

- al. Persistent sleep disturbance after spine surgery is associated with failure to achieve meaningful improvements in pain and health-related quality of life. *Spine J.* 2021;21(8):1325-1331.
6. **Kim J, Kang MS, Kim TH.** Prevalence of Sleep Disturbance and Its Risk Factors in Patients Who Undergo Surgical Treatment for Degenerative Spinal Disease: A Nationwide Study of 106,837 Patients. *J Clin Med.* 2022;11(19).
 7. **Nguyễn Lê Bảo Tiên, Đinh Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh.** Đặc điểm giấc ngủ của các bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2015. *Y học Việt Nam.* 2017; 453(2).
 8. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Trần Thị Xuân Lan.** Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2014;18(6).
 9. **Nguyễn Vũ, Nguyễn Thị Hương Giang, Ngô Thị Ngân.** Rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người bệnh trượt đốt sống thắt lưng được phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 532 (2023).
 10. **Bùi Thu Hoài, Bùi Vũ Bình.** Mô tả chất lượng giấc ngủ và yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2014. *Thư viện Đại học Y Hà Nội.* 2014.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH CHUYỂN ĐỔI KHÁNG SINH TỪ ĐƯỜNG TĨNH MẠCH SANG ĐƯỜNG UỐNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Hoàng Thị Phương Uyên¹, Hồ Nguyễn Duy²,
Đoàn Ngọc Diễm Quỳnh¹, Nguyễn Quốc Hoà², Nguyễn Ngọc Khôi²

TÓM TẮT

Mở đầu: Chuyển đổi kháng sinh (KS) từ đường tĩnh mạch (IV) sang đường uống (PO) là chiến lược quan trọng trước tình trạng đề kháng KS gia tăng, nhưng chưa được đánh giá tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch trong điều trị viêm phổi cộng đồng (VPCĐ). **Mục tiêu:** Nghiên cứu khảo sát thực trạng chuyển đổi đường dùng KS và đánh giá kết quả điều trị sau chuyển đổi ở bệnh nhân (BN) VPCĐ điều trị nội trú tại BV Phạm Ngọc Thạch. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án BN ≥ 18 tuổi điều trị KS IV trong vòng 48 giờ đầu nhập viện tại bốn khoa nội, từ 01/11/2023 đến 31/05/2024. Tiêu chí chuyển đổi theo quyết định số 5631 và 4815 của Bộ Y tế (2020). Tính hợp lý của việc chuyển đổi dựa trên quyết định 4815 của BYT (2020), ATS/IDSA, BTS, UpToDate, Sanford guide 2024. **Kết quả:** Trong 304 BN được phân tích, 154 BN (50,7%) đủ điều kiện chuyển đổi. Trong đó, có 128 BN tiếp tục dùng KS và chỉ 18% được chuyển đổi thực tế. Tỷ lệ chuyển đổi hợp lý đạt 56,5% (thời điểm: 69,6%; lựa chọn KS: 82,6%; liều KS: 100%). Tất cả BN chuyển đổi đều có kết cục điều trị thành công. Giữa nhóm có và không chuyển đổi không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết cục điều trị (100% so với 99%, $p = 1,000$), thời gian nằm viện (13 so với 11 ngày, $p = 0,363$) và thời gian dùng KS IV (11 so với 10 ngày, $p = 0,882$). **Kết luận:** Việc chuyển đổi KS IV-PO tại BV còn hạn chế, dù hiệu quả điều trị tương đương. Cần triển khai chiến

lược sớm với sự tham gia của dược sĩ lâm sàng.

Từ khóa: chuyển đổi kháng sinh, đường tĩnh mạch, đường tiêm, đường uống, viêm phổi cộng đồng, dược sĩ lâm sàng

