

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN MẮC ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Đình Khải², Phạm Hồng Thắm^{1,3}, Nguyễn Hương Thảo²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc sử dụng kháng sinh điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD) không hợp lý có thể làm giảm hiệu quả, tăng thời gian và chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm đợt cấp, đặc điểm và tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh cùng các yếu tố liên quan trên bệnh nhân (BN) mắc đợt cấp COPD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của các BN mắc đợt cấp COPD, điều trị nội trú tại khoa Nội Hô hấp - Bệnh viện Nhân dân Gia Định, từ 01/01/2023 đến 30/06/2023. Dữ liệu thu thập bao gồm: đặc điểm BN, đặc điểm đợt cấp, sử dụng kháng sinh và kết quả điều trị. Tính hợp lý về sử dụng kháng sinh được đánh giá dựa trên hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế (2018) và GOLD (2023). Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định yếu tố liên quan đến việc sử dụng kháng sinh hợp lý. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 118 HSBA, phần lớn BN là nam giới (91,5%), ≥ 65 tuổi (68,6%), mắc đợt cấp COPD mức độ trung bình - nặng (69,5%). Có 86 (72,9%) BN được chỉ định sử dụng kháng sinh. Phối hợp betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon (46,5%) và đơn trị betalactam (± ức chế betalactamase) (40,7%) là các phác đồ kháng sinh được sử dụng phổ biến. Tỷ lệ hợp lý của kháng sinh ban đầu và cả quá trình điều trị lần lượt là 34,9% và 46,6%. BN mắc đợt cấp mức độ trung bình - nặng ít có khả năng được sử dụng KS hợp lý hơn so với đợt cấp mức độ nhẹ (OR = 0,311; 95% CI 0,127 - 0,763; p = 0,011). **Kết luận:** Việc sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị BN mắc đợt cấp COPD nội trú còn hạn chế. Cần có những biện pháp can thiệp phù hợp nhằm tối ưu việc sử dụng kháng sinh.

Từ khóa: kháng sinh, sử dụng kháng sinh hợp lý, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

SUMMARY

INVESTIGATION ON ANTIBIOTIC USE IN THE TREATMENT OF INPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EXACERBATION AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Introduction: Inappropriate antibiotic use in the

treatment of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation (ECOPD) may lead to treatment failures, increased hospital stays and medical costs.

Objectives: To investigate the characteristics of ECOPD, the pattern and appropriateness of antibiotics used in the treatment of ECOPD and to determine factors associated with appropriate antibiotic use.

Material and Methods: A cross-sectional study was conducted on medical records of inpatients with ECOPD at the Respiratory Department, Nhan dan Gia Dinh Hospital from 1st January to 30th June 2023. Data collected were patient and treatment characteristics, treatment outcomes.

The appropriateness of antibiotic use was evaluated using the Ministry of Health (2018) and GOLD (2023) treatment guidelines. Logistic regression was used to determine factors associated with appropriate antibiotic use, with p < 0,05. **Results:** There were 118 medical records of inpatients with ECOPD included in the study. Most of patients were male (91.5%), being ≥ 65 year-old (68.6%), with moderate to severe ECOPD (69.5%). Eighty-six patients (72.9%) received antibiotics. Betalactam (± betalactamase inhibitor) + quinolone combinations (46.5%) and betalactam (± betalactamase inhibitor) monotherapy (40.7%) were the most commonly used antibiotic regimens. The rates of appropriate initial and overall antibiotic use were 34.9% and 46.6%, respectively. Patients with moderate to severe exacerbation were less likely to receive appropriate antibiotics than those with mild exacerbation (OR = 0.311; 95% CI 0.127 - 0.763; p = 0.011). **Conclusion:** Antibiotic use in hospitalized patients with ECOPD was suboptimal. Effective interventions are needed to improve the appropriateness of antibiotic use.

