

pylori tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam 539 (2024).

6. **Nguyễn Thị Mỹ Lệ & Nguyễn Đình Tuyển.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Y học Việt Nam 514 (2022).
7. **Nguyễn Thị Hoàng Hà & Đinh Thị Ý Thơ.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả nội soi

dạ dày tá tràng ở bệnh nhi đau bụng mạn tính tại Bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng. Tạp chí Nhi khoa 9, 35-39 (2016).

8. **Lê Thị Văn Anh & Nguyễn Thị Việt Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình thái tổn thương trên nội soi bệnh loét tá tràng nhiễm Helicobacter pylori tại Bệnh viện Nhi Thanh Hoá. Tạp chí Y học Việt Nam 513 (2022).

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI MỘT CƠ SỞ Y TẾ MIỀN NAM NĂM 2025

Hồ Thúy Hằng¹, Trần Công Luận², Nguyễn Hồ Thế Phương³,
Hồ Minh Chánh¹, Hồ Minh Thắng¹, Nguyễn Thị Ngọc Mai⁴

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh thận mạn tính là nguyên nhân tử vong hàng đầu và ngày càng gia tăng tỷ lệ tử vong trong hai thập kỷ qua, ảnh hưởng đến hơn 10% dân số toàn cầu. Nghiên cứu này nhằm phân tích tình hình sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý trong việc điều trị bệnh thận mạn tại một cơ sở y tế miền nam năm 2025. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Mô tả tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân bệnh thận mạn điều trị nội trú. 2) Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng sinh và xác định một số yếu tố liên quan về sử dụng thuốc trên bệnh thận mạn điều trị nội trú. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu số liệu trên 115 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, chẩn đoán mắc bệnh thận mạn và có sử dụng kháng sinh tại một cơ sở y tế miền nam trong thời gian từ 01/01/2025 đến 30/06/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân thận mạn có độ tuổi trung bình $66,1 \pm 14,2$ tuổi, chủ yếu mắc đái tháo đường (27,83%) và suy tim (21,74%). Ceftriaxon là kháng sinh phổ biến nhất (69,57%), với thời gian điều trị chủ yếu từ 8-14 ngày (55,65%). Phác đồ đơn độc chiếm 87,83%, 95,65% bệnh nhân cải thiện lâm sàng, cho thấy hiệu chỉnh liều kháng sinh quan trọng trong giảm nguy cơ chạy thận nhân tạo. **Kết luận – Kiến nghị:** Tỷ lệ hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo trong điều trị bệnh thận mạn còn thấp. Các kiến nghị bao gồm: 1) Tăng cường đào tạo cho bác sĩ và dược sĩ về đánh giá chức năng thận và điều chỉnh liều. 2) Xây dựng quy trình chuẩn trong kê đơn và hiệu chỉnh liều. 3) Tăng cường theo dõi chức năng thận định kỳ. 4) Khuyến khích sử dụng phác đồ đơn trị

liệu. 5) Nâng cao nhận thức bệnh nhân về sử dụng thuốc đúng liều và tuân thủ điều trị. **Từ khóa:** Sử dụng kháng sinh, tính hợp lý, bệnh thận mạn.

SUMMARY

ANALYSIS OF ANTIBIOTIC USE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT A MEDICAL FACILITY IN SOUTHERN VIETNAM IN 2025

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a leading cause of death and has shown a steadily increasing mortality rate over the past two decades, affecting more than 10% of the global population. This study aims to analyze antibiotic utilization and evaluate the rationality of antibiotic therapy in the treatment of chronic kidney disease at Giồng Riềng District Medical Center, Kiên Giang Province, in 2025. **Objectives:** 1) To describe the pattern of antibiotic use among hospitalized patients with chronic kidney disease. 2) To evaluate the rationality of antibiotic utilization and identify factors associated with antibiotic use in hospitalized patients with chronic kidney disease. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted using retrospective data from 115 medical records of patients aged 18 years and older who were diagnosed with chronic kidney disease and received antibiotic treatment at a medical facility in southern Vietnam from January 1, 2025, to June 30, 2025. **Results:** Patients with chronic kidney disease had a mean age of 66.1 ± 14.2 years, with diabetes mellitus (27.83%) and heart failure (21.74%) being the most common comorbidities. Ceftriaxone was the most frequently used antibiotic (69.57%), and the treatment duration was predominantly between 8–14 days (55.65%). Monotherapy regimens accounted for 87.83%, while 95.65% of patients showed clinical improvement, highlighting the importance of antibiotic dose adjustment in reducing the risk of hemodialysis. **Conclusions:** The rate of antibiotic dose adjustment according to clinical guidelines in the treatment of chronic kidney disease remains low. Recommendations include: 1) Enhancing training programs for physicians

