

features. *Oncol Lett.* 2016;12(5):3975-3980.  
doi:10.3892/ol.2016.5177

6. **Yang WT, Hennessy B, Broglio K, et al.** Imaging differences in metaplastic and invasive

ductal carcinomas of the breast. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189(6):1288-1293.  
doi:10.2214/AJR.07.2056

## THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2020

Trần Thị Lan Anh<sup>1</sup>, Trần Minh Cường<sup>1</sup>, Lê Văn Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay, các bệnh mạn tính đang ngày càng chiếm tỷ lệ cao ở nước ta, trong đó, nổi bật là bệnh tăng huyết áp. Việc thăm khám ngoại trú các bệnh mạn tính cũng như sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị cho bệnh nhân sẽ giúp giảm thiểu gánh nặng về sức khỏe và kinh tế cho người bệnh nói riêng và ngân sách bảo hiểm y tế nói chung. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khảo sát về thực trạng kê đơn và chi phí thuốc điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đơn thuốc của bệnh nhân điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị được trích xuất từ phần mềm của bệnh viện, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Phác đồ đa trị liệu không cố định liều chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,6% trong tổng số các liệu pháp điều trị trong đó, dạng phối hợp 2 thuốc ACEI + BB, CCB + ACEI và dạng phối hợp 3 thuốc BB + ARB + LT được chỉ định nhiều nhất. Trong phác đồ điều trị bệnh THA đơn độc, BB có chi phí thấp nhất (69.660 VND). Phối hợp ARB + LT cho chi phí cao nhất 310.545 VND. **Kết luận:** Phác đồ đa trị liệu chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu, trong đó có sự chênh lệch chi phí đáng kể giữa các phác đồ điều trị.

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF DRUG USE IN THE OUTPATIENT TREATMENT OF HYPERTENSION AT VIET XO FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2020

**Background:** Chronic diseases are increasingly accounting for a high rate in our country, especially hypertension. The outpatient examination of chronic diseases as well as the rational use of drugs in the treatment of patients will help reduce the health and economic burden on patients. The aim of this study is to analyze the status of prescription and costs for outpatient treatment of hypertension at the hospital. **Materials and methods:** The prescriptions of chronic disease outpatients at Viet Xo Friendship

hospital were extracted from the hospital's software, using cross-sectional descriptive methods. **Results:** The non-fixed-dose multitherapy accounted for the highest proportion with 47.6% of the total therapies in which the combination of 2 drugs ACEI + BB and the combination of 3 drugs BB + ARB + LT is most commonly indicated. In the treatment regimen for hypertension alone, BB has the lowest cost (69,660 VND), combination with ARB and LT for the highest cost 310,545 VND. **Conclusion:** Multi-therapy regimens accounted for the majority of the study sample, in which there was a significant cost difference between treatment regimens.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh mạn tính là vấn đề ngày càng được quan tâm và đặt ra một thách thức lớn đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới nói chung cũng như Việt Nam nói riêng. Ở Việt Nam, theo ước tính có 592.000 ca tử vong do các bệnh không lây nhiễm, chiếm 81,4% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân, trong đó phải kể đến là bệnh tăng huyết áp (THA). Số liệu điều tra cho thấy tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người [1]. Bệnh viện Hữu Nghị là bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y Tế, chuyên điều trị cho đối tượng bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi nên các bệnh mạn tính chiếm tỷ trọng lớn trong mô hình bệnh tật của bệnh viện, trong đó tăng huyết áp là bệnh chiếm tỷ lệ cao. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát về thực trạng và chi phí trong kê đơn thuốc điều trị ngoại trú bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2020.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Đơn thuốc của bệnh nhân điều trị ngoại trú bệnh mạn tính tại bệnh viện Hữu Nghị từ ngày 1/10/2020 đến 31/12/2020 được trích xuất từ phần mềm của bệnh viện