Keywords: antibiotic, appropriate antibiotic use, chronic obstructive pulmonary disease exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD) là một trong ba nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, với khoảng 3,2 triệu ca mỗi năm trên toàn cầu¹. Đợt cấp COPD là biến cố nghiêm trọng trong diễn tiến của bệnh, đặc trưng bởi sự thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng về hô hấp (khó thở tăng, khạc đàm tăng và đàm mù), cần có những biện pháp điều trị phù hợp. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến đợt cấp COPD, trong đó nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm khoảng 70,0% - 80,0%². Theo Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD) năm 2023 và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Thắm

Email: hongthamndgd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của Bộ Y tế năm 2018, kháng sinh (KS) cần được chỉ định ở bệnh nhân (BN) mắc đợt cấp COPD mức độ trung bình (có đàm mủ) hay nặng (theo tiêu chuẩn Anthonisen) hoặc đang được thở máy^{2,3}. Trên thực tế, việc sử dụng KS trên đối tượng BN này còn nhiều hạn chế. Cụ thể, một nghiên cứu (NC) tại Iran (2016) cho thấy tỷ lệ BN mắc đợt cấp COPD được chỉ định KS hợp lý chiếm 84,4%⁴. NC của Nguyễn Minh Thành (2022) tại một bệnh viện ở thành phố Hồ Chí Minh - Việt Nam báo cáo tỷ lệ sử dụng hợp lý KS kinh nghiệm trong điều trị đợt cấp COPD là 78,8%⁵. Một NC khác (Phan Quang Khải, 2016) ghi nhận 42,0% BN phải thay đổi phác đồ KS điều trị ban đầu do tình trạng lâm sàng chưa cải thiện⁶. Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, đợt cấp COPD là bệnh lý phổ biến ở BN điều trị nội trú tại khoa Nội Hô hấp. Khảo sát pilot của nhóm NC ghi nhận tỷ lệ BN mắc đợt cấp COPD tại khoa được sử dụng KS hợp lý là 54,2%. Từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm đợt cấp, đặc điểm và tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh cùng các yếu tố liên quan trên bệnh nhân (BN) mắc đợt cấp COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có thiết kế cắt ngang mô tả, sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ theo thời gian nghiên cứu dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú vì đợt cấp COPD tại Khoa Nội Hô hấp – Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 01/01/2023 đến 30/06/2023. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán đợt cấp COPD. Các trường hợp bị loại trừ gồm: tự ý bỏ viện hoặc chuyển viện, thời gian điều trị < 3 ngày, phụ nữ mang thai hoặc cho con bú, mắc các bệnh kèm như ung thư, lao phổi đang điều trị, HIV/AIDS, COVID-19, nhiễm trùng không liên quan đợt cấp COPD (trừ viêm phổi, nhiễm trùng huyết), nhập viện từ lần thứ hai trở đi trong thời gian nghiên cứu hoặc thiếu dữ liệu tính CrCl.

Các biến được thu thập bao gồm: đặc điểm cá nhân (tuổi, giới, hút thuốc, bệnh kèm, CrCl), triệu chứng và kết quả cận lâm sàng khi nhập viện (X-quang/CT ngực, CRP, bạch cầu), đặc điểm đợt cấp (phân nhóm COPD, mức độ nặng theo Anthonisen, yếu tố nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa*, nhu cầu hỗ trợ thông khí) và thông tin sử dụng kháng sinh (chỉ định, phác đồ, chuyển đổi, thời gian dùng). Tính hợp lý của việc sử dụng kháng sinh được đánh giá dựa trên các hướng dẫn: Bộ Y tế (2018, 2020)^{2,7}, GOLD 2023³, IDSA 2021⁸, Dược thư Quốc gia 2022⁹ và Stanford

Antimicrobial Dosing Guide 2022¹⁰. Việc sử dụng kháng sinh được xem là hợp lý khi đáp ứng đủ tiêu chí về khởi trị, lựa chọn thuốc và liều dùng.

Dữ liệu được xử lý bằng Excel 2019 và phân tích bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tóm tắt đặc điểm mẫu. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh hợp lý; các biến độc lập được kiểm tra đa cộng tuyến (loại khỏi mô hình khi VIF > 2). Mô hình được đánh giá bằng kiểm định Hosmer–Lemeshow và $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Đại học Y Dược TP.HCM phê duyệt theo giấy nhận số 1071/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Chúng tôi thu thập được 118 HSBA thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ, các đặc điểm chung của mẫu NC được trình bày cụ thể ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (N=118)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	69 (63 - 75)	
Nhóm tuổi	<65 tuổi	37	31,4
	≥ 65 tuổi	81	68,6
Giới tính	Nam	108	91,5
	Nữ	10	8,5
CrCl (mL/phút)	<50	52	44,1
	≥ 50	66	55,9
Hút thuốc lá	Đang hút	60	50,8
	Đã từng hút	27	22,9
	Không hút	19	16,1
	Không có thông tin	12	10,2
Số bệnh kèm	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	3 (2 - 4)	
	0	4	3,4
	1	25	21,2
	2	23	19,6
	3	22	18,6
	>3	44	37,2
Loại bệnh kèm	Tăng huyết áp	75	63,6
	Viêm phổi	21	17,8
	Đái tháo đường	19	16,1

