

# PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH CARBAPENEM TRONG ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM KHUẨN TIÊU HÓA TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH GIAI ĐOẠN 2025-2026

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tối ưu hóa việc sử dụng carbapenem là yếu tố then chốt nhằm hạn chế sự phát triển và lây lan của các chủng vi khuẩn đa kháng.

**Mục tiêu:** Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh carbapenem trong điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp giai đoạn 2025-2026.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 54 bệnh án của bệnh nhân nhiễm khuẩn tiêu hóa được chỉ định kháng sinh carbapenem trong thời gian điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp từ 01/01/2025 đến 01/04/2026.

**Kết quả:** Trung vị tuổi của đối tượng nghiên cứu là 66,5, nam giới chiếm 63% và 57,4% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý nền. Các nhiễm khuẩn bao gồm: nhiễm khuẩn ổ bụng (46,3%), viêm túi mật cấp (40,7%) và áp xe rò hậu môn (13%). Trong số 39 bệnh nhân được lấy mẫu nuôi cấy vi sinh, có 24 mẫu (61,5%) cho kết quả dương tính. *Escherichia coli* là tác nhân phổ biến nhất, chiếm 83,3% và tỷ lệ sinh men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) là 60%. Tỷ lệ phác đồ chứa carbapenem trong điều trị ban đầu và điều trị thay thế lần lượt là 57,4% và 100%. Phác đồ chứa carbapenem được sử dụng dưới dạng phối hợp chiếm 83,9%, chủ yếu là meropenem phối hợp với metronidazol (95,7%). Tỷ lệ chỉ định carbapenem kinh nghiệm phù hợp là 28,0%. Tất cả bệnh nhân đều được duy trì carbapenem cho đến khi ra viện, bất kể có hay không có kết quả kháng sinh đồ. 100% bệnh nhân được chỉ định liều carbapenem phù hợp với chức năng thận.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy  
Email: thuynt38@tamanhhospital.vn  
Ngày nhận bài: 7/6/2026  
Ngày phản biện khoa học: 16/7/2026  
Ngày duyệt bài: 6/8/2026

Nguyễn Thị Thủy<sup>1</sup>, Nông Thị Thanh Phương<sup>1</sup>

**Kết luận:** Cần chú trọng đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng và tăng cường vai trò của dược lâm sàng nhằm tối ưu hóa chỉ định carbapenem, đồng thời hạn chế các phối hợp kháng sinh không cần thiết.

**Từ khóa:** Carbapenem, nhiễm khuẩn tiêu hóa

## SUMMARY

### CURRENT SITUATION ANALYSIS OF CARBAPENEM USAGE IN TREATMENT OF GASTROINTESTINAL INFECTIONS AT GENERAL SURGERY DEPARTMENT - TAM ANH GENERAL HOSPITAL

**Background:** Optimizing the rational use of carbapenems is a key factor in limiting the emergence and spread of multidrug-resistant bacterial strains.

**Objectives:** To analyze the current status of carbapenem use in the treatment of gastrointestinal infections at General Surgery Department during the 2025-2026 period.

**Methods:** A retrospective, descriptive cross-sectional study was conducted on 54 patients with gastrointestinal infections who were prescribed carbapenems at General Surgery Department from 01/01/2025-01/04/2026.

**Results:** The median age of patients was 66.5 years, with males accounting for 63%, and 57.4% of patients had at least one comorbidity. The diagnosed infections included intra-abdominal infections (46.3%), acute cholecystitis (40.7%), and anorectal abscesses/fistulas (13%). microbiological cultures were obtained from 39 patients, of which 24 (61.5%) yielded positive results. *Escherichia coli* was the most production prevalent pathogen (83.3%), with 60% demonstrating extended-spectrum beta-lactamase (ESBL). The utilization rates of carbapenem-containing regimens in initial and subsequent therapies were 57.4% and

100%, respectively. Combination therapy represented 83.9% of carbapenem use, predominantly involving meropenem in combination with metronidazole (95.7%). The rate of appropriate empirical carbapenem prescribing, based on the risk of multidrug-resistant (MDR) bacterial infection, was 28.0%. All patients continued carbapenem therapy until discharge, regardless of antimicrobial susceptibility test results. However, dose adjustments based on renal function were appropriate in 100% of cases.

**Conclusions:** Prioritizing the assessment of multidrug-resistant infection risks and enhancing the role of clinical pharmacy are essential to optimize carbapenem prescriptions and limit unnecessary antibiotic combinations.