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

**Mẫu nghiên cứu:** Toàn bộ đơn thuốc đạt các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời

<sup>1</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Lan Anh

Email: tranlananh7777@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

gian nghiên cứu từ 1/10/2020 đến 31/12/2020 tại bệnh viện Hữu Nghị

**Cỡ mẫu:** Nghiên cứu thực hiện trên 1967 đơn THA

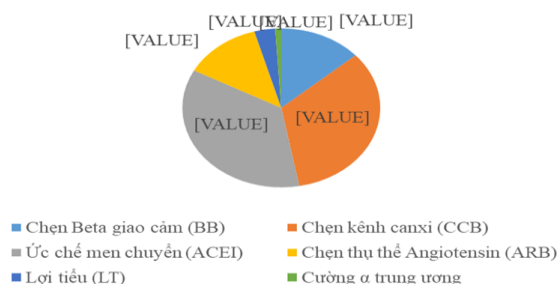
**Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel 365. Biến định lượng: tính giá trị trung bình, median, min, max, SD

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Cơ cấu phác đồ điều trị THA trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2020.** Khảo sát các phác đồ trong 1967 đơn có bệnh THA, chúng tôi thu được phác đồ đa trị liệu không cố định liều chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,6%, phác đồ đơn trị liệu chiếm 32,8%, phác đồ FDC sử dụng ít nhất với 19,6%. Cụ thể từng phác đồ được thể hiện dưới đây:

**Phác đồ đơn trị liệu.** Khảo sát thông tin của 645 đơn chỉ định phác đồ đơn trị liệu cho kết quả như sau:

Cơ cấu phác đồ đơn trị liệu điều trị THA



**Biểu đồ 1: Cơ cấu phác đồ đơn trị liệu điều trị THA**

Trong phác đồ đơn trị liệu, ACEI được chỉ định nhiều nhất với 35,7%. Cường alpha TW được sử dụng ít nhất (1,0%)

**Phác đồ đa trị liệu không cố định liều**

Khảo sát thông tin của 936 đơn thuốc chỉ định phác đồ đa trị liệu không cố định liều cho kết quả phác đồ phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%).

Chi tiết các phối hợp trong mẫu nghiên cứu được tổng hợp trong bảng sau:

**Bảng 1: Các phối hợp trong phác đồ đa trị liệu không cố định liều**

STT	Nhóm hoạt chất	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %
<b>Phác đồ phối hợp 2 thuốc (n=382)</b>			

**Bảng 2. Cơ cấu phác đồ và chi phí điều trị THA đơn độc**

STT	Phác đồ điều trị	Đơn thuốc		Chi phí thuốc THA (đồng)			
		Số đơn thuốc	Tỷ lệ % (N=58)	Min	Max	TB	SD
1	Đơn trị liệu	17	29,3	15.270	589.919	188.235	150.417

1	BB + CCB	68	17,9
2	ARB + LT	15	3,9
3	BB + ACEI	136	35,6
4	BB + ARB	47	12,4
5	ACEI + LT	13	3,5
6	CCB + ACEI	95	24,8
7	CCB + ARB	3	0,8
8	Cường α TW + BB	2	0,4
9	BB + LT	3	0,6

**Phác đồ phối hợp 3 thuốc (n=478)**

1	CCB + ARB + LT	126	26,4
2	BB + ARB + LT	242	50,6
3	BB + LT + CCB	4	0,8
4	BB + ACEI + CCB	84	17,6
5	BB + ACEI + LT	6	1,3
6	BB + ARB + CCB	14	2,9
7	CCB + ACEI + LT	2	0,4

**Phác đồ 4 thuốc (n=76)**

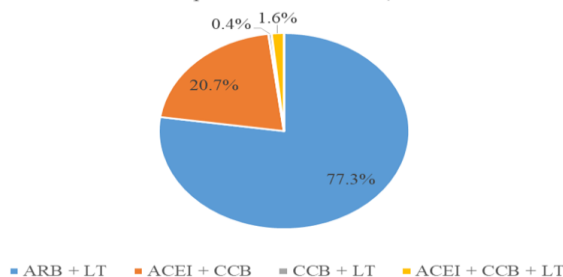
1	BB + ARB + LT + CCB	76	100
---	---------------------	----	-----

Trong phác đồ phối hợp 2 thuốc, kiểu phối hợp BB + ACEI có số lượng nhiều nhất (35,6%). Trong phác đồ phối hợp 3 thuốc, kiểu phối hợp được sử dụng nhiều nhất là BB + ARB + LT (50,6%).

