

bảo tồn ở mức rất thấp cả ở hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn. Sau hai thập niên, đến năm 2019 thì tỷ lệ này có tăng lên nhưng còn ở mức thấp.

– Trong hai thập niên, hầu hết trẻ em không có biểu hiện nhiễm fluor răng hoặc nếu có thì cũng chỉ ở mức nghi ngờ hoặc rất nhẹ. Vì vậy vẫn có thể áp dụng dự phòng sâu răng cho cộng đồng bằng fluor.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bình.** National Oral Health Survey of Vietnam

2019. Medical publishing house. Hanoi 2019.
2. **Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong nha khoa. NXB Y học. 2014.
3. **Tran Van Truong, Trinh Dinh Hai, Lam Ngoc An et al.** National Oral Health Survey of Vietnam 2001. Medical publishing house. Hanoi 2002.
4. **Trịnh Đình Hải.** Dự phòng sâu răng cộng đồng bằng fluor. NXB Y học. 2014.
5. **Trịnh Đình Hải.** Oral Health promotion for school children in Vietnam. Medical publishing house. Hanoi 2011.

## TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI MỘT BỆNH VIỆN TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2024

Trần Thị Thuỳ Trang<sup>1</sup>, Lại Thị Ngọc Diệp<sup>1</sup>,  
Nguyễn Minh Phương<sup>2</sup>, Nguyễn Thắng<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh viêm phổi trẻ em đã góp phần hạ thấp tỷ lệ tử vong do viêm phổi. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh, xác định tỷ lệ hợp lý và một số yếu tố liên quan trong việc sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em ở một Bệnh viện tại tỉnh Kiên Giang năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 280 hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhi viêm phổi điều trị nội trú có sử dụng kháng sinh từ ngày 01/01/2024 đến 30/06/2024. Đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý trên cơ sở Phác đồ điều trị của bệnh viện, Dược thư Quốc gia Việt Nam và tờ Hướng dẫn thuốc của Nhà sản xuất. **Kết quả:** Trong 280 HSBA được khảo sát, tỷ lệ sử dụng kháng sinh đơn trị chiếm 92,1%. Trong đó, nhóm kháng sinh sử dụng phổ biến nhất là cephalosporin chiếm 91,39%, đường dùng kháng sinh theo đường tiêm chiếm 99,64%, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 6 ngày. Tỷ lệ lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý chiếm 99,29%, tỷ lệ HSBA sử dụng kháng sinh hợp lý là 60,36%. Nhóm tuổi bệnh nhi <12 tháng tuổi (OR (95% CI) = 2,1 (1,3-3,5)) và phối hợp kháng sinh (OR (95% CI) = 4,6 (1,75-12,1)) có mối liên quan đến việc sử dụng kháng sinh không hợp lý trong điều trị viêm phổi ở trẻ. **Kết luận:** Nhóm kháng sinh sử dụng phổ biến là cephalosporin, sử dụng kháng

sinh đơn trị, đường tiêm chiếm tỷ lệ cao, thời gian điều trị trung bình là 6 ngày. Nhóm tuổi bệnh nhi <12 tháng tuổi và phối hợp kháng sinh có mối liên quan đến việc sử dụng kháng sinh hợp lý.

**Từ khóa:** Viêm phổi, kháng sinh, trẻ em.

#### SUMMARY

#### ANTIBIOTIC UTILIZATION AND ASSOCIATED FACTORS IN THE TREATMENT OF PEDIATRIC PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT A PROVINCIAL HOSPITAL IN KIEN GIANG, 2024

**Background:** Pneumonia is a common pathology in pediatric patients and a leading cause of mortality, especially in children under 5 years old. The administration of antibiotics in the treatment of pediatric pneumonia has significantly contributed to reducing mortality rates. **Objective:** To investigate the characteristics of antibiotic utilization, determine the appropriate usage rate, and identify associated factors in the antibiotic treatment of pediatric pneumonia at a hospital in 2024. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on 280 inpatient medical records of pediatric pneumonia patients receiving antibiotic treatment from January 1, 2024, to June 30, 2024. The appropriateness of antibiotic use was evaluated based on the hospital's treatment guidelines, the Vietnam National Drug Formulary, and manufacturers' drug information. **Results:** Among 280 medical records surveyed, 92.1% of cases received monotherapy. The most commonly prescribed antibiotics were cephalosporins, accounting for 91.39%. Antibiotics were predominantly administered via the parenteral route, with 99.64% of cases utilizing intravenous or intramuscular injections. The average duration of antibiotic use was 6 days. The initial appropriate antibiotic selection rate was 99.29%,