**Keywords:** Carbapenem, gastrointestinal infections

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Carbapenem là nhóm kháng sinh betalactam phổ rộng, là kháng sinh cần ưu tiên quản lý nhóm 1, do đó thường được chỉ định trong điều trị các nhiễm khuẩn nặng và nhiễm khuẩn gây ra bởi vi khuẩn đa kháng [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc ngày càng gia tăng, dẫn đến thách thức lớn trong việc điều trị. Tại Việt Nam, tỷ lệ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* kháng carbapenem năm 2020 lần lượt là 10%, 50%, 87,8% và 45,3% [2].

Theo báo cáo phân tích tình hình sử dụng kháng sinh nội trú năm 2025 toàn viện, khoa Ngoại tổng hợp có tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao nhất, chiếm 17,8% tổng liều DDD. Với mong muốn có cái nhìn tổng quát về tình hình sử dụng kháng sinh carbapenem tại khoa, chúng tôi thực hiện đề tài “Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh Carbapenem trong điều trị một số bệnh nhiễm khuẩn tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Tâm

Anh giai đoạn 2025 – 2026”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị tại khoa Ngoại tổng hợp từ 01/01/2025-01/04/2026, thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu: có chẩn đoán nhiễm khuẩn ổ bụng, viêm túi mật hoặc áp xe rò hậu môn và được chỉ định carbapenem trong thời gian điều trị tại khoa. Hồ sơ bệnh án không tiếp cận được, bệnh nhân được chỉ định carbapenem trước thời điểm nhập khoa bị loại khỏi nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Chỉ tiêu nghiên cứu:** đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm vi sinh, đặc điểm sử dụng kháng sinh carbapenem, tính phù hợp về chỉ định, liều dùng và cách dùng của phác đồ kháng sinh chứa carbapenem.

**Quy ước nghiên cứu:**

**Độ thanh thải creatinin:** tính theo công thức Cockcroft – Gault.

$$\text{Độ thanh thải creatinin (Clcr)} = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times \text{trọng lượng cơ thể (kg)}}{\text{Creatinin huyết thanh } (\mu\text{mol/L}) \times 0,815} \times 0,85 (\text{nữ})$$

**Nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng:** dựa theo phân loại của Hội Hồi Sức Cấp Cứu và Chống Độc Việt Nam 2020 [4].

**Tính phù hợp của phác đồ chứa carbapenem:**

- Phù hợp về chỉ định: theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh – Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh ban hành nội bộ vào tháng 04/2026. Nguyên tắc chung trong lựa chọn phác đồ kháng sinh kinh nghiệm cho viêm túi mật cấp, nhiễm khuẩn ổ

bụng và áp xe rò hậu môn chủ yếu dựa vào mức độ nặng của bệnh và nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng. Đối với nhiễm khuẩn mức độ nhẹ hoặc trung bình và không có nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng, lựa chọn đầu tay là cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4 phối hợp với metronidazol để mở rộng phổ trên vi khuẩn kỵ khí. Trường hợp cần mở rộng phổ trên vi khuẩn sinh ESBL hoặc *Pseudomonas*, piperacillin/tazobactam, ceftazidim hoặc kháng sinh carbapenem được ưu tiên lựa chọn [3].

- Phù hợp về liều dùng: liều dùng cho từng chỉ định nhiễm khuẩn và liều hiệu chỉnh theo chức năng thận tuân theo **Hướng dẫn sử dụng kháng sinh** của bệnh viện và tờ thông tin sản phẩm lưu hành tại Việt Nam.

- Phù hợp về cách dùng: theo tờ thông tin sản phẩm được Cục quản lý Dược - Bộ Y tế Việt Nam phê duyệt lưu hành.

### Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 25 và Microsoft Excel 2021.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Có 54 bệnh án của các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Ngoại tổng hợp thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm chung của bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1.

Trung vị tuổi của bệnh nhân được ghi nhận là 66,5 tuổi, trong đó 63% là nam giới và có 57,4% bệnh nhân có ít nhất một bệnh mắc kèm. Nhiễm khuẩn ổ bụng và viêm túi mật cấp là hai loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất, lần lượt là 46,3% và 40,7%. Trong mẫu nghiên cứu, 72,2% bệnh nhân có nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng ở mức độ trung bình đến cao, với

nhóm bệnh nhân nguy cơ cao chiếm 24,1%. Đa số bệnh nhân có mức lọc cầu thận ban đầu trên 50 ml/phút. Trung vị thời gian nằm viện được ghi nhận là 8 ngày, với 100% bệnh nhân ra viện trong tình trạng khỏi/đỡ.

*Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu*

| Đặc điểm                                         |                           | Kết quả (N=54)      |
|--------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|
| Giới tính                                        | Nam, n (%)                | 34 (63,0)           |
| Tuổi, trung vị [tứ phân vị]                      |                           | 66,5<br>[45,8-76,0] |
| Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mắc kèm, n (%)           |                           | 31 (57,4)           |
| Vị trí nhiễm khuẩn                               | Áp xe rò hậu môn, n (%)   | 7 (13,0)            |
|                                                  | Nhiễm khuẩn ổ bụng, n (%) | 25 (46,3)           |
|                                                  | Viêm túi mật cấp, n (%)   | 22 (40,7)           |
| Yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng           | Nguy cơ thấp, n (%)       | 15 (27,8)           |
|                                                  | Nguy cơ trung bình, n (%) | 26 (48,1)           |
|                                                  | Nguy cơ cao, n (%)        | 13 (24,1)           |
| Chức năng thận ban đầu (ml/phút)                 | Clcr > 50, n (%)          | 47 (87,0)           |
|                                                  | Clcr 26-50, n (%)         | 6 (11,1)            |
|                                                  | Clcr 10-25, n (%)         | 1 (1,9)             |
| Thời gian nằm viện (ngày), trung vị [tứ phân vị] |                           | 8 [6-9]             |
| Kết quả ra viện                                  | Khỏi/đỡ, n (%)            | 54 (100)            |

### 3.2. Đặc điểm vi sinh

Tỷ lệ bệnh nhân được lấy mẫu nuôi cấy vi khuẩn chiếm 72,2%, trong đó có 61,5% mẫu cho kết quả dương tính. *E.coli* là vi khuẩn phân lập được nhiều nhất, chiếm 83,3% mẫu cấy dương tính, trong đó, 60% loài sinh ESBL (Bảng 2). Các chủng gram âm và gram dương

còn lại phân lập được đều là các chủng còn nhạy cảm nhiều kháng sinh, không sinh men kháng thuốc thường gặp.

*Bảng 2. Đặc điểm vi sinh trong mẫu nghiên cứu*

| Đặc điểm                                            | Kết quả, n (%) |
|-----------------------------------------------------|----------------|
| Tỷ lệ bệnh nhân được lấy mẫu nuôi cấy vi sinh, N=54 | 39 (72,2)      |
| Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính, N=39 | 24 (61,5)      |
| Phân bố các vi khuẩn phân lập được, N=24            |                |
| <i>E.coli</i>                                       | 20 (83,3)      |
| + <i>E.coli</i> không sinh ESBL                     | 8 (40,0)       |
| + <i>E.coli</i> sinh ESBL                           | 12 (60,0)      |
| <i>Streptococcus</i>                                | 2 (8,3)        |
| <i>Proteus</i>                                      | 2 (8,3)        |
| <i>K. pneumoniae</i>                                | 1 (4,2)        |
| <i>Enterococcus</i>                                 | 1 (4,2)        |

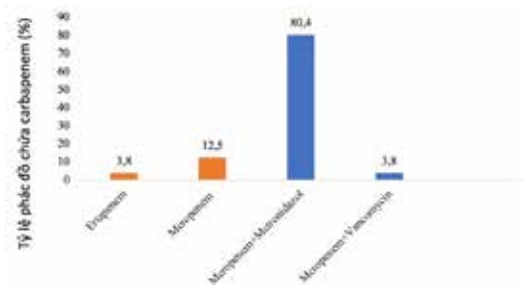
### 3.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

Nghiên cứu ghi nhận 79 lượt chỉ định kháng sinh trên 54 bệnh nhân trong thời gian điều trị nội trú tại khoa Ngoại tổng hợp. Trong số 54 phác đồ kháng sinh ban đầu được sử dụng, tỷ lệ phác đồ chứa carbapenem là 57,4%. Tất cả phác đồ kháng sinh thay thế được lựa chọn đều là phác đồ chứa carbapenem (Bảng 3). Đặc điểm phác đồ chứa carbapenem được mô tả trong Hình 1.

