

thiệt truyền máu trước khi hút BTC. Cũng không có sự khác biệt về mức độ thiếu máu giữa các hình thái mô bệnh học.

Siêu âm đánh giá NMTC là một thăm dò quan trọng được thực hiện với các bệnh nhân RKRH đến khám, đối với các bệnh nhân trong nghiên cứu là siêu âm qua đầu dò đường âm đạo. Trên thực hành lâm sàng độ dày NMTC đôi khi có giá trị định hướng chẩn đoán và ảnh hưởng đến quyết định hút BTC. Một nghiên cứu lấy ngưỡng để sinh thiết là NMTC >16mm ở pha chế tiết với độ nhạy 67%, độ đặc hiệu 75% với phụ nữ chưa mãn kinh, với phụ nữ đã mãn kinh có ra máu bất thường là NMTC >5mm<sup>7</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa độ dày NMTC và kết quả mô bệnh học đặc biệt là với quá sản NMTC lành tính. Các phụ nữ mãn kinh mà NMTC >9mm đều có giải phẫu bệnh là ung thư NMTC. Trong nghiên cứu của Đinh Bích Thủy có 25% số phụ nữ có kết quả quá sản NMTC lành tính, 64% trong số đó có kết quả siêu âm NMTC 10-20mm, 16% NMTC >20mm<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Hút buồng tử cung là can thiệp rất có giá trị đối với những phụ nữ rong kinh rong huyết kéo dài, đặc biệt là phụ nữ ở độ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh. Kết quả mô bệnh học cho thấy nguyên nhân hàng đầu của RKRH là rối loạn nội tiết, sau đó là quá sản NMTC lành tính chiếm tỉ lệ cao. Các trường hợp tổn thương ác tính hoặc nguy cơ

ác tính cao như quá sản không điển hình đều được can thiệp sớm. Trong các thăm dò cận lâm sàng trước hút buồng tử cung thì siêu âm độ dày NMTC có vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán nguyên nhân rong kinh nhất là quá sản NMTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Walker MH, Coffey W, Borger J. Menorrhagia. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
2. Whitaker L, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2016;07/01/2016;34:54-65. doi:https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012
3. Tiên NV. Sinh lý kinh nguyệt và điều trị rong kinh rong huyết. Nhà xuất bản Y học; 2013.
4. Quy P. Nghiên cứu một số đặc điểm rong kinh rong huyết cơ năng ở phụ nữ từ 18 - 49 tuổi có can thiệp buồng tử cung. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2014.
5. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. Jul 2012;120(1):197-206. doi:10.1097/AOG.0b013e318262e320
6. Royal College of Obstetricians and Gynecologist: Management of Endometrial Hyperplasia 2016; Green top Guidelines no. 67
7. Giri SK, Nayak BL, Mohapatra J. Thickened Endometrium: When to Intervene? A Clinical Conundrum. J Obstet Gynaecol India. Jun 2021;71(3):216-225. doi:10.1007/s13224-020-01415-4
8. Thủy ĐB, Loan KTH. Rong kinh rong huyết và chỉ định nạo buồng tử cung. Y học thực hành. 2012;843:36-38.

## KHẢO SÁT VIỆC ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ 10/2022 ĐẾN 06/2023

Đoàn Nguyễn Trà My<sup>1</sup>, Vũ Văn Giáp<sup>1</sup>, Nguyễn Huỳnh Phương Anh<sup>1</sup>, Đỗ Văn Thành<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm tác nhân gây bệnh và tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đôi tượng và phương pháp:**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Nguyễn Trà My

Email: doannguyen ترامy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ 10/2022 đến 06/2023 trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Trung tâm Hồ hấp – Bệnh viện Bạch Mai. Dữ liệu được thu thập và phân tích từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,1±1,8. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ ở các nhóm tuổi. Bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là đái tháo đường (27,7%) và bệnh phổi mạn tính (24,1%). Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn tương đối thấp (8,4%), chủ yếu là Klebsiella pneumoniae. Lựa chọn phối hợp 2 loại kháng sinh ngay từ đầu là phác đồ phổ biến nhất (51,8%), với 2 loại kháng sinh được chỉ định nhiều nhất là Ceftazidime (42,2%) và Levofloxacin (27,7%). Có