SUMMARY

EVALUATION OF INTRAVENOUS-TO-ORAL ANTIBIOTIC CONVERSION IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

Introduction: Intravenous-to-oral (IV-PO) antibiotic conversion is an important strategy in response to increasing antibiotic resistance, but has not been evaluated at Pham Ngoc Thach Hospital in the treatment of community-acquired pneumonia (CAP). **Objectives:** To investigate the current practice of antibiotic route conversion and evaluate treatment outcomes following IV-to-PO switch in hospitalized CAP patients at Pham Ngoc Thach Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted by reviewing medical records of patients aged ≥ 18 years who received intravenous (IV) antibiotics within the first 48 hours of hospitalization in four internal medicine departments, from November 1, 2023, to May 31, 2024. Eligibility criteria for IV-to-oral (IV-PO) antibiotic switch were based on Decisions No. 5631/QĐ-BYT and 4815/QĐ-BYT issued by the Ministry of Health of Vietnam (2020). The appropriateness of the switch was evaluated according to Decision No. 4815/QĐ-BYT (2020), ATS/IDSA guidelines, British Thoracic Society (BTS) guidelines, UpToDate, and the Sanford Guide 2024. **Results:** Among 304 patients analyzed, 154 (50.7%) were eligible for antibiotic switch. Of these, 128 patients continued IV antibiotics, and only 18% were actually switched to oral therapy. The overall appropriateness rate was 56.5%, with appropriate timing in 69.6%,

¹Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Hoà

Email: ngqhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

appropriate antibiotic selection in 82.6%, and appropriate dosing in 100%. No significant differences were found between converted and non-converted groups in treatment success rate (100% vs. 99%, $p = 1.000$), hospital stay duration (13 vs. 11 days, $p = 0.363$), or IV antibiotic duration (11 vs. 10 days, $p = 0.882$). **Conclusions:** IV-to-PO antibiotic conversion remains underutilized at the hospital, despite comparable treatment effectiveness. Improvements in conversion timing and implementation of early-switch strategies involving clinical pharmacists are recommended. **Keywords:** antibiotic switch, IV-to-PO conversion, community-acquired pneumonia, clinical pharmacist, antimicrobial stewardship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng đề kháng kháng sinh (KS) ngày càng gia tăng đặt ra yêu cầu sử dụng KS hợp lý, trong đó chuyển đổi KS từ đường tĩnh mạch sang đường uống (IV-PO) là chiến lược quan trọng của chương trình quản lý KS [1,2]. Mặc dù có nhiều lợi ích, tỷ lệ chuyển đổi KS IV-PO tại Việt Nam vẫn thấp [3]. Tại BV Phạm Ngọc Thạch - một trong những cơ sở chuyên khoa hàng đầu về bệnh lý hô hấp, đến nay chưa có nghiên cứu đánh giá thực tế chuyển đổi KS IV-PO ở BN VPCĐ. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát tình hình chuyển đổi KS và đánh giá kết quả điều trị sau khi chuyển đổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, lấy dữ liệu hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của BN điều trị nội trú tại 4 khoa tại Bệnh viện (BV) Phạm Ngọc Thạch gồm: khoa Dịch vụ điều trị bệnh phổi, khoa Bệnh phổi không lao 1, 2, 3.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán VPCĐ và điều trị ít nhất một KS IV trong vòng 48 giờ từ khi nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không ghi nhận cụ thể về loại, liều lượng, thời gian KS đã sử dụng ở tuyến trước.
- BN được chẩn đoán HIV.
- BN tử vong, chuyển viện/khoa hoặc xuất viện trước khi thỏa tiêu chí chuyển đổi KS.
- BN được chỉ định KS dự phòng hoặc sử dụng KS sau phẫu thuật.
- BN có thời gian dùng KS dưới 48 giờ.
- BN có tình trạng yêu cầu sử dụng KS IV kéo dài bao gồm: nhiễm khuẩn huyết nặng, nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus*, nhiễm khuẩn mô sâu (ví dụ áp xe, viêm mủ màng phổi), nhiễm trùng hoại tử mô mềm, nhiễm khuẩn liên quan đến thiết bị cấy ghép, viêm não, viêm màng não, viêm mô tế bào, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm trung thất, viêm khớp nhiễm khuẩn, đợt cấp bệnh xơ nang, giãn phế quản.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu.

Chọn tất cả hồ sơ bệnh án của các BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ từ ngày 01/11/2023 đến ngày 31/05/2024.

2.4. Các tiêu chí khảo sát

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu và tình hình chuyển đổi KS IV-PO. Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, bệnh kèm, điểm số CURB-65 chức năng thận.

Loại và số lượng KS IV và KS PO.

Tỷ lệ chuyển đổi được xác định theo công thức:

$$\text{Số BN thỏa điều kiện được chuyển đổi sang KS PO}$$

Số lượng BN thỏa điều kiện chuyển đổi - Số BN ngưng KS tại thời điểm thỏa điều kiện chuyển đổi

Điều kiện chuyển đổi được xây dựng dựa theo quyết định 5631 và 4815/QĐ-BYT [1,2]. Các trường hợp không thể thực hiện chuyển đổi liên quan đến tính sẵn có của thuốc được coi là không đủ điều kiện.