**Phác đồ đa trị liệu cố định liều FDC.**

Khảo sát thông tin của 386 đơn thuốc chỉ định phác đồ đa trị liệu cố định liều (FDC) cho kết quả như sau:

Cơ cấu phác đồ FDC điều trị THA



**Biểu đồ 2. Cơ cấu phác đồ đa trị liệu cố định liều**

Trong phác đồ đa trị liệu liều cố định, phối hợp được sử dụng nhiều nhất là ARB + LT chiếm 77,3% trên tổng số đơn trong phác đồ FDC. Phối hợp 3 thành phần ít được dùng (1,6%)

Cơ cấu và chi phí phác đồ điều trị THA đơn độc trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị năm 2020

Kết quả khảo sát các phác đồ điều trị được chỉ định trong đơn THA đơn độc như sau:

2	Đa trị liệu không cố định liều	34	58,6	72.000	392.910	209.202	71.434
3	FDC	7	12,1	37.170	239.400	164.378	74.886
<b>Tổng</b>		58	100,0				

Phác đồ đa trị liệu không cố định liều có chi phí trung bình cao nhất (209.202 đồng). Phác đồ FDC cho mức chi phí trung bình thấp nhất với 164.378 đồng. Chi tiết từng phác đồ được thể hiện dưới đây:

**Phác đồ đơn trị liệu điều trị THA đơn độc.** Khảo sát thông tin của 17 đơn chỉ định phác đồ đơn trị liệu cho kết quả như sau:

**Bảng 3. Cơ cấu phác đồ đơn trị liệu điều trị THA đơn độc**

STT	Nhóm thuốc	Đơn thuốc		Chi phí điều trị trung bình (đồng)
		Số đơn thuốc	Tỷ lệ % (N=17)	
1	BB	3	17,6	69.660
2	CCB	4	23,6	147.352
3	ACEI	3	17,6	215.700
4	ARB	6	35,3	302.860
5	LT	1	5,9	91.500
<b>Tổng</b>		17	100	

Trong phác đồ đơn trị liệu, nhóm ARB được chỉ định nhiều nhất (35,3%) với chi phí điều trị trung bình cao nhất (302.860 đồng). CCB được sử dụng nhiều thứ 2 (23,6%) tuy nhiên chi phí chỉ bằng 1/2 so với nhóm ARB. Chi phí cho chẹn beta giao cảm là thấp nhất với 69.660 đồng.

**Phác đồ đa trị liệu không cố định liều điều trị THA đơn độc.** Khảo sát thông tin của 34 đơn chỉ định phác đồ đa trị liệu cho kết quả như sau:

Chi tiết các phối hợp trong các phác đồ đa trị liệu không cố định liều được trong mẫu nghiên cứu được tổng hợp trong bảng sau:

**Bảng 4. Các phối hợp trong phác đồ đa trị liệu không cố định liều điều trị THA đơn độc**

STT	Nhóm hoạt chất	Số đơn thuốc	Tỷ lệ %	Chi phí trung bình (đồng)
<b>Phác đồ phối hợp 2 thuốc</b>				
1	BB + CCB	4	33,3	210.307
2	ARB + LT	2	16,7	310.545
3	BB + ACEI	4	33,3	200.610
4	BB + ARB	1	8,3	115.260
5	BB + Cường α TW	1	8,3	86.355
<b>Tổng</b>		12	100	
<b>Phác đồ phối hợp 3 thuốc</b>				
1	CCB + ARB + LT	8	50	217.470

2	BB + ARB + LT	8	50	189.360
<b>Tổng</b>		16	100	
<b>Phác đồ phối hợp 4 thuốc</b>				
1	CCB + BB + ARB + LT	6	100	210.878
<b>Tổng</b>			100	

Phần lớn các phác đồ phối hợp không cố định liều có chi phí trung bình khoảng 200.000 đồng. Trong đó phác đồ phối hợp 2 thuốc, kiểu phối hợp BB + ACEI và BB + CCB có số lượng nhiều nhất (33,3%), ARB + LT có chi phí cao nhất với 310.545 đồng.

**Phác đồ đa trị liệu cố định liều FDC.** Khảo sát thông tin của 7 đơn thuốc chỉ định phác đồ đa trị liệu cố định liều (FDC) cho kết quả như sau:

**Bảng 5. Cơ cấu phác đồ đa trị liệu cố định liều điều trị THA đơn độc**

STT	Hoạt chất	Số lượng đơn	Tỷ lệ (%)	Chi phí trung bình (đồng)
1	ARB + LT	5	71,4	151.074
2	ACEI + CCB	2	28,6	197.670
<b>Tổng</b>		7	100	

**Nhận xét:** Trong phác đồ đa trị liệu liều cố định, chỉ có phối hợp 2 thuốc, trong đó phối hợp được sử dụng nhiều nhất là ARB + LT (71,4%) với chi phí trung bình là 151.074 đồng.