96,4% bệnh nhân điều trị thành công. **Kết luận:** Các kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ xét nghiệm vi sinh còn thấp và việc lựa chọn kháng sinh cần xét đến cả các yếu tố nguy cơ, bệnh lý đồng mắc, cũng như tuân thủ phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng trong thực hành lâm sàng, tránh việc lạm dụng các kháng sinh phổ rộng. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, VPCĐ, điều trị, kháng sinh.

## SUMMARY

### INVESTIGATION ON MANAGEMENT OF COMMUNITY – ACQUIRED PNEUMONIA ON INPATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL FROM 10/2022 TO 06/2023

**Objective:** To investigate risk factors, bacterial pathogens and the indication of antibiotics among inpatients with community – acquired pneumonia (CAP) at Bach Mai Hospital. **Subject and method:** A cross – sectional study was conducted on 83 patients with CAP admitted to the Centre of Respiratory at Bach Mai hospital from October 2022 to June 2023. Medical records were reviewed for data analysis. **Result:** Average age is 63,1±1,8. There is no significant difference between male and female patients in all age groups. The most common comorbidity is diabetes (27,7%), followed by chronic pulmonary diseases (24,1%). The incidence of isolated bacteria was relatively low (8,4%), mainly Klebsiella pneumoniae. Combination of two antibiotics was the most common first therapy, with the two most indicated antibiotics being Ceftriaxone (42,2%) and Levofloxacin (27,7%). There were 96,4% of patients successfully treated. **Conclusion:** The study results show that the rate of detecting microbial etiologies is still low and the choice of antibiotics should consider risk factors and comorbidities, as well as adherence to guidelines for the management of CAP, avoiding the overuse of broad – spectrum antibiotics.

**Keywords:** Community – acquired pneumonia, CAP, management, antibiotics.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng là tình trạng nhiễm trùng cấp tính nhu mô phổi mắc phải ngoài môi trường bệnh viện và bệnh nhân không nằm trong các cơ sở y tế ít nhất 14 ngày trước đó. Được biết đến là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong, bệnh lý viêm phổi đã được đầu tư nghiên cứu từ những năm 1800. Giờ đây, với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, chúng ta đã có những hiểu biết sâu hơn về căn nguyên vi sinh gây bệnh, cũng như phát triển được nhiều loại thuốc kháng sinh, thuốc kháng virus, thuốc kháng nấm. Tuy nhiên, theo Tổ chức Y tế thế giới, nhiễm trùng đường hô hấp dưới vẫn là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong hàng đầu và đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong chung, với gần 3,5 triệu người tử vong mỗi năm [1].

Viêm phổi mắc phải cộng đồng có thể tiến

triển nặng gây nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân, thậm chí tử vong. Do đó, cần chẩn đoán và điều trị viêm phổi kịp thời, diệt đúng căn nguyên gây bệnh để giảm thiểu các biến chứng đáng tiếc có thể xảy ra. Hiện nay, viêm phổi mắc phải cộng đồng chủ yếu được điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm và không đoán trước được nguy cơ điều trị thất bại. Việc lựa chọn kháng sinh không hợp lý sẽ làm tăng thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn, tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Khảo sát việc điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn từ 10/2022 – 06/2023.

### • Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người lớn ( $\geq 18$  tuổi)
- Có biểu hiện của VPCĐ, được chẩn đoán theo định nghĩa ca bệnh VPCĐ (theo ATS/IDSA 2007 và "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn" do Bộ Y tế ban hành năm 2020) [2],[3].

### • Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã nằm tại các cơ sở chăm sóc y tế hoặc sử dụng các phương tiện chăm sóc sức khỏe dài ngày trong khoảng thời gian 14 ngày trước khi có biểu hiện triệu chứng;
- Viêm phổi bệnh viện (Viêm phổi mới xuất hiện sau 48 giờ nhập viện) hoặc viêm phổi thở máy (viêm phổi mới xuất hiện sau 48 giờ đặt ống nội khí quản);
- Nghi ngờ hoặc chẩn đoán xác định lao phổi hoạt động;
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải (HIV/AIDS).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

### • Chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (tuổi, giới, bệnh lý mắc kèm)
- + Đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu
- + Loại kháng sinh sử dụng
- + Thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị
- + Thời gian sử dụng kháng sinh
- + Kết quả điều trị

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1 và Bảng 2

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới**

Nhóm tuổi	Giới		Nữ		Tổng		P
	Nam	%	n	%	n	%	
18 - 64	24	49,0	16	47,0	40	48,2	0,406
65 - 79	21	42,8	12	35,3	33	39,8	
≥ 80	4	8,2	6	17,7	10	12,0	
Tổng	49	100	34	100	83	100	
Tuổi	63,5±14,7		62,4±19,1		63,1±1,8		0,783

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ**

Yếu tố nguy cơ	n	%
<b>Hành vi nguy cơ</b>		
Hút thuốc lá	31	37,4
Rượu	26	31,3
Tiền sử mắc COVID-19	31	37,4
Dùng corticosteroid trong vòng 3 tháng gần đây	17	20,5
Dùng kháng sinh trước khi nhập viện	50	60,2
<b>Bệnh lý đồng mắc</b>		
Ung thư	7	8,4
Bệnh gan mạn tính	16	19,3
Nhồi máu cơ tim	4	4,8
Suy tim sung huyết	15	18,1
Bệnh lý não - mạch não	6	7,2
Bệnh thận mạn tính	8	9,6
Bệnh phổi mạn tính	20	24,1
Đái tháo đường	23	27,7
<b>Số lượng bệnh lý đồng mắc</b>		

**Bảng 3. Kháng sinh sử dụng ban đầu trong mẫu nghiên cứu**

Kháng sinh sử dụng ban đầu	Tần số	Tỷ lệ
<b>Đơn trị liệu</b>		
Beta-lactam	34	41,0
Meropenem	3	3,6
Imipenem/Cilastatin	0	0,0
Piperacillin/Tazobactam	1	1,2
Ceftazidime	12	14,5
Ceftriaxone	8	9,6
Cefoxitin	8	9,6
Amoxicillin/Clavulanat	2	2,4
Fluoroquinolon	4	4,8
Levofloxacin	0	0,0
Ciprofloxacin	0	0,0
Moxifloxacin	4	4,8
<b>Phối hợp 2 kháng sinh</b>		

0	26	31,3
1	27	32,5
2	19	22,9
≥ 3	11	13,3

Bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên chiếm 51,8% tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó sự phân bố nam và nữ ở các nhóm tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 63,1±1,8. Có tới 60,2% các đối tượng nghiên cứu đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện. Tỷ lệ uống rượu và hút thuốc lá ở các bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú cũng tương đối cao, lần lượt là 31,3% và 37,4%. Hầu hết các bệnh nhân đều có ít nhất 1 bệnh lý đồng mắc, trong đó thường gặp nhất là bệnh đái tháo đường và các bệnh phổi mạn tính, chiếm lần lượt 27,7% và 24,1%.

**3.2. Đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu.** Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chỉ định xét nghiệm vi sinh bao gồm cấy đờm, cấy dịch rửa phế quản, cấy máu và cấy dịch màng phổi. Đa số các trường hợp (91,6%) cho kết quả âm tính. Chỉ có 7 trong số 83 trường hợp, tương ứng với 8,4% cho kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính. Trong đó, có 3 trường hợp phân lập được *K.pneumoniae*, 1 trường hợp phân lập được *P.aeruginosa*, đều còn nhạy cảm với hầu hết kháng sinh điều trị VPCĐ thuộc nhóm beta-lactam và fluoroquinolon. Vi khuẩn gram dương phân lập được gồm *Staphylococcus aureus* và *S.pneumoniae*.