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Kiên Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thắng

Email: nthang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

while the rate of rational antibiotic use was 60.36%. The age group of patients under 12 months (OR (95% CI) = 2.1 (1.3–3.5)) and the use of combination antibiotics (OR (95% CI) = 4.6 (1.75–12.1)) were associated with irrational antibiotic use in pediatric pneumonia treatment. **Conclusions:** Cephalosporins were the most frequently utilized antibiotics, with a high proportion of monotherapy cases. The parenteral route was the primary mode of administration, and the average duration of treatment was 6 days. Patients under 12 months of age and the use of combination therapy were associated with irrational antibiotic use. **Keywords:** Pneumonia, antibiotic therapy, pediatric patients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý thường gặp ở trẻ em, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi, sơ sinh, trẻ suy dinh dưỡng. Theo tổ chức Y Tế Thế Giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 19% trong các nguyên nhân gây tử vong. Ở Việt Nam, theo thống kê của chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp thì trung bình mỗi năm một trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ 3-5 lần, trong đó 1-2 lần viêm phổi và có khoảng 20.000 trẻ em dưới 5 tuổi chết vì viêm phổi [8]. Sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong [1], [3]. Tuy nhiên, vẫn còn tình trạng lạm dụng kháng sinh, kê đơn không hợp lý. Một số nghiên cứu trong nước ghi nhận rằng tỷ lệ sử dụng kháng sinh không hợp lý ở trẻ em viêm phổi là 20-30%, trong đó các sai sót thường gặp là lựa chọn kháng sinh, liều dùng không phù hợp [4], [5]. Hậu quả là sự gia tăng tỷ lệ kháng thuốc, làm giảm hiệu quả điều trị và tăng gánh nặng bệnh tật. Vì vậy, việc khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh và các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa quan trọng trong việc tối ưu hóa chiến lược điều trị [7].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội. Bác sĩ tham gia điều trị các hồ sơ bệnh án thu thập tại bệnh viện (BV)

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhi từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị nội trú, được chẩn đoán viêm phổi và chỉ định sử dụng kháng sinh. Bác sĩ tham gia điều trị các bệnh án được thu thập trong thời gian nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi có sử dụng kháng sinh để điều trị các bệnh nhiễm trùng khác phát sinh trong quá trình điều trị. Bệnh nhi xin xuất viện, chuyển viện hoặc trốn viện không

theo dõi được điều trị. Bác sĩ đi học hoặc vắng mặt tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng tỷ lệ trong quần thể

Z: hệ số tin cậy; Z=1,96 với độ tin cậy 95%.

d: độ sai lệch giữa tham số mẫu và tham số quần thể, d=0,05.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Linh và cộng sự năm 2021 thì tỷ lệ này là 77,1%. Chọn p = 0,771.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}}{1} = \frac{1.96^2 \cdot 0.771(1-0.771)}{0.05^2} \approx 271,3$$

Do đó, chúng tôi chọn cỡ mẫu của nghiên cứu là 280 HSBA.

**Phương pháp chọn mẫu:** HSBA được chọn theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tần theo từng tháng. Chọn tất cả các bác sĩ tham gia điều trị trong HSBA thu thập được.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Thời gian nghiên cứu:** ngày 01/01/2024 đến ngày 30/06/2024.

**Phương pháp xử lý số liệu:** phần mềm Microsoft Excel 2016 và phần mềm thống kê Stata 15.

**Nội dung nghiên cứu:**

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng: giới/ tuổi/ nơi cư trú/ bệnh mắc kèm. Đặc điểm lâm sàng: sốt/ khó khê/ ho/ ran ẩm/ khó thở/ rút lõm lồng ngực/ thở nhanh. Đặc điểm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu, CRP, X-Quang.

**Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em:** Tên kháng sinh, nhóm kháng sinh, liều dùng, đường dùng, khoảng cách liều, số lần thay đổi kháng sinh, phối hợp kháng sinh, thời gian điều trị.

**Đánh giá tính hợp lý của việc sử dụng kháng sinh:** Phân tích từng HSBA và xác định sự hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh dựa trên các nguồn tài liệu tham khảo. Bất kỳ sự không hợp lý nào được ghi nhận thì đánh giá sử dụng kháng sinh chưa hợp lý, sự hợp lý với một trong các khuyến nghị được coi là sử dụng thuốc hợp lý. Các tài liệu được sử dụng để xác định tính hợp lý bao gồm: Phác đồ điều trị tại Bệnh viện năm 2022. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (Ban hành tại Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015). Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022 [2]. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc của nhà sản xuất.