*Bảng 3. Đặc điểm phác đồ kháng sinh*

| Đặc điểm                          | Kết quả (N=79) |
|-----------------------------------|----------------|
| Phác đồ kháng sinh ban đầu, n (%) | 54 (68,4)      |
| Ceftriaxon                        | 1 (1,9)        |
| Ceftriaxon + Metronidazol         | 19 (35,2)      |
| Ceftazidim + Metronidazol         | 1 (1,9)        |
| Ciprofloxacin + Metronidazol      | 1 (1,9)        |
| Amikacin + Metronidazol           | 1 (1,9)        |
| Meropenem                         | 1 (1,9)        |
| Meropenem + Metronidazol          | 30 (55,6)      |

| Đặc điểm                                 | Kết quả (N=79) |
|------------------------------------------|----------------|
| Phác đồ kháng sinh thay thế, n (%)       | 25 (31,6)      |
| Phác đồ thay thế theo kinh nghiệm        | 21 (84,0)      |
| Ertapenem                                | 1              |
| Meropenem                                | 5              |
| Meropenem + Metronidazol                 | 13             |
| Meropenem + Vancomycin                   | 2              |
| Phác đồ thay thế theo bằng chứng vi sinh | 4 (16,0)       |
| Ertapenem                                | 1              |
| Meropenem                                | 1              |
| Meropenem + Metronidazol                 | 2              |



*Hình 1. Phân bố các phác đồ chứa carbapenem (N=56)*

*Nhận xét:* Trong 56 phác đồ kháng sinh chứa carbapenem được sử dụng, phác đồ phối hợp chiếm tỷ lệ cao (83,9%), trong đó meropenem phối hợp với metronidazol là phác đồ phổ biến nhất, chiếm 95,7%. Phác đồ meropenem phối hợp với vancomycin chiếm một tỷ lệ nhỏ, là phác đồ thay thế lần thứ 2 sau khi bệnh nhân không đáp ứng với phác đồ meropenem phối hợp metronidazol.

*Bảng 4. Tính phù hợp về chỉ định của phác đồ kinh nghiệm chứa carbapenem*

| Loại nhiễm khuẩn                                   | Tỷ lệ phù hợp về chỉ định, n (%) |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|
| Áp xe rò hậu môn (N=5)                             | 3 (60,0)                         |
| Nhiễm khuẩn ổ bụng (N=24)                          | 5 (20,8)                         |
| Viêm túi mật cấp (N=21)                            | 6 (28,6)                         |
| Tổng số phác đồ kinh nghiệm chứa carbapenem (N=50) | 14 (28,0)                        |

*Nhận xét:* Trong nghiên cứu, có 50 phác đồ kháng sinh kinh nghiệm chứa carbapenem được chỉ định cho ba nhóm nhiễm khuẩn đường tiêu hóa. Khi đánh giá theo nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng, tỷ lệ phù hợp về chỉ định carbapenem lần lượt là 60,0%, 20,8% và 28,6% tương ứng với áp xe rò hậu môn, nhiễm khuẩn ổ bụng và viêm túi mật cấp. Nhìn chung, tỷ lệ phù hợp của các phác đồ kháng sinh kinh nghiệm chứa carbapenem đạt 28,0%.

*Bảng 5. Tính phù hợp về liều dùng kháng sinh carbapenem*

| Đặc điểm bệnh nhân                            |                 | Các chế độ liều      | Tỷ lệ phù hợp về liều dùng, n (%) |
|-----------------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| Nhóm không cần hiệu chỉnh liều                | Ertapenem, N=2  | 1g mỗi 24 giờ, n=2   | 2 (100)                           |
|                                               |                 | 1g mỗi 8 giờ, n=42   | 42 (100)                          |
|                                               | Meropenem, N=45 | 600mg mỗi 8 giờ, n=1 | 1 (100)                           |
|                                               |                 | 500mg mỗi 8 giờ, n=2 | 2 (100)                           |
| Nhóm cần hiệu chỉnh liều<br>Clcr 26-50ml/phút | Meropenem, N=7  | 1g mỗi 12 giờ, n=7   | 7 (100)                           |

- *Liều khuyến cáo của ertapenem cho các nhiễm khuẩn ở người lớn có chức năng thận bình thường là 1g mỗi 24 giờ.*

- *Liều khuyến cáo của meropenem cho nhiễm khuẩn tiêu hóa ở người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên có chức năng thận bình thường là 1g mỗi 8 giờ.*