¹Trung tâm Y tế Giồng Riềng

²Trường Đại học Tây Đô

³Trung tâm Y tế khu vực Tam Bình

⁴Đại học Chulalongkorn

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thúy Hằng

Email: thuyhang2012gr@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

and pharmacists on renal function assessment and dose adjustment. 2) Developing standardized protocols for antibiotic prescribing and dose modification. 3) Strengthening regular monitoring of renal function. 4) Promoting the use of monotherapy regimens when appropriate. 5) Increasing patient awareness of proper dosing and treatment adherence.

Keywords: Antibiotic use; appropriateness (rational use); chronic kidney disease (CKD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên toàn thế giới và là một trong các bệnh không lây nhiễm có sự gia tăng tỷ lệ tử vong liên quan trong hai thập kỷ qua [4]. Theo thống kê của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh cho thấy bệnh thận mạn phổ biến ở người từ 65 tuổi trở lên (38%) và khoảng 13% mắc bệnh là người Châu Á [5]. Tại Việt Nam có hơn 5 triệu người mắc bệnh thận mạn tính và tỷ lệ mắc mới hàng năm khoảng 8000 người, tỷ lệ tử vong đứng thứ 8 trong 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam [7]. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu nhằm mô tả tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân bệnh thận mạn điều trị nội trú và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc kháng sinh và xác định một số yếu tố liên quan về sử dụng thuốc trên bệnh thận mạn điều trị nội trú tại một cơ sở y tế miền nam năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc bệnh thận mạn điều trị nội trú, có sử dụng kháng sinh trong vòng 6 tháng (01-06/2025).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nội trú có sử dụng ít nhất 1 kháng sinh thuộc nhóm các kháng sinh được khuyến cáo hiệu chỉnh liều mang tính chất định lượng. Các kháng sinh được sử dụng đường toàn thân (tiêm, truyền, uống).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân điều trị kháng sinh dưới 3 ngày. Bệnh nhân đang mang thai. Người bệnh có biến chứng nặng mà không thể tham gia nghiên cứu được.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu số liệu.

Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Công cụ thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn và hồi cứu thông tin từ hồ sơ bệnh án. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Stata – 17. Giá trị p có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê mô tả sử dụng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị, tần suất, tỷ lệ phần trăm. Tìm mối

liên quan bằng phân tích hồi quy logistic.

Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Nghiên cứu Khoa học của Trường Đại học Tây Đô. Các bước thực hiện được tuân thủ theo các tiêu chí về y đức chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu của đề tài, thông tin về người bệnh được giữ kín. Đảm bảo tuyệt đối tính bí mật riêng tư của bệnh nhân và không gây ảnh hưởng đến công tác điều trị của đơn vị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm người tham gia nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,1 \pm 14,2$ tuổi, đa số bệnh nhân là người cao tuổi, trên 60 tuổi (70,43%). Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (67,83%), cao hơn nhiều so với nam giới (32,17%). Bệnh nhân mắc đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (27,83%). Các bệnh lý khác gồm suy tim (21,74%), tăng lipid máu (20%), tăng huyết áp (16,52%) và các bệnh mạn tính về phổi (13,91%). (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm người tham gia nghiên cứu (n=115)

Thông tin chung	Số lượng (n=115)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	37	32,17
Nữ	78	67,83
Nhóm tuổi		
< 40	8	6,96
40 – 59	26	22,61
≥ 60	81	70,43
Thời gian sử dụng kháng sinh	$10,8 \pm 4,40^*$	3 – 25**
Đặc điểm bệnh kèm theo		
Bệnh mạn tính ở Phổi	16	13,91
Tăng huyết áp	19	16,52
Tăng lipid máu	23	20,00
Đái tháo đường	32	27,83
Suy tim	25	21,74

* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; ** Giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất

Đặc điểm sử dụng kháng sinh. Ceftriaxon là loại kháng sinh phổ biến nhất (69,57%), tiếp theo là Vancomycin (14,78). Phần lớn bệnh nhân được điều trị trong khoảng từ 8 đến 14 ngày (55,65%). Một phần nhỏ được điều trị trong khoảng 3–7 ngày (24,35%) hoặc trên 14 ngày (20%). Có 87,83% bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh đơn độc và 95,65% bệnh nhân được điều trị theo phác đồ kinh nghiệm ban đầu. Tỷ lệ điều trị phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm thay thế thấp (3,48%) và rất ít bệnh nhân điều trị theo phác đồ định hướng vi khuẩn

(0,87%). (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh thận mạn

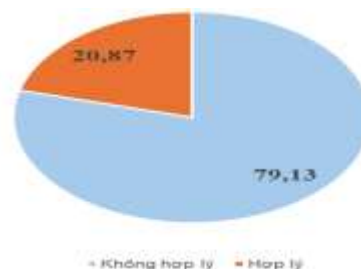
Thông tin chung	Số lượng (n=115)	Tỷ lệ (%)
Thuốc đang sử dụng		
Ceftriaxon	80	69,57
Vancomycin	17	14,78
Khác	3	0,03
Tần suất sử dụng kháng sinh		
3 – 7 ngày	28	24,35
8 – 14 ngày	64	55,65
> 14 ngày	23	20,00
Phối hợp kháng sinh		
Sử dụng kháng sinh đơn độc	101	87,83
Phối hợp 1 kháng sinh	11	9,57
Phối hợp 2 kháng sinh	3	2,61
Phác đồ kháng sinh trong liệu trình điều trị		
Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu	110	95,65
Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm thay thế	4	3,48
Phác đồ điều trị theo đích vi khuẩn	1	0,87

Tỷ lệ bệnh nhân chạy thận nhân tạo là 42,61%, trong khi 57,39% không cần chạy thận. Đa số bệnh nhân thuộc giai đoạn muộn (4 và 5) chiếm hơn 63%. Nhóm bệnh nhiễm trùng là tình trạng điều trị chính, viêm mô bào là nhiễm khuẩn phổ biến nhất (77,39%), viêm phổi hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 18,26%. (Bảng 3)

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng liên quan đến suy thận ở đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng (n=115)	Tỷ lệ (%)
Chạy thận nhân tạo		
Không	66	57,39
Có	49	42,61
Giai đoạn suy thận		
Giai đoạn 2	1	0,87
Giai đoạn 3	41	35,65
Giai đoạn 4	30	26,09
Giai đoạn 5	43	37,39
Chẩn đoán điều trị		
Viêm phổi hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	21	18,26
Viêm mô bào	89	77,39
Nhiễm khuẩn huyết	2	1,74
Nhiễm khuẩn khác	3	2,61

Hai phần ba số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo là không hợp lý chiếm 79,13%, còn lại 20,87% số bệnh nhân có hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo hợp lý. (Biểu đồ 1.1)



Biểu đồ 1. Đặc điểm hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo

Mối liên quan đến hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo

Bảng 4. Mối liên quan đa biến với hiệu chỉnh liều kháng sinh (n=115)

Hiệu chỉnh liều kháng sinh	p	OR	KTC 95%
Số lượt kê kháng sinh			
1 lượt	0,000	454,70	15,75 – 131,24
2 lượt	0,010	2207,90	6,18 – 788,30
Tần suất sử dụng kháng sinh			
8 – 14 ngày	0,032	0,04	0,00 – 0,76
Trên 14 ngày	0,141	0,03	0,00 – 2,92
Phối hợp kháng sinh			
1 kháng sinh	0,009	100,70	3,13 – 32,42
2 kháng sinh	0,153	3672,90	0,04 – 2,87