**Xác định một số yếu tố liên quan trong việc sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em hợp lý bao gồm:**

Yếu tố bác sĩ kê đơn: tuổi, trình độ chuyên môn, thời gian công tác.

Yếu tố bệnh nhi: giới tính, tuổi.

Yếu tố điều trị: đường dùng thuốc, phối hợp kháng sinh, thời gian điều trị.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

**Bảng 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

| Đặc điểm bệnh nhi            |                | Số lượng | Tỉ lệ % |
|------------------------------|----------------|----------|---------|
| <b>Đặc điểm chung</b>        |                |          |         |
| Giới tính                    | Nam            | 164      | 58,6    |
|                              | Nữ             | 116      | 41,4    |
| Tuổi                         | <12 tháng tuổi | 170      | 60,7    |
|                              | ≥12 tháng tuổi | 110      | 39,3    |
| Nơi cư trú                   | Nông thôn      | 202      | 72,1    |
|                              | Thành thị      | 78       | 27,9    |
| Bệnh mắc kèm                 | Có             | 43       | 15,4    |
|                              | Không          | 237      | 84,6    |
| <b>Đặc điểm cận lâm sàng</b> |                |          |         |
| Sốt                          | Có             | 111      | 39,6    |
|                              | Không          | 169      | 60,4    |
| Khò khè/ho                   | Có             | 260      | 92,9    |
|                              | Không          | 20       | 7,1     |
| Ran ẩm                       | Có             | 210      | 75      |
|                              | Không          | 70       | 25      |
| Khó thở                      | Có             | 75       | 26,8    |
|                              | Không          | 205      | 73,2    |
| Rút lõm lồng ngực            | Có             | 34       | 12,1    |
|                              | Không          | 246      | 87,9    |
| Thở nhanh                    | Có             | 78       | 27,9    |
|                              | Không          | 202      | 72,1    |
| <b>Đặc điểm lâm sàng</b>     |                |          |         |
| Bạch cầu                     | Bình thường    | 125      | 44,6    |
|                              | Tăng           | 155      | 55,4    |
| CRP                          | Bình thường    | 232      | 82,9    |
|                              | Tăng           | 48       | 17,1    |
| X-quang                      | Bình thường    | 108      | 38,6    |
|                              | Có tổn thương  | 95       | 33,9    |
|                              | Không chụp     | 77       | 27,5    |

**Nhận xét:** Về đặc điểm bệnh nhi: tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ, nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi, nơi cư trú nông thôn và không có bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ cao hơn. Về đặc điểm lâm sàng: các triệu chứng khò khè, ho, ran ẩm ghi nhận ở phần lớn trẻ. Về đặc điểm cận lâm sàng: đa số bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng, CRP bình thường và X-quang không tổn thương.

#### 3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

##### Tỷ lệ kháng sinh sử dụng ban đầu

**Bảng 3.2. Tỷ lệ kháng sinh sử dụng ban đầu**

|         | Tên kháng sinh sử dụng | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|---------|------------------------|----------|-----------|
| Đơn trị | Ceftriaxon             | 255      | 91,07     |
|         | Cefotaxim              | 2        | 0,71      |

|          |                                |    |      |
|----------|--------------------------------|----|------|
| Phối hợp | Amoxicillin + acid clavulanic  | 1  | 0,36 |
|          | Cefotaxim + amikacin           | 14 | 5    |
|          | Ceftriaxon + amikacin          | 5  | 1,79 |
|          | Imipenem/cilastatin + amikacin | 1  | 0,36 |
|          | Imipenem/cilastatin+vancomycin | 1  | 0,36 |
|          | Vancomycin + amikacin          | 1  | 0,36 |

**Nhận xét:** Trong phác đồ đơn trị kháng sinh ceftriaxon là kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất, chiếm 91,07% (255 trường hợp).