- *Liều khuyến cáo của meropenem cho nhiễm khuẩn tiêu hóa ở trẻ em từ 3 tháng đến 11 tuổi, cân nặng < 50 kg và có chức năng thận bình thường là 10-20mg/kg mỗi 8 giờ.*

*Nhận xét:* Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng liều carbapenem phù hợp với từng chỉ định và chức năng thận là 100%. Ở nhóm bệnh nhân không cần hiệu chỉnh liều carbapenem theo chức năng thận, nghiên cứu ghi nhận 3 bệnh nhân chỉ được sử dụng mức liều theo khuyến cáo là 10-20mg/kg cân nặng, tương ứng với 500mg hoặc 600mg mỗi 8 giờ. Trong nhóm bệnh nhân cần hiệu chỉnh liều carbapenem theo chức năng thận, 100% bệnh nhân được hiệu chỉnh liều bằng cách kéo dài khoảng cách

đưa liều, từ 1g mỗi 8 giờ sang 1g mỗi 12 giờ.

Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân được chỉ định sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem dưới dạng truyền tĩnh mạch. Dung môi được dùng để pha carbapenem trong mẫu nghiên cứu là NaCl 0,9% chiếm tỷ lệ 100%. Tỷ lệ phù hợp với hướng dẫn của bệnh viện và nhà sản xuất về đường dùng, cách dùng (bao gồm nồng độ, tốc độ truyền) là 100%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 54 bệnh án nội trú tại khoa Ngoại tổng hợp. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn tiêu hóa chủ yếu là người cao tuổi (trung vị tuổi 66,5) và trên 50% bệnh nhân có ít nhất một bệnh mạn tính mắc kèm. Tuổi cao và có nhiều bệnh lý mắc kèm được ghi nhận là một trong những yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng [4]. Trong ba loại nhiễm khuẩn tiêu hóa được khảo sát, nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm tỷ lệ lớn nhất,

chủ yếu do viêm phúc mạc ruột thừa. Tỷ lệ người bệnh nhiễm khuẩn ổ bụng và viêm túi mật cao phản ánh mô hình nhiễm khuẩn tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp. Chức năng thận ban đầu của bệnh nhân trong nghiên cứu còn tốt, >50ml/phút, vì vậy hầu hết bệnh nhân sử dụng carbapenem không cần hiệu chỉnh liều theo chức năng thận.

Mặc dù phần lớn bệnh nhập khoa Ngoại tổng hợp đều có can thiệp ngoại khoa, tạo điều kiện thuận lợi cho việc thu thập bệnh phẩm để nuôi cấy vi sinh, tỷ lệ bệnh nhân được lấy mẫu chỉ đạt 72,2%, thấp hơn so với một số nghiên cứu [5], [6]. Kết quả nuôi cấy dương tính là căn cứ lựa chọn kháng sinh theo đích vi khuẩn, đồng thời hỗ trợ quyết định xuống thang hoặc lên thang điều trị dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Do đó, cần tăng cường thực hiện lấy mẫu bệnh phẩm nhằm nâng cao khả năng xác định căn nguyên vi sinh và tối ưu hóa điều trị kháng sinh. Trong các tác nhân phân lập được, vi khuẩn *E.coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (83,3%), phù hợp với căn nguyên thường gặp được ghi nhận trong y văn [3]. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL cao, chiếm 60%, gợi ý cần cân nhắc lựa chọn kháng sinh ban đầu có hoạt tính đối với các chủng sinh ESBL.

### **Tính phù hợp của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm chứa carbapenem**

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sử dụng phác đồ chứa carbapenem cao, 57,4% trong phác đồ ban đầu và 100% trong phác đồ thay thế. Việc lựa chọn này có thể giải thích bởi đặc điểm của quần thể nghiên cứu với trung vị tuổi cao, hơn 50% bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm và đa số có can thiệp ngoại khoa. Đây là những yếu tố làm tăng mức độ nặng của nhiễm khuẩn cũng như nguy cơ thất