Chú thích: Một BN có thể có nhiều bệnh kèm khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ % các loại bệnh kèm sẽ lớn hơn 100,0%

3.2. Đặc điểm đợt cấp COPD. Hầu hết BN khi nhập viện có các triệu chứng chính của đợt cấp COPD: khó thở tăng (99,2%), khạc đàm tăng (43,2%) và đàm chuyển thành đàm mủ (50,0%). Các triệu chứng khác như nặng ngực,

rối loạn tri giác không gặp nhiều (5,9% và 1,7%). Phần lớn BN (81/90) có kết quả bất thường khi chụp X - quang phổi hoặc CT ngực. Gần một nửa BN có CRP ≥ 20 mg/L (47,7%) và bạch cầu > 10 K/ μ L (55,9%). Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày cụ thể tại Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện (N=118)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Đặc điểm lâm sàng			
Khó thở tăng	117	99,2	
Khạc đàm tăng	51	43,2	
Đàm chuyển thành đàm mủ	59	50,0	
Ho tăng	46	39,0	
Sốt	20	16,9	
Nặng ngực	7	5,9	
Tăng khô khè	14	11,9	
Rối loạn tri giác	2	1,7	
Đặc điểm cận lâm sàng			
Kết quả X - quang phổi hoặc CT ngực (n=90)	Không bất thường	9	10,0
	Có bất thường	81	90,0
CRP (mg/L) (n=111)	<20	58	52,3
	≥20	53	47,7
Bạch cầu (K/ μ L)	<4	2	1,7
	4-10	50	42,4
	>10	66	55,9

Chú thích: Một BN có thể có nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ % các triệu chứng lâm sàng sẽ lớn hơn 100,0%.

Phần lớn BN (94,9%) có phân nhóm COPD là nhóm E. BN nhập viện chủ yếu mắc đợt cấp mức độ trung bình - nặng (69,5%). Đa số BN (72,0%) có YTNC nhiễm P. aeruginosa. Trong quá trình điều trị, 72/118 (61,0%) BN được hỗ trợ thông khí, với 20 BN phải thở máy. Phần lớn BN (96,6%) có cải thiện sau quá trình điều trị với thời gian nằm viện trung vị là 5 (4 - 7) ngày. Chi tiết được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm đợt cấp COPD, hỗ trợ thông khí (N=118)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Phân nhóm COPD	Nhóm B	6	5,1
	Nhóm E	112	94,9
Mức độ nặng đợt cấp theo phân loại Anthonisen	Nhẹ	36	30,5
	Trung bình	55	46,6
	Nặng	27	22,9
YTNC nhiễm P.aeruginosa¹	Không	33	28,0
	Có	85	72,0
Hỗ trợ thông	Thở oxy qua	66	91,7

khí (n=72)²	cannula hoặc mask		
	Thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn	20	27,8

Chú thích:(1) YTNC nhiễm P. aeruginosa bao gồm: có bằng chứng COPD nặng (FEV1 < 50%) ở 40 BN (33,9%); phân lập được P. aeruginosa trong đàm từ lần khám hay đợt điều trị trước ở 4 BN (3,4%); có giãn phế quản kèm theo ở 36 BN (30,5%); dùng KS thường xuyên hoặc dùng kháng sinh phổ rộng trong 3 tháng gần đây ở 24 BN (20,3%); nhập viện thường xuyên (≥ 2 lần trong 90 ngày qua) ở 39 BN (33,1%).

(2) Một BN có thể có nhiều liệu pháp hỗ trợ thông khí khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ % các liệu pháp hỗ trợ thông khí sẽ lớn hơn 100,0%.