#### IV. BÀN LUẬN

**Về cơ cấu phác đồ điều trị.** Tỷ lệ phác đồ đa trị liệu trong nghiên cứu có sự tương đồng với các nghiên cứu khác như nghiên cứu tại trung tâm y tế huyện Hiệp Hòa, tỉnh Bắc Giang của Dương Thị Chinh (66,1%)[2], nghiên cứu tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 (78%)[4]. Theo các hướng dẫn điều trị THA của Hội tim mạch học Việt Nam hay ESH/ESC, nên sử dụng kết hợp 2 thuốc trong điều trị khởi đầu cho tăng huyết áp, việc sử dụng phối hợp 2 thuốc giúp kiểm soát HA tốt hơn so với đơn trị liệu [5], [8]. Tuy nhiên, việc sử dụng phác đồ đa trị liệu, đòi hỏi người bệnh phải uống nhiều thuốc cùng một lúc hoặc có thể là uống các viên khác nhau vào những thời điểm khác nhau trong ngày. Điều này sẽ khó khăn với những bệnh nhân có trí nhớ suy giảm, đặc biệt là người cao tuổi. Để khắc phục điều này, có thể sử dụng phác đồ FDC do giúp tăng tuân thủ trên bệnh nhân tăng huyết áp nhờ giảm số lượng viên thuốc.

Trong phác đồ đơn trị liệu, nhóm ACEI được chỉ định nhiều nhất chiếm tỷ lệ 35,7% tương đồng với Nghiên cứu tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 (43,2%). Theo hướng dẫn điều trị của VNHA và ESH/ESC thì ACEI sử dụng được trong tất cả các trường hợp có bệnh mắc kèm[5].

Trong phác đồ đa trị liệu không cố định liều, phối hợp 2 thuốc là CCB + ACEI chiếm tỷ lệ cao. Theo hướng dẫn điều trị của VNHA 2018, trong điều trị ban đầu, ưu tiên sử dụng ARB/ACEI + CCB hoặc LT, chỉ kết hợp với BB khi có tình trạng lâm sàng đặc biệt như đau thắt ngực, suy tim, sau nhồi máu cơ tim [5]. Vì vậy, phác đồ CCB + ACEI được sử dụng là phù hợp với hướng dẫn điều trị của VNHA [5]. Theo kết quả nghiên cứu, có 7 phối hợp trong phác đồ phối hợp 3 thuốc, trong đó có tới 5 phác đồ có LT, do LT giúp giảm thể tích, giảm áp lực lên động mạch, đồng thời, tác dụng thải natri vừa phải và kéo dài, ít gây tụt huyết áp quá mức nên thường được sử dụng trong phối hợp thuốc THA [6].

Với phác đồ FDC, theo kết quả nghiên cứu, nếu so sánh với tỷ lệ 60% bệnh nhân sử dụng phác đồ FDC tại Khoa nội Tim mạch Bệnh viện trung ương Huế [7] thì tỷ lệ sử dụng phác đồ cố định trong nghiên cứu là chưa cao (19,6%), điều này có thể do tại Việt Nam, các thuốc phối hợp liều cố định vẫn chưa thật sự phổ biến, do giá thành cao. Tại bệnh viện Hữu Nghị, một số thuốc FDC trong nghiên cứu là thuốc nhập khẩu từ Pháp do đó chi phí cho điều trị cũng tăng cao như Viacoram (Perindopril + Amlodipin), Triplixam (Perindopril, indapamid, amlodipin) với giá trúng thầu lần lượt là 5.960 VND và 8.557 VND, Trong khi đó, các dạng phối hợp không cố định liều có chung kiểu phối hợp đem lại chi phí tốt hơn cho bệnh nhân như phối hợp Periloz (Peridopril) và Stadovas (Amlodipin) chỉ có 2.049 VND.