Tính hợp lý của việc chuyển đổi KS IV-PO. Các tiêu chí đánh giá tính hợp lý của việc chuyển đổi được trình bày trong **Bảng 1**.

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá tính hợp lý trong việc chuyển đổi

Tiêu chí	Cách đánh giá
Thời điểm chuyển đổi	Hợp lý khi thực hiện chuyển đổi trong 24 giờ từ khi BN thỏa điều kiện chuyển đổi
Lựa chọn KS chuyển đổi	Hợp lý khi phù hợp với ít nhất một trong các hướng dẫn: quyết định 4815/QĐ-BYT, ATS/IDSA, BTS, Uptodate, Sanford guide 2024, Vancouver coastal health hoặc theo KS đồ
Liều KS chuyển đổi	Hợp lý khi phù hợp với ít nhất một trong các hướng dẫn sau: Phụ lục 1 của quyết định 4815/QĐ-BYT, ATS/IDSA, BTS, Uptodate, Sanford guide 2024

Tính hợp lý chung đạt khi thỏa tất cả các tiêu chí về thời điểm chuyển đổi, lựa chọn KS chuyển đổi và liều KS.

Kết quả sau chuyển đổi KS. So sánh nhóm BN được chuyển đổi và không chuyển đổi KS IV-PO về: thời gian nằm viện, thời gian dùng KS IV, và kết quả xuất viện (thành công/thất bại). Chuyển đổi được coi là thất bại nếu:

- Kết quả điều trị không đổi/nặng hơn/tử vong khi xuất viện.
- Tái nhập viện vì viêm phổi trong vòng 72 giờ sau xuất viện.
- Nhiễm trùng thứ phát sau chuyển đổi.
- Không đáp ứng lâm sàng với KS đường uống (dấu hiệu sinh tồn, CRP xấu đi).
- Cần chuyển lại KS IV trong vòng 72 giờ sau khi chuyển đổi hoàn toàn sang KS PO.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được quản lý và xử lý theo phần mềm Excel 2016 và SPSS 27.0. Sử dụng phép kiểm Independent t-test (phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Mann - Whitney (phân phối không chuẩn) để so sánh hai trung bình/trung vị; sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher Exact để so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Toàn bộ dữ liệu được đảm bảo hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học BV Phạm Ngọc Thạch số 560/QĐ-PNT ngày 03/07/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Tổng cộng có 304 HSBA phù hợp với các tiêu chí được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2. Đa số BN có độ tuổi từ 65 trở lên (63,4%), với tỷ lệ nam giới cao hơn (65,8%). Bệnh lý kèm theo phổ biến nhất là bệnh lý đường hô hấp (35,2%).

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (N=304)

Đặc điểm	Kết quả, n (%)
Tuổi	
Trung vị (tứ phân vị)	68,5 (59,25 - 78)
<65 tuổi	111 (36,5)
≥65 tuổi	193 (63,4)
Giới tính	
Nam	200 (65,8)
Nữ	104 (34,2)
Khoa điều trị	
Dịch vụ điều trị bệnh phổi	61 (20,1)
Bệnh phổi không lao 1	68 (22,3)
Bệnh phổi không lao 2	95 (31,3)
Bệnh phổi không lao 3	80 (26,3)
Bệnh kèm^a	
Hô hấp	107 (35,2)
Nội tiết	74 (24,3)
Gan	63 (20,7)
Tim	49 (16,1)
Ung thư	39 (12,8)
Mạch máu não/Đột quỵ	21 (6,9)
Thận	20 (6,6)
Bệnh khác	6 (2,0)
Chức năng thận khi nhập viện (eGFR)	
eGFR < 60 mL/phút/1,73m ²	56 (18,4)
eGFR ≥ 60 mL/phút/1,73m ²	248 (81,6)
Điểm số CURB-65	
0-1	206 (67,8)
2	62 (20,4)
3-5	2 (0,7)

Không xác định được ^b	34 (11,1)
Nhóm KS IV được sử dụng trước chuyển đổi^c	
β-lactam	378 (79,3)
Aminoglycosid	59 (12,4)
Fluoroquinolon	23 (4,8)
Glycopeptid	12 (2,5)
Nhóm khác	5 (1,0)

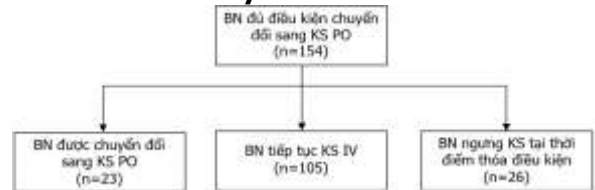
*Chú thích:

^aBN có thể mắc nhiều hơn một bệnh kèm nên tổng phần trăm có thể cao hơn 100%.