3.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh. Có 86/118 BN được chỉ định KS (72,9%). Trong toàn bộ quá trình điều trị, phối hợp 2 KS betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon được chỉ định nhiều nhất (46,5%), tiếp theo là đơn trị với betalactam (± ức chế betalactamase) ở 40,7% BN. Các KS được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (44,2%), ceftazidim (32,6%) và piperacillin/tazobactam (31,4%). Thời gian sử dụng KS trung vị là 5 (4 - 7) ngày. Chi tiết được trình bày tại Bảng 4 và Bảng 5.

Bảng 4. Đặc điểm sử dụng kháng sinh (N=118)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Chỉ định KS	Không	32	27,1
	Có	86	72,9
Chuyển đổi KS (n=86)	Không chuyển	62	72,1
	1 lần	17	19,8
	> 1 lần	7	8,1
Phác đồ kháng sinh sử dụng (n=86)			
Đơn trị	Betalactam (± ức chế betalactamase)	35	40,7
	Quinolon	7	8,1
Phối hợp 2 KS	Betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon	40	46,5
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + macrolid	12	14,0
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + aminoglycosid	6	7,0
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + polymyxin	1	1,2
	Quinolon + glycopeptid	1	1,2
Phối hợp 3 KS	Betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon + glycopeptid	3	3,5
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + aminoglycosid + glycopeptid	2	2,3

	Betalactam (± ức chế betalactamase) + polymyxin + ampicillin/sulbactam	1	1,2
Thời gian sử dụng KS (ngày)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	5 (4 - 7)	

Chú thích: Một BN có thể được chỉ định nhiều phác đồ KS. Do đó tổng tỷ lệ % phác đồ KS sử dụng sẽ lớn hơn 100,0%.

Bảng 5. Các kháng sinh sử dụng (N=86)

Nhóm kháng sinh	Loại kháng sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Penicillin	Piperacillin/tazobactam	27	31,4
	Amoxicillin/acid clavulanic	14	16,3
	Ampicillin/sulbactam	1	1,2
Cephalosporin	Ceftazidim	28	32,6
	Ceftriaxon	15	17,4
	Cefoperazon	2	2,3
Carbapenem	Imipenem/cilastatin	5	5,8
	Meropenem	4	4,7
Fluoroquinolon	Levofloxacin	38	44,2
	Ciprofloxacin	12	14,0
	Moxifloxacin	2	2,3
Macrolid	Clarithromycin	12	14,0
	Azithromycin	1	1,2
Aminoglycosid	Amikacin	6	7,0
Glycopeptid	Vancomycin	4	4,7
Polymyxin	Colistin	2	2,3

Chú thích: Một BN có thể được chỉ định nhiều KS. Do đó tổng tỷ lệ % KS sử dụng sẽ lớn hơn 100,0%.

3.4. Tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh và các yếu tố liên quan. Trong số 32 BN không có chỉ định sử dụng KS, 25 BN được đánh giá là hợp lý. Đối với 86 BN có chỉ định sử dụng KS, 70 BN (81,4%) được đánh giá là hợp lý về khởi trị. Đối với KS ban đầu, tỷ lệ BN được đánh giá hợp lý về lựa chọn thuốc và liều dùng lần lượt là 50,0% và 34,9%. Trong toàn bộ quá trình sử dụng KS, 30/86 BN (34,9%) được đánh giá là hợp lý chung. Như vậy, chúng tôi ghi nhận 55/118 BN (46,6%) được sử dụng KS hợp lý (Bảng 6).

Bảng 6. Tính hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh (N=118)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không chỉ định kháng sinh (n=32)		
Hợp lý	25	78,1
Có chỉ định kháng sinh (n=86)		
Kháng sinh ban đầu		

Hợp lý về khởi trị	70	81,4
Hợp lý về lựa chọn thuốc	43	50,0
Hợp lý về liều dùng	30	34,9
Hợp lý chung	30	34,9
Kháng sinh trong toàn bộ quá trình điều trị		
Hợp lý về khởi trị	70	81,4
Hợp lý về lựa chọn thuốc	43	50,0
Hợp lý về liều dùng	30	34,9
Hợp lý chung	30	34,9
Hợp lý trong việc sử dụng kháng sinh (N=118)	55	46,6

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến được trình bày ở Bảng 7. Các biến độc lập không có hiện tượng đa cộng tuyến (tất cả VIF < 2) và mô hình có sự phù hợp (kiểm định Hosmer - Lemeshow với p = 0,199). NC ghi nhận có sự liên quan giữa mức độ nặng đợt cấp COPD với việc sử dụng KS hợp lý. BN mắc đợt cấp mức độ trung bình - nặng ít có khả năng được sử dụng KS hợp lý hơn so với đợt cấp mức độ nhẹ (OR = 0,311; 95% CI 0,127 - 0,763; p = 0,011) (Bảng 7).