**Về chi phí theo phác đồ điều trị ngoại trú cho bệnh nhân THA đơn độc tại bệnh viện Hữu Nghị.** Trong tổng số 1967 đơn thuốc điều trị THA trong thời gian nghiên cứu có 58 đơn thuốc điều trị THA đơn độc. Do đặc điểm người bệnh điều trị THA tại bệnh viện có nhiều bệnh mắc kèm phức tạp, để tài tiến hành phân tích chi phí của các đơn thuốc được chẩn đoán chỉ có THA đơn độc. Về chi phí trung bình cho 1 đơn THA đơn độc là 196.244 đồng, kết quả tương đồng với chi phí tại tuyến y tế cơ sở của tỉnh Hà Nam năm 2019 (199.019 đồng) [3] và thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 có kết quả chi phí trung bình cho 1 đơn THA là 310.939 đồng [4]. Sự khác biệt

với BV 108 có thể liên quan đến các bệnh mắc kèm.

Phác đồ đơn trị liệu có chi phí trung bình là 188.235 đồng trong đó BB là nhóm thuốc có chi phí trung bình thấp nhất (69.660 đồng), ARB có chi phí cao nhất (302.860 đồng) đồng thời cũng là nhóm thuốc được kê đơn nhiều nhất trong 5 nhóm thuốc được kê đơn (6/17). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 khi chi phí trung bình cho phác đồ đơn trị liệu là 194.873 đồng, BB có chi phí trung bình thấp nhất (69.690 đồng), ARB có chi phí cao nhất (228.576 đồng).

Phác đồ 2 thuốc có chi phí cao nhất là ARB + LT (310.545 đồng), thấp hơn gần 80.000 đồng so với kết quả tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, với phác đồ ARB + LT cũng là phác đồ chi phí cao nhất (390.000 đồng). Chi phí liên quan đến sử dụng nhóm thuốc ARB đều có xu hướng cao hơn so với các nhóm khác, mặc dù tên thương mại của các hoạt chất này chưa được nghiên cứu cụ thể tại các bệnh viện khảo sát.

Phác đồ FDC có chi phí trung bình là 164.378 đồng, trong đó chi phí trung bình của ARB + LT là 151.074 đồng. So sánh với chi phí cho phối hợp 2 thuốc ARB + LT liều không cố định (310.545 đồng) thì chi phí cho FDC thấp hơn. Cùng kiểu phối hợp (ARB + LT) song liều cố định vừa có chi phí thấp hơn vừa thuận tiện cho người bệnh khi sử dụng, kết quả này hoàn toàn tương đồng với kết quả về tỷ lệ kê đơn phác đồ FDC trong toàn bộ mẫu khảo sát (77,3%). Có thể thấy rằng việc kê đơn trong điều trị THA tại bệnh viện đã chú trọng đến lợi ích và kinh tế của người bệnh nói riêng và ngân sách bảo hiểm y tế nói chung. Tuy nhiên chi phí thuốc khác nhau trong cách phối hợp này có thể liên quan đến xuất xứ của thuốc.

Nghiên cứu xác định chi phí đối với các bệnh nhân THA không có bệnh mắc kèm là nghiên cứu bước đầu trong xác định chi phí liên quan đến thuốc trong điều trị ngoại trú THA tại bệnh viện, từ đó có thể mở rộng các nghiên cứu trên toàn bộ đối tượng bệnh nhân THA cũng như phân loại thuốc sử dụng theo các tiêu chí về kỹ thuật.

## V. KẾT LUẬN

Trong phác đồ đơn trị liệu, nhóm ACEI, CCB và BB được sử dụng nhiều nhất. Tỷ lệ chỉ định đa trị liệu là 67,2%, trong đó, dạng phối hợp 2 thuốc ACEI + BB, CCB + ACEI và dạng phối hợp 3 thuốc BB + ARB + LT được chỉ định nhiều nhất trong đơn. Phác đồ FDC phối hợp ARB + LT được sử dụng nhiều nhất (77,3%)