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy việc hiệu chỉnh liều kháng sinh có mối liên quan đáng kể với số lượt kê kháng sinh, tần suất sử dụng kháng sinh và phác đồ phối hợp. Cụ thể, bệnh nhân chỉ được kê 1 lượt kháng sinh có $p < 0,001$ (OR = 454,7; KTC 95%: 15,75–131,24;), trong khi nhóm 2 lượt cũng có nguy cơ cao hơn rõ rệt (OR = 2207,90; KTC 95%: 6,18–788,30; $p = 0,010$). Bên cạnh đó, nhóm sử dụng kháng sinh trong 8–14 ngày có nguy cơ hiệu chỉnh thấp hơn đáng kể so với nhóm còn lại (OR = 0,04; KTC 95%: 0,00–0,76; $p = 0,032$). Đặc biệt, phác đồ phối hợp 1 kháng sinh liên quan mạnh đến hiệu chỉnh liều (OR = 100,70; KTC 95%: 3,13–32,42; $p = 0,009$). Ngược lại, nhóm phối hợp 2 kháng sinh có OR cao nhưng khoảng tin cậy rất rộng và không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,153$). (Bảng 4)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm người tham gia nghiên cứu

Tỷ lệ người bệnh là nữ chiếm ưu thế với 67,83% và độ tuổi trẻ nhất 30 tuổi và lớn tuổi nhất 95 tuổi. Nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phản ánh thực tế rằng bệnh lý tim mạch vẫn chủ yếu tập trung ở người cao tuổi – nhóm vốn có sự lão hóa hệ tim mạch, nhiều yếu tố nguy cơ tích tụ theo thời gian, và thường đi kèm các bệnh mạn tính như tăng huyết áp,

đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

Thời gian sử dụng kháng sinh chủ yếu tập trung trong khoảng 8–14 ngày. Khoảng thời gian này được xem là phổ biến và phù hợp với nhiều phác đồ điều trị các loại nhiễm khuẩn vừa và nặng, giúp đảm bảo tiêu diệt tác nhân gây bệnh và ngăn ngừa tái phát. Các bệnh lý kèm theo phổ biến là đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất. Phản ánh đặc điểm phổ biến của quần thể bệnh nhân nội khoa lớn tuổi, nơi thường tồn tại nhiều bệnh mạn tính phối hợp, làm gia tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian điều trị và ảnh hưởng đến tiên lượng.

Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh thận mạn. Kháng sinh Ceftriaxon được ghi nhận là được sử dụng phổ biến nhất. Ceftriaxon là kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 có phổ tác dụng rộng, hiệu quả trên nhiều chủng vi khuẩn gram âm và gram dương, dễ sử dụng và có khả năng thâm sâu vào các mô, do đó rất phù hợp cho các trường hợp nhiễm khuẩn mô mềm và nhiễm khuẩn huyết. Tương đồng với nghiên cứu trên thế giới cho thấy Ceftriaxon là loại thuốc được sử dụng đầu tay [2]. Hơn một nửa số bệnh nhân nội trú không chạy thận nhân tạo. Phù hợp với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ bệnh nhân suy thận mạn ở mức trung bình và nặng trong nhóm bệnh nhân tim mạch dao động khoảng 40–60% [6]. Phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tình trạng nhiễm khuẩn chủ yếu là viêm mô bào, chiếm tỷ lệ cao lên đến 77,39%. Sự chiếm ưu thế của viêm mô bào phù hợp với đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh nền như đái tháo đường, suy tim, suy thận – những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn mô mềm. Bệnh nhân không có lượt kê kháng sinh cần hiệu chỉnh liều đa số, cho thấy đa số các đơn thuốc kháng sinh ban đầu được sử dụng đã phù hợp với tình trạng lâm sàng và kết quả xét nghiệm của bệnh nhân. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Aldardeer cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không cần điều chỉnh kháng sinh thường dao động khoảng 60-80% [1].

Đặc điểm hiệu chỉnh liều kháng sinh. Gần hai phần ba bệnh nhân được ghi nhận hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo là không hợp lý. Tỷ lệ cao bệnh nhân có hiệu chỉnh liều kháng sinh không hợp lý là một vấn đề đáng lưu ý, phản ánh những khó khăn và thách thức trong việc áp dụng chính xác các khuyến cáo về điều chỉnh liều thuốc kháng sinh, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nội trú có nhiều bệnh nền như suy thận, suy tim hoặc các bệnh mạn tính khác. Tương đồng với một nghiên cứu được công bố năm 2024 thực hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh

cho thấy tỷ lệ kê đơn kháng sinh không phù hợp vượt quá 60% ngay cả trước khi triển khai các chương trình quản lý sử dụng kháng sinh (AMS). Sau khi áp dụng AMS, tỷ lệ này giảm không đáng kể, cho thấy những rào cản nhất định trong việc thay đổi thực hành lâm sàng, như sự thiếu hụt về đào tạo, hướng dẫn không cụ thể, hoặc thiếu nhân lực chuyên trách kiểm soát sử dụng thuốc [3].