**3.3. Tình hình sử dụng kháng sinh điều trị VPCĐ.** Các kháng sinh ban đầu được lựa chọn theo kinh nghiệm để điều trị cho các bệnh nhân VPCĐ tại thời điểm nhập vào Trung tâm Hồi hấp - Bệnh viện Bạch Mai được trình bày trong Bảng 3.

Beta-lactam +fluoroquinolon		32	38,6
	Imipenem/Cilastatin + Levofloxacin	4	4,8
	Piperacillin/Tazobactam + Levofloxacin	1	1,2
	Ceftazidime + Levofloxacin	14	16,9
	Cefoxitin + Levofloxacin	2	2,4
	Meropenem + Ciprofloxacin	1	1,2
	Piperacillin/Tazobactam + Ciprofloxacin	1	1,2
	Ceftazidime + Ciprofloxacin	1	1,2
	Cefoxitin + Ciprofloxacin	2	2,4
	Ceftazidime + Moxifloxacin	3	3,6
	Ceftriaxone + Moxifloxacin	2	2,4
	Cefoxitin + Moxifloxacin	1	1,2
Beta-lactam+ aminoglycosid		7	8,4
	Imipenem/Cilastatin + Amikacin	2	2,4
	Piperacillin/Tazobactam + Amikacin	1	1,2
	Ceftazidime + Amikacin	3	3,6
	Ceftazidime + Gentamicin	1	1,2
Beta-lactam+Macrolid	Cefoxitin + Clarithromycin	3	3,6
Beta-lactam+ Glycopeptid	Ceftazidime + Vancomycin	1	1,2
<b>Phối hợp 3 kháng sinh</b>	Beta-lactam+Fluoroquinolon+Glycopeptid	2	2,4
<b>Có thay đổi phác đồ kháng sinh</b>		25	30,1

Dựa vào số liệu tại Bảng 3, có thể thấy 100% bệnh nhân VPCĐ nhập vào Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai được chỉ định kháng sinh kinh nghiệm với liệu pháp phối hợp 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất, 51,8%. Trong đó chủ yếu là beta-lactam phối hợp fluoroquinolon (38,6%).

Tiếp đến là biện pháp đơn trị liệu beta-lactam (45,8%). Có 34 bệnh nhân (41%) được chỉ định kháng sinh kinh nghiệm với liệu pháp beta-lactam đơn trị. Phần lớn kháng sinh kinh nghiệm được chỉ định đơn trị trong nhóm beta-lactam là ceftazidime, ceftriaxone và cefoxitin. Trong nhóm fluoroquinolon, chỉ có moxifloxacin được sử dụng đơn trị liệu.

Chỉ có 2,4% bệnh nhân được chỉ định điều trị phối hợp 3 kháng sinh ngay từ ban đầu.

Nếu chỉ xét theo loại kháng sinh, kháng sinh được chỉ định nhiều nhất là ceftazidime (42,2%), levofloxacin cũng chiếm tỷ lệ cao với 27,7%.

Trong quá trình điều trị nội trú, có 25 bệnh nhân, chiếm 30,1% phải thay đổi phác đồ kháng sinh, trong đó chủ yếu (22,9%) là do phác đồ kháng sinh ban đầu không hiệu quả, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không cải thiện hoặc cải thiện ít, đòi hỏi bác sĩ phải thay đổi kháng sinh. Có 4 trường hợp thay đổi kháng sinh theo trình tự từ đường tĩnh mạch chuyển sang đường uống và có 2 trường hợp phải thay đổi kháng sinh do bệnh nhân bị dị ứng với kháng sinh ban đầu.

**3.4. Kết quả điều trị.** Kết quả điều trị của các bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày

tại Bảng 4.