Phác đồ FDC cho chi phí trung bình thấp

nhất (164.378 đồng). Trong phác đồ đơn trị liệu, nhóm BB có chi phí thấp nhất (69.660 đồng) và cao nhất là nhóm ARB (302.860 đồng). Phác đồ đa trị liệu không cố định liều có chi phí trung bình cao nhất (209.202 đồng) trong đó, phối hợp ARB + LT cho chi phí cao nhất (310.545 đồng).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế**, Cần quan tâm hơn về hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở. 2022, cuộc họp về hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở.
2. **Dương Thị Chinh** (2020), Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Hiệp Hoà, tỉnh Bắc Giang năm 2019, Luận văn dược sĩ chuyên khoa I, Đại học Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Thành Chung và cộng sự** (2021), "Phân tích chi phí khám chữa bệnh tăng huyết áp ở tuyến y tế cơ sở của tỉnh Hà Nam năm 2019 và

- một số yếu tố liên quan", Tạp chí y học dự phòng, 31(8), pp. 63-70.
4. **Lê Thị Thu Hằng** (2020), Phân tích thực trạng kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp cho bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện trung ương quân đội 108 năm 2019, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội.
  5. **Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam** (2018), Khuyến cáo về chuẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, pp.
  6. **Mai Tất Tố, Vũ Thị Trâm** (2007), Dược lý học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp.
  7. **Hoàng Thị Mỹ Hạnh** (2020), Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Khoa nội Tim mạch Bệnh viện Trung Ương Huế, Luận văn thạc sĩ dược học, Đại học Dược Hà Nội.
  8. **Bryan Williams, et al** (2018), "2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)", European heart journal, 39(33), pp. 3021-3104.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CHỦNG VI KHUẨN STAPHYLOCOCCUS TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG GIAI ĐOẠN 2019 - 2021

Võ Thị Hà<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thanh Huyền<sup>2</sup>,  
Lê Thị Thu Ngân<sup>2</sup>, Nguyễn Minh Hà<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Với tình hình đề kháng kháng sinh cao, việc lựa chọn kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn Staphylococcus spp. là một thách thức trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ loại mẫu bệnh phẩm có kết quả cấy dương chủng Staphylococcus spp. giai đoạn 2019 - 2021; Xác định tỷ lệ và phân tích xu hướng nhạy cảm với kháng sinh của chủng Staphylococcus spp. giai đoạn 2019 - 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Độ nhạy cảm với từng loại kháng sinh giai đoạn 2019 - 2021 được thu thập từ Khoa Xét nghiệm. Sự khác biệt về xu hướng nhạy cảm giữa năm 2019 và 2021 được kiểm tra bằng cách sử dụng phép kiểm Chi bình phương. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, có 3103 mẫu bệnh phẩm cho kết quả phân lập là Staphylococcus spp.; trong đó, vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là Staphylococcus aureus (55,1%) và các bệnh phẩm chiếm tỉ lệ cao nhất gồm mù/dịch tiết/catheter (47,1%), máu (30,0%), đường hô hấp (15,4%) và

nước tiểu (4,5%). Sau ba năm, Staphylococcus spp. tại bệnh viện còn nhạy cảm 100% với vancomycin và linezolid; nhạy cảm trên 50% với cloramphenicol (80,4%), doxycycline (93,9%), rifampicin (93,7%) và co-trimoxazole (68,0%). Tỷ lệ MRSA rất cao (72,4%) với tỷ lệ hVISA (MIC vancomycin từ 1-2 µg/mL) chiếm 14,9%. Xu hướng nhạy cảm với kháng sinh của Staphylococcus spp. đã tăng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) nhưng độ tăng không đáng kể. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của Staphylococcus spp. tại các khoa lâm sàng sau ba năm tương tự mô hình toàn viện, trừ Khoa Hồi sức tích cực có tỷ lệ nhạy cảm thấp hơn đáng kể đối với hầu hết các loại kháng sinh. **Kết luận:** Tính nhạy cảm của Staphylococcus spp. cao chỉ còn với vài loại kháng sinh. Tỷ lệ chủng Staphylococcus spp. đề kháng như MRSA và hVISA cao cho thấy việc điều trị sẽ gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là tại Khoa Hồi sức tích cực.

**Từ khóa:** Staphylococcus spp., kháng sinh, nhạy cảm, đề kháng.

### SUMMARY

#### ANTIBIOTIC SUSCEPTIBILITY PATTERN OF STAPHYLOCOCCUS SPECIES AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL: A 3-YEAR RETROSPECTIVE ANALYSIS

**Introduction:** With the high level of antimicrobial resistance worldwide, the choice of antibiotic therapy to treat infections caused by

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hà

Email: nguyenminhha@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023