Mối liên quan giữa hiệu chỉnh liều kháng sinh theo khuyến cáo và đặc điểm người tham gia nghiên cứu. Phân tích đa biến cho thấy một số yếu tố có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng hiệu chỉnh liều kháng sinh ở bệnh nhân. Cụ thể, số lượt kê kháng sinh là yếu tố nổi bật nhất. So với nhóm tham chiếu, bệnh nhân chỉ được kê 1 lượt kháng sinh có nguy cơ phải hiệu chỉnh liều cao gấp khoảng 455 lần ($p < 0,001$), trong khi nhóm 2 lượt kê cũng tăng nguy cơ hơn 2000 lần ($p = 0,010$). Về tần suất sử dụng kháng sinh, nhóm điều trị trong khoảng 8–14 ngày có nguy cơ hiệu chỉnh liều thấp hơn rõ rệt ($OR = 0,04$; $p = 0,032$). Điều này có thể xuất phát từ việc những bệnh nhân điều trị ngắn hạn thường ít biến chứng hơn và bác sĩ có xu hướng kê liều ngay từ đầu sát với khuyến cáo, giảm nhu cầu điều chỉnh sau đó. Ngoài ra, phối hợp kháng sinh cũng có ảnh hưởng đáng kể. So với phác đồ phối hợp nhiều thuốc, bệnh nhân chỉ dùng 1 loại kháng sinh có nguy cơ hiệu chỉnh liều cao gấp hơn 100 lần ($p = 0,009$). Ngược lại, nhóm phối hợp 2 loại kháng sinh cho thấy xu hướng tăng nguy cơ. Kết quả này cho thấy việc kiểm soát số lần kê đơn có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo liều dùng phù hợp, đồng thời phản ánh rằng những phác đồ đơn giản, ít lượt kê, giúp bác sĩ dễ dàng điều chỉnh liều theo khuyến cáo hơn. Xu hướng này phù hợp với báo cáo của Roberts, khi cho thấy việc tối giản số đợt kháng sinh giúp tăng tính tuân thủ và giảm sai sót liều [8]. Tổng thể, kết quả phân tích nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc xem xét kỹ lưỡng số lượt kê và phác đồ phối hợp kháng sinh trong thực hành lâm sàng. Việc phối hợp hoặc kê nhiều đợt kháng sinh không chỉ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị mà còn làm tăng nguy cơ cần điều chỉnh liều, đặc biệt ở bệnh nhân suy giảm chức năng thận hoặc có bệnh kèm. Do đó, lâm sàng cần cân nhắc kỹ khi lựa chọn phác đồ, đảm bảo vừa đạt hiệu quả diệt khuẩn vừa hạn chế tối đa nguy cơ độc tính và gánh nặng điều chỉnh liều đặc biệt trên bệnh nhân bệnh thận mạn.

V. KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ

Trong nghiên cứu, 79,13% bệnh nhân được hiệu chỉnh liều kháng sinh không phù hợp với