Bảng 7. Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	p
Nhóm tuổi BN <65 tuổi/≥65 tuổi	0,655	0,270-1,589	0,349
Số lượng bệnh kèm <3 bệnh/≥3 bệnh	1,629	0,720-3,685	0,242
CrCl (mL/phút) ≥ 50/< 50	0,464	0,198-1,088	0,077
YTNC nhiễm P. aeruginosa không/có	0,850	0,338-2,142	0,731
Mức độ nặng của đợt cấp COPD nhẹ/trung bình - nặng	0,311	0,127-0,763	0,011
Viêm phổi có/không	1,184	0,419-3,348	0,750
Hỗ trợ thông khí có/không	0,680	0,290-1,595	0,375

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tuổi trung vị 69 (63–75), đa số bệnh nhân ≥ 65 tuổi (68,6%) và nam giới (91,5%), phù hợp xu hướng dịch tễ COPD, bệnh tăng theo tuổi và phổ biến hơn ở nam^{4,6}. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá đạt 73,7%, củng cố vai trò của hút thuốc như yếu tố nguy cơ chính. Hầu hết bệnh nhân có ít nhất một bệnh đi kèm (96,6%), phổ biến nhất là tăng huyết áp. Tỷ lệ viêm phổi là 17,8%, nằm trong khoảng dao động của các nghiên cứu trong nước^{5,6}. Gần một nửa bệnh nhân (44,1%) có CrCl < 50 mL/phút, phản ánh đặc điểm tuổi cao, nhiều bệnh nền và gợi ý nhu

cầu hiệu chỉnh liều kháng sinh như levofloxacin, ceftazidim khi chỉ định.

Về đặc điểm đợt cấp COPD, triệu chứng thường gặp nhất là khó thở tăng (99,2%), tiếp đến là đàm mủ (50%) và khạc đàm tăng (43,2%), phù hợp tiêu chuẩn Anthonisen trong đánh giá mức độ đợt cấp^{2,3}. Trong số 90 bệnh nhân được chụp X-quang/CT ngực, 90% có bất thường như khí phế thũng, giãn phế quản hoặc tổn thương mô kẽ. Số lượng bạch cầu tăng gặp ở 55,9% bệnh nhân, còn CRP \geq 20 mg/L chiếm 47,7%, thấp hơn một số nghiên cứu khác nhưng vẫn phù hợp vai trò CRP trong đánh giá mức độ nặng. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm E (94,9%), đợt cấp mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là nhẹ và nặng. Tỷ lệ có yếu tố nguy cơ nhiễm *P. aeruginosa* đạt 72%. Có 61% bệnh nhân cần hỗ trợ thông khí, chủ yếu oxy qua cannula/mask; 27,8% phải thở máy.

Trong việc sử dụng kháng sinh, 72,9% bệnh nhân được chỉ định, tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế và trong nước^{5,6}. Các phác đồ phổ biến nhất là đơn trị beta-lactam hoặc phối hợp beta-lactam + quinolon. Đáng chú ý, các kháng sinh phổ trên *P. aeruginosa* như ceftazidim và piperacillin/tazobactam được dùng khá nhiều. Khoảng 28% bệnh nhân phải đổi kháng sinh, chủ yếu do đáp ứng kém hoặc kết quả vi sinh, tương tự xu hướng ở các nghiên cứu trước.

Đánh giá tính hợp lý cho thấy 25/32 trường hợp không dùng kháng sinh là phù hợp; nhóm còn lại chưa tuân thủ hướng dẫn của GOLD 2023 và Bộ Y tế 2018. Trong nhóm được dùng kháng sinh, 81,4% khởi trị hợp lý. Các trường hợp không hợp lý thường do chỉ định ở đợt cấp mức độ trung bình không có đàm mủ hoặc lựa chọn chưa phù hợp phổ tác nhân. Về liều, hiệu chỉnh theo chức năng thận chưa được triển khai thường quy, đặc biệt ở levofloxacin và ceftazidim. Tính chung toàn bộ quá trình điều trị, 46,6% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh hợp lý. Mức độ nặng đợt cấp liên quan có ý nghĩa đến khả năng sử dụng kháng sinh hợp lý, cho thấy việc phân tầng chính xác và đánh giá nguy cơ là yếu tố quan trọng.

