúp cải thiện tình trạng khi xuất viện chính là sự tuân thủ theo hướng dẫn sử dụng KS - hướng dẫn của Sanford Guide. Theo NC Tôn Thanh Trà, Phạm Thị Ngọc Thảo (2015), việc sử dụng KS ban đầu thích hợp làm tăng cơ hội sống ở BN NKH [OR= 1,69 (0,92 - 3,11)]. Theo Levy MM (2015) thì việc tuân thủ theo các hướng dẫn điều trị sẽ làm giảm tỉ lệ tử vong ở nhóm tuân thủ (29,0%) so với nhóm không tuân thủ (38,6%) (p < 0,001) và làm giảm thời gian nằm viện và nhập ICU. NC Kumar (2009) cũng cho thấy sử dụng KS không phù hợp khuyến cáo có thể giảm 5 lần khả năng sống sót ở BN SNK⁴.

Bên cạnh đó, tác nhân gây NKH trong mẫu NC này chủ yếu là *Klebsila pneumoniae* chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Theo NC của Girometti N (2014) khảo sát điều trị KS trên BN NKH do *Klebsila pneumoniae*, cho thấy sử dụng KS không hợp lý theo khuyến cáo gia tăng tỷ lệ tử vong gần gấp đôi (OR: 1,9; CI 95%: 1,1-3,4; p = 0,02) so với nhóm tuân thủ hướng dẫn điều trị. Ngoài yếu tố gia tăng sự hồi phục ở BN, NC chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố làm giảm hiệu quả điều trị như bệnh kèm. Do đó, tình trạng nhiễm khuẩn của BN có thể kéo dài và dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, qua đó làm giảm hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp nhận định về tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị NKH và xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là vi khuẩn gram âm với tỉ lệ khá cao. Cần sử dụng thận trọng các kháng sinh để tránh đề kháng. Lựa chọn kháng sinh cần tuân thủ hướng dẫn điều trị và phù hợp với kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Perman S. M., Goyal M., et al.** (2012), "Initial emergency department diagnosis and management of adult patients with severe sepsis and septic shock", *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20, pp. 41.
2. **Vũ Đình Phú** (2013), "Khảo sát nhiễm trùng bệnh viện và sử dụng kháng sinh tại khoa Hồi sức

- tích cực ở Việt Nam", Hội nghị kháng kháng sinh châu Á tại Tokyo, Nhật Bản.
3. **Phạm Thị Ngọc Thảo**, (2013), "nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa nồng độ cytokine với tiên lượng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17 (2)
 4. **Kumar A, Ellis P, et al**, (2009), "Cooperative Antimicrobial Therapy of Septic Shock Database Research Group. Initiation of inappropriate antimicrobial therapy results in a fivefold reduction of survival in human septic shock", *Chest*, 136(5), pp. 1237-1248.
 5. **The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy** 2015. 43rd Edition.
 6. **Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam** (2020), *Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh*, pp. 6-7.
 7. **Hoài Nam, V. ., Vũ Hùng, H. ., Văn Nam, L., & Thế Anh, N. .** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết do *staphylococcus aureus* ở người bệnh cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v518i2.3445>.
 8. **Nguyễn Thị Thanh Hiền và Nguyễn Như Hồ** (2021) Khảo sát việc sử dụng KS trong điều trị nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* tại các khoa ICU Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* 25(4), tr. 123-129.
 9. **Nguyễn Văn Việt** (2021), khảo sát tình hình điều trị nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện thông nhất thành phố hồ chí minh, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai.
 10. **Trần Thanh Minh, Lê Bảo Huy, et al.** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN NKH tại bệnh viện thông nhất tp. hồ chí minh, *tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 23 (3), pp 249 – 258.

ĐÁNH GIÁ KHỚP CẢN Ở BỆNH NHÂN TẠO XƯƠNG BẤT TOÀN QUА CHỈ SỐ SAI LỆCH

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Đặng Đình Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nghiêm trọng của các sai khớp cắn trên bệnh nhân tạo xương bất toàn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là 27 trẻ và người lớn mắc tạo xương bất toàn, độ tuổi từ 12 tuổi, có bộ răng vĩnh viễn. Bệnh nhân được khám lâm sàng để xác định các sai khớp cắn, lấy mẫu hàm đo chỉ số sai lệch. **Kết quả:** Điểm số chỉ số sai lệch trung bình ở nhóm OI là $28,6 \pm 29,1$, ở nhóm chứng là $6,6 \pm 3,9$. Sự khác biệt hai nhóm cao nhất ở khớp cắn chéo răng trước (nhóm OI: 8,9; nhóm

chứng: 0,49). **Kết luận:** Các sai khớp cắn trên bệnh nhân tạo xương bất toàn là nghiêm trọng hơn nhóm chứng. **Từ khóa:** Tạo xương bất toàn.

SUMMARY

EVALUATION OF OCCLUSION IN PATIENTS WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA USING THE DISCREPANCY INDEX

Objective: This study aimed to evaluate the severity of malocclusions in patients with osteogenesis imperfecta (OI). **Methods:** This cross-sectional descriptive study included 27 children and adults with OI, aged 12 years or older, and with permanent dentition. Clinical examinations were conducted to identify malocclusions, and dental casts were taken to measure the discrepancy index. **Results:** The average discrepancy index in the OI group was 28.6 ± 29.1 , compared with 6.6 ± 3.9 in the control group. The greatest difference between the two groups was observed in anterior crossbite (OI group: 8.9; control

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuongnguyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024