^bKhông làm ure máu ở thời điểm nhập viện.

^cBN có thể được sử dụng nhiều hơn một nhóm KS IV.

Tình hình chuyển đổi KS IV-PO



Sơ đồ 1. Tình hình chuyển đổi KS IV-PO sang đường uống

Nghiên cứu thu được 154/304 (50,7%) BN đủ điều kiện chuyển đổi KS IV-PO theo Quyết định 5631 và 4815/QĐ-BYT. Trong đó, tỉ lệ thực hiện chuyển đổi là 18% (Sơ đồ 1).

Trong nhóm không thỏa điều kiện, có 1 BN được chuyển đổi IV-PO và có tình trạng nhập viện trở lại ngay sau khi xuất viện 1 ngày vì diễn tiến nặng hơn. Trong khi đó, không ghi nhận tình trạng này ở nhóm đủ điều kiện chuyển đổi.

Tính hợp lý chuyển đổi KS IV-PO. Tính hợp lý về thời điểm chuyển đổi, lựa chọn KS chuyển đổi, liều KS chuyển đổi và hợp lý chung các lượt chuyển đổi được trình bày trong Bảng 3. Thời gian chuyển đổi tính từ khi đủ điều kiện chuyển đổi là 1 (1-2) ngày.

Bảng 3. Tính hợp lý các lượt chuyển đổi (n=23)

Tiêu chí đánh giá	Kết quả, n (%)
Thời điểm chuyển đổi	
Hợp lý	10 (43,5%)
Không hợp lý	13 (56,5%)
Lựa chọn KS chuyển đổi*	
Hợp lý	15 (93,8%)
Không hợp lý	1 (6,2%)
Liều KS chuyển đổi**	
Hợp lý	14 (93,3%)
Không hợp lý	1 (6,7%)
Tính hợp lý chung	
Hợp lý	9 (39,1%)
Không hợp lý	14 (60,9%)

Chú thích: *: Chỉ xét tính hợp lý về lựa chọn KS đối với BN chưa đủ điều kiện ngưng KS

***: Chỉ xét tính hợp lý về liều KS đối với BN có lựa chọn KS chuyển đổi hợp lý*

Kết quả sau chuyển đổi KS IV-PO. Trong 23 BN thỏa điều kiện chuyển đổi và thực hiện chuyển đổi KS IV-PO, 17 BN được chuyển đổi khi điều trị tại BV và 6 BN được chuyển đổi tại thời điểm xuất viện. Các BN này đều có kết quả xuất viện thành công và không ghi nhận tái nhập viện trong vòng 1 tuần. Thời gian nằm viện trung bình và thời gian dùng KS IV lần lượt là 13 (9 - 17) ngày và 11 (6 - 15) ngày. Bảng 4 so sánh kết quả sau chuyển đổi giữa nhóm chuyển và không chuyển đổi đường dùng KS.

Bảng 4. So sánh giữa nhóm có chuyển đổi và nhóm không chuyển đổi

Tiêu chí so sánh	Nhóm chuyển sang KS PO (n=23)	Nhóm không chuyển sang KS PO (n=105)	Giá trị P
Kết quả xuất viện thành công (%)	100%	99,0%	1,000 ^a
Thời gian nằm viện (ngày)	13 (9-17)	11 (10-14)	0,363 ^b
Thời gian dùng KS IV (ngày)	11 (6-15)	10 (8-12)	0,882 ^b

***Chú thích:** ^a Phép kiểm Fisher Exact. ^b Phép kiểm Mann-Whitney.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi (63,4% từ 65 tuổi trở lên), tương đồng với nghiên cứu của Kimura và cộng sự (84%) [4]. Tuổi cao thường liên quan đến nguy cơ mắc viêm phổi cao hơn do suy giảm miễn dịch liên quan đến tuổi, nhiều bệnh lý đồng mắc và tăng khả năng phải nhập viện [5]. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (65,8%) có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá và phơi nhiễm môi trường nghề nghiệp. Bệnh kèm về hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%), phản ánh mối liên hệ giữa suy giảm chức năng phổi và nguy cơ mắc VPCĐ. Mặc dù 67,5% BN có điểm CURB-65 từ 0-1, các BN này vẫn được điều trị nội trú do diễn tiến lâm sàng nặng, củng cố khuyến cáo của IDSA/ATS về sự cần thiết phải kết hợp đánh giá lâm sàng toàn diện không chỉ dựa riêng vào CURB-65 khi quyết định nhập viện và điều trị [6].