Nghiên cứu cung cấp dữ liệu có giá trị về thực trạng sử dụng kháng sinh trong đợt cấp COPD nội trú, dù còn hạn chế do thiết kế đơn trung tâm. Từ kết quả tiếp tục củng cố, nhấn mạnh nhu cầu tuân thủ chặt chẽ hướng dẫn và tăng cường phối hợp giữa bác sĩ điều trị – dược sĩ lâm sàng nhằm tối ưu hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn BN mắc đợt cấp COPD nhập viện

với mức độ trung bình - nặng và có các triệu chứng lâm sàng điển hình. Nam giới, tuổi cao, hút thuốc lá, có bệnh mắc kèm là đặc điểm thường gặp ở các BN này. Việc sử dụng KS hợp lý còn hạn chế. BN mắc đợt cấp mức độ trung bình - nặng ít có khả năng được sử dụng KS hợp lý hơn so với đợt cấp mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mathers CD, Loncar D.** Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006 Nov;3(11):e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442. PMID: 17132052; PMCID: PMC1664601.
2. **Bộ Y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Ban hành kèm theo Quyết định số 3874/QĐ-BYT ngày 26/06/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2018.
3. **The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Program.** (2023). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. <https://goldcopd.org>.
4. **Masoompour SM, Mohammadi A, Mahdavi azad H.** Adherence to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease guidelines for management of COPD: a hospital-base study. *Clin Respir J.* 2016 May;10(3):298-302. doi: 10.1111/crj.12215. Epub 2014 Nov 3. PMID: 25308344.
5. **Nguyễn Minh Thành, Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Trúc Y Nhi, Bùi Thị Hương Quỳnh.** Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý kháng sinh và hoạt động dược lâm sàng trong việc sử dụng hợp lý kháng sinh điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD. *Tạp chí Y học Việt Nam,* 2022;510(2): 50-56. <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2226>.
6. **Phan Quang Khải, Đặng Nguyễn Đoàn Trang.** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 2016;20(2):183-187.
7. **Bộ Y tế,** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn (Ban hành kèm Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20/11/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2020.
8. **Tamma PD, Aitken SL, Bonomo RA, Mathers AJ, van Duin D, Clancy CJ.** Infectious Diseases Society of America Guidance on the Treatment of AmpC β -Lactamase-Producing Enterobacterales, Carbapenem-Resistant *Acinetobacter baumannii*, and *Stenotrophomonas maltophilia* Infections. *Clin Infect Dis.* 2022 Jul 6;74(12):2089-2114. doi: 10.1093/cid/ciab1013. PMID: 34864936.
9. **Bộ Y tế,** Dược thư Quốc gia Việt Nam, xuất bản lần thứ ba (Ban hành kèm theo Quyết định số 3445/QĐ-BYT ngày 23/12/2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế), 2022.
10. **Stanford Medicine.** Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide 2022. Accessed October 15th, 2023. <https://med.stanford.edu/content/dam/sm/bugsanddrugs/documents/antimicrobial-dosing-protocols/SHC%20Antimicrobial%20Dosing%20Guide.pdf>.

KIỆT SỨC NGHỀ NGHIỆP Ở ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Hồng Thu¹, Vũ Anh Kiệt², Lê Văn Tâm², Phạm Thu Thảo²,
Hoàng Thị Ngọc Bông², Nguyễn Thị Ngọc Phượng², Nguyễn Phương Lan³,
Huỳnh Minh Thùy², Trương Đăng Thụy⁴