khuyến cáo. Hiệu chỉnh liều đúng làm giảm nguy cơ phải chạy thận; ngược lại, càng có nhiều lượt kê cần hiệu chỉnh và dùng phác đồ phối hợp so với đơn trị thì nguy cơ càng cao. Các kiến nghị bao gồm: 1) Xây dựng quy trình chuẩn trong kê đơn và hiệu chỉnh liều kháng sinh, 2) Ưu tiên phác đồ kháng sinh đơn trị liệu, 3) Thiết lập hệ thống giám sát và tư vấn chuyên môn 4) Đào tạo và cập nhật kiến thức chuyên môn đặc biệt là cập nhật liều dùng theo đúng khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. F. Aldardeer, M. M. Alshreef, E. A. Alharbi, A. K. Aljabri, M. H. Aljawadi, T. A. Almangour, et al. (2024) "Early Versus Late Antipseudomonal β -Lactam Antibiotic Dose Adjustment in Critically Ill Sepsis Patients With Acute Kidney Injury: A Prospective Observational Cohort Study". *Open Forum Infect Dis*, 11 (3), ofae059.
2. E. Copari-Vargas, L. E. Copari-Vargas, T. L. Copari-Vargas, L. F. Domínguez-Valdez, E. Copari-Jimenez, J. G. Urquiza-Ayala (2025) "Bacteriological Profile and Antibiotic Susceptibility in Patients With Diabetic Foot Infections". *Cureus*, 17 (4), e82809.
3. J. Doshi, Y. P. Ngoc, T. T. Ma, L. T. Duong, V. T. T. Pham, V. G. Vu, et al. (2025) "The effect of antimicrobial stewardship interventions upon antimicrobial consumption and appropriateness in Vietnamese district hospitals: a cluster randomised trial". *Lancet Reg Health West Pac*, 60, 101620.
4. Kovesdy C. P. (2022) "Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022". *Kidney Int Suppl* (2011), 12 (1), 7-11.
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2023). "What is Kidney Failure?". National Institutes of Health,
6. T. T. Nguyen, T. X. Nguyen, T. T. H. Nguyen, T. N. Nguyen, H. T. T. Nguyen, H. T. T. Nguyen, et al. (2022) "Symptom Burden among Hospitalised Older Patients with Heart Failure in Hanoi, Vietnam". *Int J Environ Res Public Health*, 19 (20)
7. T. T. N. Nguyen, S. Y. Liang, C. Y. Liu, C. H. Chien (2022) "Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam". *PLoS One*, 17 (6), e0270100.
8. J. A. Roberts, M. H. Abdul-Aziz, J. Lipman, J. W. Mouton, A. A. Vinks, T. W. Felton, et al. (2014) "Individualised antibiotic dosing for patients who are critically ill: challenges and potential solutions". *Lancet Infect Dis*, 14 (6), 498-509.

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ NGHE KÉM Ở TRẺ NHỮ NHI QUA CHƯƠNG TRÌNH TẦM SOÁT HAI GIAI ĐOẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lý Xuân Quang^{1,2}, Phan Thảo Định¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Nghe kém bẩm sinh là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Việc tầm soát sớm đóng vai trò then chốt trong việc can thiệp kịp thời nhằm tối ưu hóa sự phát triển ngôn ngữ của trẻ. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ nghe kém ở trẻ nhũ nhi thông qua chương trình tầm soát thính lực hai giai đoạn bằng phương pháp đo âm ốc tai kích thích thoáng qua (Transitory evoked otoacoustic emission - TEOAE) và điện thính giác thân não tự động (Automated auditory brainstem response - AABR) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 919 trẻ nhũ nhi được sinh và tầm soát thính lực tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 09/2024 đến tháng 05/2025. Trẻ được tầm soát giai đoạn 1 bằng TEOAE. Những trường hợp có kết quả "Không đạt" sẽ được hẹn tầm soát giai đoạn 2 bằng AABR. Tỷ lệ nghe kém và tỷ lệ

hoàn tất tầm soát được phân tích bằng thống kê mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ có kết quả "Không đạt" sau tầm soát giai đoạn 1 bằng TEOAE là 5,2% (48/919). Trong số 48 trẻ này, chỉ có 18 trẻ quay lại thực hiện tầm soát giai đoạn 2 bằng AABR, đạt tỷ lệ hoàn tất là 37,5%. Sau khi đo AABR, có 7 trẻ cho kết quả "Không đạt". Tỷ lệ trẻ nghi ngờ nghe kém chung cuộc sau quy trình tầm soát hai giai đoạn là 0,8% (7/919). **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ nghi ngờ nghe kém trong nghiên cứu là 0,8%, phù hợp với các dữ liệu trong khu vực châu Á. Tuy nhiên, tỷ lệ mất theo dõi sau tầm soát giai đoạn 1 còn rất cao (62,5%), đây là một thách thức lớn cần được cải thiện để nâng cao hiệu quả của chương trình tầm soát. **Từ khóa:** nghe kém sơ sinh, tầm soát thính lực, âm ốc tai kích thích thoáng qua, điện thính giác thân não tự động.

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEARING LOSS PREVALENCE IN INFANTS THROUGH A TWO-STAGE SCREENING PROGRAM AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Background: Congenital hearing loss is a significant public health issue. Early screening plays a crucial role in timely intervention to optimize children's language development. **Objective:** To investigate the prevalence of hearing loss in infants through a two-

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025