bại điều trị, dẫn đến xu hướng lựa chọn kháng sinh phổ rộng ngay từ ban đầu. Tuy nhiên, khi đánh giá đến nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng, chỉ có 24,1% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao. Đối với nhóm bệnh nhân này, việc lựa chọn một thuốc có phổ tác dụng trên ESBL và *Pseudomonas* như meropenem là phù hợp. Ngược lại, nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (48,1%), lựa chọn kháng sinh ban đầu chủ yếu hướng tới vi khuẩn sinh ESBL mà chưa nhất thiết phải bao phủ *Pseudomonas*. Trong trường hợp này, các bác sĩ có thể cân nhắc lựa chọn piperacillin/tazobactam, ceftazidim hoặc một carbapenem nhóm 1 như ertapenem thay vì meropenem ngay từ ban đầu. Bên cạnh đó, tính phù hợp của phác đồ điều trị còn ảnh hưởng bởi việc phối hợp các kháng sinh. Theo khuyến cáo hiện hành, cần tránh phối hợp các kháng sinh không cần thiết, đặc biệt là hai nhóm có trùng phổ tác dụng. Phác đồ meropenem phối hợp metronidazol là lựa chọn phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng tại khoa. Việc phối hợp này không cần thiết do kháng sinh nhóm carbapenem đã có phổ đủ mạnh trên vi khuẩn kỵ khí. Vì vậy, tỷ lệ phù hợp về chỉ định của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm chứa carbapenem chỉ chiếm 28%.

Xuống thang kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ là nguyên tắc sử dụng kháng sinh hiệu quả. Tuy nhiên, nghiên cứu ghi nhận thấy tất cả bệnh nhân đều được duy trì carbapenem cho đến khi ra viện, bất kể có hay không có kết quả kháng sinh đồ. Sử dụng kháng sinh carbapenem thường quy cho tất cả nhóm bệnh nhân làm tăng nguy cơ xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc, vì vậy việc xuống thang kháng sinh cần được chú trọng hơn sau khi có

kết quả nuôi cấy vi khuẩn, đảm bảo kháng sinh được sử dụng hiệu quả và an toàn.

## HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Tiêu chí lựa chọn đối tượng bệnh nhân của nghiên cứu giới hạn ở ba chẩn đoán nhiễm khuẩn tiêu hóa tại khoa Ngoại tổng hợp, đồng thời bệnh nhân phải được chỉ định kháng sinh carbapenem. Điều này dẫn đến hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ (54 bệnh nhân). Tuy nhiên, nghiên cứu đã cung cấp những dữ liệu ban đầu về thực trạng sử dụng kháng sinh, đặc biệt là nhóm carbapenem tại khoa Ngoại tổng hợp trong giai đoạn khảo sát. Những kết quả này là cơ sở để định hướng các nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn, đa trung tâm và có thiết kế tiến cứu nhằm nâng cao tính khái quát của kết quả. Bên cạnh đó, kết quả của nghiên cứu cũng gợi ý một số định hướng nhằm tối ưu hóa việc sử dụng kháng sinh, đặc biệt là nhóm carbapenem, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và thúc đẩy hoạt động quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy kháng sinh nhóm carbapenem là lựa chọn phổ biến trong điều trị các nhiễm khuẩn tiêu hóa của khoa Ngoại tổng hợp. Mặc dù có hiệu quả cao trong điều trị các loại nhiễm khuẩn này, việc đánh

giá nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng trên từng bệnh nhân để cá thể hóa điều trị là cần thiết giúp lựa chọn loại carbapenem phù hợp. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định lấy mẫu nuôi cấy vi khuẩn chỉ chiếm 72,2%, cần tăng cường chỉ định lấy mẫu nuôi cấy để tăng khả năng phát hiện vi khuẩn gây bệnh, góp phần làm dày dữ liệu vi sinh và làm căn cứ để xuống thang kháng sinh. Ngoài ra, tăng cường sự phối hợp giữa dược sĩ lâm sàng và bác sĩ là cần thiết nhằm tối ưu hóa chỉ định carbapenem, đồng thời hạn chế các phối hợp kháng sinh không cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, 2020.
2. **Bộ Y tế**, Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam, 2020.
3. **Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh**, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, 2026.
4. **Hội Hồi Sức Cấp Cứu và Chống Độc**, Hướng dẫn chung sử dụng kháng sinh, 2020.
5. **Nguyễn Thị Hương Giang và cộng sự**. Thực trạng sử dụng kháng sinh carbapenem tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc, Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2025, tr.215-224.
6. **Lê Diệu Hương và cộng sự**. Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh nhóm carbapenem Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Tạp chí Khoa học Đại học Quốc gia Hà Nội, 2025, tr.94-101.