#### 3.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

##### Đặc điểm sử dụng kháng sinh

**Bảng 3.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh**

| Đặc điểm sử dụng kháng sinh  |                                  | Số lượng | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------|----------------------------------|----------|-----------|
| Đường dùng                   | Tiêm                             | 279      | 0,36      |
|                              | Uống                             | 1        | 99,64     |
| Số lần thay đổi kháng sinh   | Không thay đổi                   | 235      | 83,93     |
|                              | Thay đổi 1 lần                   | 44       | 15,71     |
|                              | Thay đổi 2 lần                   | 1        | 0,36      |
| Thời gian sử dụng kháng sinh | <5 ngày                          | 124      | 44,29     |
|                              | ≥5 ngày                          | 156      | 55,71     |
|                              | Trung vị (khoảng tứ vị): 6 (5-8) |          |           |

**Nhận xét:** Kháng sinh dùng đường tiêm chiếm (99,64%), phần lớn bệnh nhân không cần thay đổi kháng sinh trong suốt quá trình điều trị (83,93%). Thời gian sử dụng kháng sinh từ 5 ngày trở lên chiếm tỷ lệ cao (55,71%).

#### 3.4. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý

##### Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý

**Bảng 3.4. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý**

| Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý | Hợp lý n (%) | Không hợp lý n (%) |
|---------------------------------|--------------|--------------------|
| Hồ sơ bệnh án                   | 169(60,36%)  | 111(39,64%)        |
| Lựa chọn kháng sinh ban đầu     | 278(99,29%)  | 2(0,71%)           |
| Phối hợp kháng sinh             | 20(90,91%)   | 2(9,09%)           |
| Thay đổi kháng sinh             | 32(67,14%)   | 13(28,89%)         |
| Liều dùng                       | 188(67,14%)  | 92(32,86%)         |
| Đường dùng                      | 280(100%)    | 0(0%)              |

**Nhận xét:** Tỷ lệ hồ sơ bệnh án sử dụng kháng sinh hợp lý là 60,36%. Trong đó tỷ lệ lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý chiếm phần lớn với (99,29%), tỷ lệ phối hợp kháng sinh hợp lý chiếm (90,91%), tỷ lệ thay đổi kháng sinh hợp lý chiếm (71,11%) tỷ lệ sử dụng kháng sinh với liều dùng hợp lý chiếm (67,14%), tỷ lệ lựa chọn đường dùng kháng sinh hợp lý là (100%).

#### 3.5. Một số yếu tố liên quan với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý

##### Một số yếu tố liên quan với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý

**Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý.**

| Yếu tố liên quan                     |                | Sử dụng kháng sinh hợp lý<br>n(%) | Sử dụng kháng sinh không hợp lý<br>n(%) | OR (95% CI)     | p     |
|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|-------|
| <b>Nhóm tuổi bác sĩ</b>              | <40 tuổi       | 132 (63,16)                       | 77 (36,84)                              | 0,6 (0,4-1,1)   | 0,1   |
|                                      | ≥40 tuổi       | 37 (52,11)                        | 34 (47,89)                              |                 |       |
| <b>Trình độ chuyên môn bác sĩ</b>    | Đại học        | 113 (63,84)                       | 64 (36,16)                              | 0,7 (0,4 -1,1)  | 0,118 |
|                                      | Sau đại học    | 56 (54,37)                        | 47 (45,63)                              |                 |       |
| <b>Thời gian công tác của bác sĩ</b> | <5 năm         | 51 (56,67)                        | 39 (43,33)                              | 0,7 (0,4-1,1)   | 0,385 |
|                                      | ≥5 năm         | 118 (62,11)                       | 72 (37,89)                              |                 |       |
| <b>Giới tính bệnh nhi</b>            | Nữ             | 66 (56,9)                         | 50 (43,1)                               | 1,3 (0,8-2,1)   | 0,319 |
|                                      | Nam            | 103 (62,8)                        | 61 (37,2)                               |                 |       |
| <b>Nhóm tuổi bệnh nhi</b>            | <12 tháng tuổi | 91 (53,53)                        | 79 (46,47)                              | 2,1 (1,3-3,5)   | 0,003 |
|                                      | ≥12 tháng tuổi | 78 (70,91)                        | 32 (29,09)                              |                 |       |
| <b>Phối hợp kháng sinh</b>           | Phối hợp       | 6 (27,27)                         | 16 (72,73)                              | 4,6 (1,75-12,1) | 0,001 |
|                                      | Đơn trị        | 163 (63,18)                       | 95 (36,82)                              |                 |       |
| <b>Thời gian điều trị</b>            | < 5 ngày       | 71 (57,62)                        | 53 (42,74)                              | 1,3 (0,78-2,04) | 0,345 |
|                                      | ≥ 5 ngày       | 98 (62,82)                        | 58 (37,18)                              |                 |       |

**Nhận xét:** Nhóm tuổi bệnh nhân <12 tháng tuổi có mối liên quan ý nghĩa thống kê với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý, với OR = 2,1 (95% CI 1,3-3,5), p=0,003. Việc phối hợp kháng sinh có mối liên quan ý nghĩa thống kê với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý với OR = 4,6 (95% CI: 1,75–12,1), p=0,001.