TÓM TẮT

Bối cảnh: Kiệt sức nghề nghiệp trong số nhân viên y tế ngày càng được công nhận là mối quan tâm đáng kể ở Việt Nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu hạn chế tập trung cụ thể vào điều dưỡng viên, những người đóng vai trò trung tâm trong việc chăm sóc bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ kiệt sức nghề nghiệp ở điều dưỡng tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định và xác định các yếu tố liên quan, với mục tiêu cung cấp thông tin cho các chiến lược phòng ngừa và can thiệp. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu cắt ngang mô tả với sự tham gia của 300 điều dưỡng có ít nhất một năm kinh nghiệm làm việc tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 5 đến tháng 11 năm 2023. Kiệt sức nghề nghiệp được đánh giá bằng cách sử dụng thang đo Maslach Burnout Inventory - Khảo sát dịch vụ nhân sự (MBI-HSS), đánh giá ba chiều: kiệt sức về mặt cảm xúc (EE), thái độ giao tiếp (DP) và giảm thành tích cá nhân (PA), được phân loại thành các mức độ thấp, trung bình và cao. Một mô hình hồi quy logistic phân cấp đã được sử dụng để phân tích các yếu tố liên quan đến kiệt sức. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ chung của tình trạng kiệt sức nghề nghiệp (với ít nhất một chiều ở mức cao) là 75,67%. Cụ thể, các mức độ kiệt sức cao về khía cạnh cảm xúc được tìm thấy ở 42% số người tham gia, khía cạnh thái độ giao tiếp là 22,67% và giảm thành tích cá nhân là 50%. Các yếu tố liên quan đáng kể bao gồm tình trạng hôn nhân, số con, giờ làm việc, trực đêm, làm thêm giờ, số năm công tác, nỗi sợ bạo lực tại nơi làm việc và trải nghiệm về bạo lực tại nơi làm việc. **Kết luận:** Kiệt sức nghề nghiệp ở các điều dưỡng rất phổ biến và rất cần được quan tâm. Lãnh đạo viên nên thực hiện các biện pháp can thiệp có mục tiêu nhằm giảm tình trạng kiệt sức và hỗ trợ sức khỏe của nhân viên điều dưỡng, qua đó cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

Từ khóa: kiệt sức nghề nghiệp, điều dưỡng

SUMMARY

OCCUPATIONAL BURNOUT IN NURSES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

³Trường Phổ thông Năng khiếu-Đại học Quốc gia TP.HCM

⁴Đại học Kinh tế Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: ThS. Vũ Anh Kiệt

Email: kietva@bvndgiadinh.org.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025

Background: Occupational burnout among healthcare workers is increasingly recognized as a significant concern in Vietnam. However, limited research has focused specifically on nurses, who play a central role in patient care. **Objectives:** This study aimed to determine the prevalence of occupational burnout among nurses at Nhan Dan Gia Dinh Hospital and to identify associated factors, with the goal of informing strategies for prevention and intervention. **Methods:** We conducted a descriptive cross-sectional study involving 300 nurses with at least one year of work experience at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from May to November 2023. Occupational burnout was assessed using the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), which evaluates three dimensions: emotional exhaustion (EE), depersonalization (DP), and reduced personal accomplishment (PA), categorized into low, moderate, and high levels. A hierarchical logistic regression model was used to analyze factors associated with burnout. **Results:** The overall prevalence of occupational burnout (with at least one dimension at a high level) was 75.67%. Specifically, high emotional exhaustion was found in 42% of participants, high depersonalization in 22.67%, and high reduced personal accomplishment in 50%. Significant associated factors included marital status, number of children, working hours, night shifts, overtime work, years of service, fear of workplace violence, and experiences of workplace violence. **Conclusion:** Occupational burnout among nurses is highly prevalent and warrants urgent attention. Hospital leaders should implement targeted interventions to reduce burnout and support the well-being of nursing staff, thereby improving the quality of patient care.

Keywords: Occupational burnout, Nurses, Nhan Dan Gia Dinh Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiệt sức nghề nghiệp (KSNN) được mô tả là một hội chứng căng thẳng kéo dài liên quan đến công việc dẫn đến việc kiệt sức, sa sút nhân cách và giảm hiệu quả công việc dẫn đến không chỉ các ảnh hưởng về mặt cuộc sống, công việc mà còn ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của người bị như là mệt mỏi, lo âu, mất ngủ và trầm cảm⁷. KSNN làm giảm sức khỏe tinh thần, gây mất tập trung là hiểm họa nơi làm việc, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng chăm sóc người bệnh. Nhiều nghiên cứu đã cho rằng KSNN trên nhân viên y tế dẫn đến sai sót y khoa⁸, làm tăng tỉ lệ khiếu nại ở người bệnh và tỉ lệ tử vong cao hơn ở người bệnh⁹.