β -lactam là KS IV được sử dụng phổ biến nhất, thường phối hợp với macrolid đường uống (chủ yếu clarithromycin). Ceftriaxon là KS IV được dùng nhiều nhất (56,9%). Lựa chọn này phù hợp với phác đồ điều trị VPCĐ của Bộ Y tế Việt Nam với phổ kháng khuẩn hiệu quả trên S.

pneumoniae và H. influenzae [2]. Việc phối hợp với macrolid đường uống cũng phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế cho BN nội trú do nguy cơ nhiễm vi khuẩn không điển hình [2].

Tình hình chuyển đổi KS IV-PO. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 50,7% (154/304) hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chí chuyển đổi KS IV-PO, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu khác tại BV Đa khoa Xanh Pôn (93,02%) [7] và BV Thống Nhất (80,8%) [3]. Sự khác biệt này có thể do BV Phạm Ngọc Thạch là cơ sở y tế tuyến cuối, tiếp nhận các ca VPCĐ nặng, đồng nhiễm lao và bệnh phổi mạn tính. Ngoài ra, nghiên cứu không loại trừ BN xuất viện hoặc chuyển viện sớm, nhằm phản ánh đầy đủ tỷ lệ đủ điều kiện chuyển đổi, thực trạng chuyển đổi và kết cục điều trị trong toàn bộ quần thể BN. Trong số các trường hợp đủ điều kiện và tiếp tục sử dụng KS, chỉ 18% BN được chuyển đổi sang KS PO, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Xuân (71,67%) [7] và Nguyễn Nhật Thiên Tú (44,4%) [3]. Nguyên nhân có thể do việc chuyển đổi chưa được chú trọng, cùng với lo ngại của bác sĩ về hiệu quả của KS PO trên BN lớn tuổi, nặng và nhiều bệnh nền. Ngoài ra, việc chuyển đổi đường dùng KS chưa được quan tâm và đẩy mạnh tại BV.

Tính hợp lý chuyển đổi KS IV-PO. Trong nghiên cứu, tính hợp lý chung của việc chuyển đổi KS IV-PO đạt 39,1%. Nguyên nhân chính làm giảm tỷ lệ này là thời điểm chuyển đổi chưa hợp lý, chiếm 86,7% các trường hợp không hợp lý. Đáng chú ý, có 30,4% BN vẫn được tiếp tục điều trị bằng KS đường uống dù đã đủ điều kiện ngưng KS. Quyết định chuyển đổi được đưa ra nhằm mục đích đảm bảo tâm lý hơn là do chỉ định lâm sàng thực sự. Mặc dù 43,5% BN được chuyển đổi sớm trong vòng 24 giờ sau khi đủ tiêu chuẩn, vẫn có 26,1% trường hợp bị trì hoãn chủ yếu do lo ngại lâm sàng về tình trạng BN, ưu tiên KS IV, hoặc chờ kết quả cận lâm sàng và . Ngoài ra, các rào cản hành chính (như thủ tục hủy/kê lại thuốc trên phần mềm) cũng góp phần trì hoãn chuyển đổi. Về lựa chọn KS đường uống (PO), tỷ lệ hợp lý khá cao (93,8%), cho thấy sự tuân thủ tốt hướng dẫn và KS đồ. Amoxicillin/acid clavulanic là KS PO được lựa chọn nhiều nhất (61,8%). Tính hợp lý về liều KS chuyển đổi đạt 93,3% phản ánh việc tuân thủ tốt hướng dẫn về liều dùng.

Kết quả sau chuyển đổi KS IV-PO. Tỷ lệ điều trị thành công của nhóm chuyển đổi tương đương với nhóm không chuyển đổi (100% so với 99,1%, $p = 0,703$), điều này củng cố bằng chứng về tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp chuyển

đổi. Tuy nhiên, thời gian nằm viện trung bình ở nhóm chuyển đổi ($12,65 \pm 5,04$ ngày) và thời gian sử dụng KS IV ($10,35 \pm 5,27$ ngày) còn tương đối dài so với các nghiên cứu tại Việt Nam (nghiên cứu tại BV Thống Nhất: 6,7 ngày nằm viện, 5,9 ngày sử dụng KS IV [3]) hoặc quốc tế (nghiên cứu tại Hà Lan: $10 \pm 5,6$ ngày nằm viện, $4,7 \pm 2,8$ ngày dùng KS IV [8]). Điều này có thể do đặc thù BN tại cơ sở nghiên cứu là người lớn tuổi, có bệnh nền phức tạp, tổn thương phổi nặng và đáp ứng điều trị chậm, hoặc cần thêm thời gian để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý khác như lao hay ung thư.