#### IV. BÀN LUẬN

**Về đặc điểm chung:** Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ nam mắc viêm phổi cao hơn trẻ nữ (58,6% nam và 41,4% nữ). Kết quả này tương tự Nguyễn Thị Trúc Linh năm 2021 (60,5% nam và 39,5% nữ), Nguyễn Trần Kim Ngọc năm 2024 (55,8% nam và 44,2% nữ). Về nhóm tuổi: tỷ lệ mắc viêm phổi ở nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm đa số (60,7%). Điều này phù hợp với sinh lý bệnh, do với nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi, hệ miễn dịch chưa phát triển đầy đủ, đường hô hấp nhỏ, hẹp và ngắn, khi bị viêm phổi, bệnh thường tiến triển rất nhanh và nặng. Về nơi cư trú: tỷ lệ trẻ từ khu vực nông thôn cao hơn khu vực thành thị (72,1% so với 27,9%), tương tự Nguyễn Trần Kim Ngọc năm 2024 (60,6% so với 39,4%),

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong mẫu nghiên cứu bao gồm: khô khè/ho, ran ẩm (92,9% và 75%), phản ánh đặc điểm phổ biến của bệnh [6]. Các triệu chứng khác như sốt, thở nhanh, khó thở và rút lõm lồng ngực chiếm tỷ lệ thấp hơn, chỉ xuất hiện ở các bệnh nhân viêm phổi nặng hoặc rất nặng. Về kết quả cận lâm sàng, đa phần bệnh nhân có bạch cầu tăng (55,4%) và CRP bình thường (82,9%). Tỷ lệ này tương tự theo nghiên cứu của Nguyễn Trần Kim Ngọc năm 2024 [5].

Về đặc điểm sử dụng kháng sinh: Kháng sinh

nhóm beta-lactam cụ thể là cephalosporin thế hệ 3 - ceftriaxon đơn trị được sử dụng rộng rãi. Điều này phù hợp với các hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và của Bệnh viện. Tỷ lệ phối hợp kháng sinh thấp (dưới 10%) và tập trung vào phối hợp cephalosporin thế hệ 3 và aminoglycosid, cụ thể là cefotaxim + amikacin. Sự khác biệt về tỷ lệ kháng sinh sử dụng với các nghiên cứu khác có thể là do khác biệt mức độ nặng của bệnh nhân nhập viện tại các bệnh viện [4],[5]. Kháng sinh dùng đường tiêm chiếm ưu thế với 99,64%. Trung bình số ngày điều trị là 6 ngày phản ánh thực hành điều trị tuân theo khuyến cáo về thời gian điều trị [6]. Tỷ lệ thay đổi kháng sinh thấp trong nghiên cứu này cho thấy phần lớn bệnh nhân đã đáp ứng tốt với phác đồ điều trị ban đầu.

**Về đánh giá tính hợp lý:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý (99,29%), tỷ lệ thay đổi kháng sinh hợp lý (71,11%) cao, phản ánh sự tuân thủ tốt với các phác đồ điều trị và các khuyến cáo hiện hành, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tình trạng kháng thuốc. Liều dùng kháng sinh là yếu tố quan trọng quyết định hiệu quả điều trị và hạn chế nguy cơ kháng thuốc. Liều dùng kháng sinh của trẻ sẽ được quy đổi ra mg/kg/ngày và đối chiếu liều với liều chuẩn trong phác đồ hoặc hướng dẫn dùng thuốc. Các liều dùng được đánh giá hợp lý là liều dùng sử dụng trong toàn bộ hồ sơ bệnh án đã tuân thủ đúng theo phác đồ điều trị bệnh viện hoặc hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế. Kết quả cho thấy có 67,14% hồ sơ bệnh án sử dụng kháng sinh với liều hợp lý. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Linh (2021) với 76,9% bệnh án có liều dùng hợp lý [4]. Tỷ lệ lựa chọn đường dùng kháng sinh hợp lý là 100%. Đây là xu hướng phổ

biến trong điều trị nội trú, đa số các trường hợp cần nhập viện là viêm phổi nặng hoặc rất nặng, vì vậy việc lựa chọn đường tiêm là phù hợp với tình trạng của bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Linh (2020) với 82,2% [4]. Tỷ lệ hồ sơ bệnh án sử dụng kháng sinh hợp lý là 60,36%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Trúc Linh (2021) với 76,7% và Nguyễn Trần Kim Ngọc (2024) với 73,3%.