**Bảng 4. Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị		n	%
Khỏi	Ra viện	61	73,5
	Chuyển viện tuyến dưới điều trị tiếp	19	22,9
Không khỏi	Chuyển khoa Hồi sức tích cực	3	3,6
	Tử vong – Nặng xin về	0	0,0

Phần lớn bệnh nhân sau khi điều trị có kết quả khả quan, với 73,5% bệnh nhân được xuất viện, 22,9% bệnh nhân được chuyển về bệnh viện tuyến dưới điều trị tiếp. Có 3 trường hợp tiến triển nặng, phải chuyển khoa Hồi sức tích cực. Không có trường hợp nào tử vong.

#### IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, trong số 83 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng được chọn vào nghiên cứu, các bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm đa số (51,8%), với tuổi trung bình là 63,1±1,8. Mặc dù sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê nhưng nó phù hợp với các nghiên cứu gần đây, cho thấy tỷ lệ người già mắc viêm phổi cộng đồng ngày càng gia tăng và cần được quan tâm đặc biệt. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trịnh Trung Hiếu tiến hành trên 649 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở 10 bệnh viện trên cả nước năm 2011, phần lớn bệnh nhân là người già, với tuổi trung vị là 68 tuổi [4]. Trong một nghiên cứu về viêm phổi cộng đồng tại Mỹ năm 2017 của Julio A.Ramirez và cộng sự, tỷ lệ mắc viêm phổi cộng đồng là

649/100000 người lớn và tỷ lệ này tăng lên theo tuổi (từ 327/100000 dân ở độ tuổi 18 đến 64 tăng lên 2093/100000 dân ở độ tuổi 65 trở lên) [5].

Trong số các tiền sử bệnh tật của nhóm bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng trong nghiên cứu, chúng tôi thấy có đến 68,7% bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh lý nền, bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (27,7%), tiếp đến là tiền sử bệnh phổi mạn tính (24,1%), bệnh gan mạn tính (19,3%), suy tim (18,1%). Các mặt bệnh này cũng tương tự với một tổng quan hệ thống và phân tích gộp các nghiên cứu từ năm 1990 đến năm 2021 tại Ấn Độ về các bệnh lý đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng, tuy nhiên tỷ lệ gặp phải từng bệnh có thể khác nhau giữa các nghiên cứu [6]. Các bệnh lý nền này được cho là các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tăng tử vong ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng [7]. Theo ATS/IDSA 2019, bệnh phổi mạn tính và đái tháo đường là có nguy cơ cao nhất mắc viêm phổi cộng đồng. Do đó đây chính là một trong các yếu tố cần được đánh giá đầu tiên khi bệnh nhân đến khám để góp phần đưa ra quyết định điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

Kết quả đáng chú ý ghi nhận trong nghiên cứu này là tỷ lệ phân lập được vi khuẩn rất thấp, đặc biệt các vi khuẩn được biết đến là phổ biến nhất gây viêm phổi mắc phải cộng đồng theo y văn như *S.pneumoniae* (1,2%), *H.influenza* (0%), và *M. Catarrhalis* (0%) chiếm tỷ lệ rất thấp hoặc không phát hiện được. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của nghiên cứu REAL [8]. Các vi khuẩn phân lập được chủ yếu là vi khuẩn bệnh viện *K.pneumoniae* và *P. Aeruginosa*, nhưng chúng đều còn nhạy nhiều kháng sinh. Điều này cho thấy sự gia tăng các nhóm vi khuẩn gram âm bệnh viện từ ngoài cộng đồng. Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn thấp có thể lý giải bởi phần lớn bệnh nhân (60,2%) đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện, dẫn đến vi khuẩn không thể mọc mặc dù vẫn còn tồn tại trong cơ thể. Ngoài ra, các vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp dưới thường gặp là các vi khuẩn khó nuôi cấy, đòi hỏi phải có đủ môi trường phân lập thích hợp và được cấy ngay. Do đó, việc chậm gửi mẫu đến phòng thí nghiệm cũng làm giảm khả năng phân lập ra các tác nhân này [8].