Mặc dù vậy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện (13 ngày so với 11 ngày, $p = 0,292$) và thời gian dùng KS IV (11 ngày so với 10 ngày, $p = 0,916$) giữa nhóm có và không chuyển đổi. Điều này cho thấy việc chuyển đổi được thực hiện muộn khiến thời gian dùng KS IV gần tương đương với nhóm duy trì KS IV liên tục, qua đó làm hạn chế lợi ích của chiến lược chuyển đổi sớm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chuyển đổi KS IV-PO trong điều trị VPCĐ vẫn còn thấp mặc dù việc chuyển đổi an toàn và hiệu quả. Việc tối ưu hóa thời điểm chuyển đổi là cần thiết, thông qua việc xây dựng hướng dẫn rõ ràng hơn và tăng cường đào tạo cho nhân viên y tế. Thời gian nằm viện và thời gian dùng KS IV kéo dài do đặc thù BN và thiếu chiến lược chuyển đổi sớm. Nghiên cứu này đặt nền tảng cho các can thiệp của dược sĩ lâm sàng nhằm tăng cường chuyển đổi KS IV-PO tại BV Phạm Ngọc Thạch.

Ghi chú. Nhóm nghiên cứu ghi nhận và cảm ơn đóng góp của DS. Đinh Quang Trung, ThS. DS. Lê Bảo Trà Giang hiện đang công tác tại BV Phạm Ngọc Thạch.

Nghiên cứu được chấp thuận Y đức bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học BV Phạm Ngọc Thạch số 560/QĐ-PNT ngày 03/07/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 5631/QĐ-BYT - Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng KS. 2020.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4815/QĐ-BYT - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng ở người lớn. 2020.
3. **Nguyen TNT, Bui QTH, Tran VAT, Tran NQ, Nguyen NTY, Nguyen HT, et al.** Impact of clinical pharmacist-led interventions on switching from intravenous-to-oral antibiotics in patients with infectious diseases at a Vietnamese hospital. *Tropical Medicine International Health*. 2023; 28(8):612-9.
4. **Kimura T, Ito M, Onozawa S.** Switching from intravenous to oral antibiotics in hospitalized patients with community-acquired pneumonia: A real-world analysis 2010–2018. *Journal of Infection and Chemotherapy*. 2020;26(7):706-714. doi:10.1016/j.jiac.2020.03.010
5. **Stupka JE, Mortensen EM, Anzueto A, Restrepo MI.** Community-acquired pneumonia in elderly patients. *Aging health*. 2009;5(6):763-774. doi: 10.2217/ahe.09.74.
6. **Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al.** Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019/10/02 ed. 2019;200(7):e45-e67.
7. **Trần Thị Xuân, Trần Ngọc Sơn, Phạm Thị Anh Xuân và cộng sự.** Thực trạng chuyển đổi đường dùng KS từ đường tiêm truyền sang đường uống tại khoa nội tổng hợp I, BV Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;541(1)doi:10.51298/vmj.v541i1.10653
8. **Engel MF, Postma DF, Hulscher MEJL, et al.** Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalised patients with CAP. *Eur Respir J*. 2012;41(1):123-130. doi:10.1183/09031936.00029412

KÍCH THƯỚC ĐƯỜNG THỞ TRÊN PHIM CBCT Ở NHÓM NGƯỜI VIỆT MẮC VÀ KHÔNG MẮC NGƯNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ: BÁO CÁO LOẠT CA

Nguyễn Bảo Trung¹, Vũ Trần Thiên Quân¹,
Bùi Diễm Khuê¹, Lâm Đại Phong¹

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đại Phong
Email: phonglam@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá và so sánh kích thước đường hô hấp trên đo đạc trên phim cắt lớp vi tính chòm tia hình nón (CBCT) giữa nhóm người Việt có và nhóm không có NTTNKN. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo loạt ca được thu thập từ tháng 7/2024 tới tháng 7/2025 tại Phòng khám Chuyên khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Dữ liệu CBCT được hồi cứu từ 7 trường hợp NTTNKN và 4 trường hợp không có