**Về yếu tố liên quan:** Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan thống kê giữa các đặc điểm bác sĩ kê đơn với việc sử dụng kháng sinh không hợp lý trong nghiên cứu này. Giá trị  $p > 0,05$  ở tất cả các yếu tố cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê. Nhóm tuổi bệnh nhân <12 tháng là yếu tố nguy cơ độc lập cho việc sử dụng kháng sinh không hợp lý, với OR = 2,1 phản ánh khả năng bác sĩ gặp khó khăn hơn khi kê đơn kháng sinh cho nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, do đặc điểm sinh lý, mức độ nặng của bệnh, hoặc hạn chế trong chẩn đoán chính xác. Phổi hợp kháng sinh cũng là một trong các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến việc sử dụng kháng sinh không hợp lý. OR = 4,6 phản ánh việc phổi hợp kháng sinh làm tăng đáng kể nguy cơ không hợp lý, điều này phù hợp với các khuyến cáo ưu tiên đơn trị trong nhiều trường hợp để tránh nguy cơ tác dụng phụ và kháng thuốc.

## V. KẾT LUẬN

Cephalosporin là nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất, với đơn trị liệu chiếm ưu thế. Đường tiêm tĩnh mạch được áp dụng phổ biến, thời gian điều trị kháng sinh trung bình là 6

ngày. Sử dụng kháng sinh không hợp lý có liên quan đến nhóm bệnh nhân <12 tháng tuổi và việc phổi hợp kháng sinh. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc giám sát chặt chẽ nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu đề kháng kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Nhi - Trường đại học Y Hà Nội** (2023), Bài giảng Nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.: p. 205-211.
2. **Bộ Y tế** (2022), Dược thư Quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
3. **Bộ Y tế-UNICEF-WHO.** (2024), Hướng dẫn Xử trí lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh, Quyết định số 2341/QĐ-BYT ngày 07/08/2024.
4. **Nguyễn Thị Trúc Linh** (2021), "Thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2019-2020", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 37/2021.
5. **Nguyễn Trần Kim Ngọc** (2024). "Tình hình sử dụng kháng sinh kinh nghiệm trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ 2023" Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Số 75, trang 158-165.
6. **Michael Harris. et al.** (2011), British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children, Thorax. 66(Suppl 2): p. ii1-ii23.
7. **Sara Rossin** (2021), "Multistep antimicrobial stewardship intervention on antibiotic prescriptions and treatment duration in children with pneumonia", PLoS ONE 16(10): e0257993.
8. **Williams, D. J. C., C. B.; Walter, E. B. and et al.** (2024). "Short- vs Standard-Course Outpatient Antibiotic Therapy for Community-Acquired Pneumonia in Children: The SCOUT-CAP Randomized Clinical Trial." JAMA Pediatrics, 178(1): e215547.

## SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN TRÊN VAN TIM NHÂN TẠO VÀ TRÊN VAN TỰ NHIÊN

Tạ Thị Diệu Ngân<sup>1</sup>, Vũ Phương Nga<sup>2</sup>, Lê Công Hựu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu hồi cứu 84 bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E nhằm so sánh lâm sàng,

cận lâm sàng và điều trị VNTMNK trên van nhân tạo và trên van tự nhiên. **Kết quả:** Tỷ lệ VNTMNK van nhân tạo 27,4%. Ở nhóm VNTMNK van tự nhiên, tỷ lệ sốt kéo dài và tỷ lệ tiếng thổi tâm thu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm van nhân tạo. Khối u thường gặp ở van động mạch chủ trong VNTMNK van nhân tạo, thường gặp ở van hai lá trong VNTMNK van tự nhiên. Tỷ lệ áp xe quanh van ở nhóm VNTMNK van nhân tạo cao hơn có ý nghĩa so với nhóm van tự nhiên. Trong VNTMNK van nhân tạo, tỷ lệ đổi kháng sinh cao hơn và thời gian dùng kháng sinh dài ngày hơn so với VNTMNK van tự nhiên. Kết cục tiên triển tốt trong VNTMNK ở hai nhóm van tim là như nhau.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025