Theo kết quả nghiên cứu, đa số (51,8%) bệnh nhân được điều trị từ đầu theo phác đồ kết hợp 2 loại kháng sinh và có 22,9% các trường hợp phải nâng bậc điều trị do phác đồ kháng sinh ban đầu không hiệu quả. Kết quả này tương tự với tác giả Lê Văn Nam năm 2019 tại Bệnh

viện Bạch Mai với 70% bệnh nhân phải sử dụng kết hợp nhiều loại kháng sinh ngay từ đầu. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2015 về việc sử dụng kháng sinh có đề cập đến vấn đề sử dụng phối hợp các loại kháng sinh tùy vào mức độ và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân [3]. Phần lớn các trường hợp phải thay đổi phác đồ kháng sinh ban đầu trong nghiên cứu này là do lâm sàng của bệnh nhân không cải thiện hoặc cải thiện ít. Với tình hình căn nguyên phức tạp và các tác nhân gây bệnh ngày càng đa dạng, tiến hoá nhiều biến thể như hiện nay, việc sử dụng đơn trị liệu các kháng sinh trong viêm phổi cộng đồng, đặc biệt là ở những bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú đã dẫn cho hiệu quả không cao. Do đó, việc sử dụng kết hợp các nhóm kháng sinh nhằm bao vây và hiệp đồng tác dụng là phù hợp, tuy nhiên nên sử dụng đúng, đủ liều và đường dùng bởi đây cũng được xem là nguyên nhân hàng đầu gây tăng đề kháng kháng sinh. Nghiên cứu ghi nhận beta-lactam là nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất, trong đó cephalosporin thế hệ II và III là kháng sinh đầu tay trong cả biện pháp đơn trị liệu và liệu pháp phối hợp kháng sinh, tiếp đến là kháng sinh nhóm fluoroquinolon. Điều này cũng phù hợp với hướng dẫn lựa chọn kháng sinh cho bệnh nhân viêm phổi cộng đồng điều trị nội trú của ATS/IDSA 2019 và Hướng dẫn của Bộ Y tế 2015 [3], [9].

Điều trị viêm phổi cộng đồng tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai đạt hiệu quả tương đối cao với 73,5% bệnh nhân khỏi bệnh ra viện và 22,9% bệnh nhân đỡ bệnh, chuyển bệnh viện tuyến dưới điều trị tiếp. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong tại khoa do bệnh nhân tiến triển nặng đã được chuyển khoa Hồi sức tích cực kịp thời (3,61%). Trong một số nghiên cứu khác tỷ lệ tử vong được ghi nhận cao hơn [5], [10].

## V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã cung cấp thông tin về một số yếu tố nguy cơ, bệnh lý đồng mắc của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng; tỷ lệ phân lập được tác nhân gây bệnh còn thấp (8,4%); tình hình sử dụng kháng sinh cho thấy 51,8% bệnh nhân phải sử dụng liệu pháp phối hợp kháng sinh ngay từ đầu và 22,9% phải thay đổi phác đồ do kháng sinh ban đầu không hiệu quả; kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai tương đối khả quan với 73,5% bệnh nhân khỏi ra viện, 3,61% bệnh nhân tiến triển nặng phải chuyển khoa Hồi sức tích cực. Các kết

quả thu được góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá bệnh nhân với đầy đủ các yếu tố nguy cơ từ ban đầu để lựa chọn phác đồ điều trị kháng sinh hợp lý, bên cạnh việc tuân thủ các phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng trong thực hành lâm sàng, nhằm nâng cao kết quả điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The top 10 causes of death.** Geneva: World Health Organization, 2013
2. **Mandell, Lionel A., Richard G. Wunderink, Antonio Anzueto, et al.** "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults." *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 44 Suppl 2 (March 1, 2007): S27-72.
3. **BỘ Y TẾ** (2015) Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-BYT.
4. **H. T. Trinh, P. H. Hoang, M. Cardona-Morrell và cộng sự** (2015), Antibiotic therapy for inpatients with community-acquired pneumonia in a developing country, *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 24 (2), 129-136.
5. **Ramirez, Julio A., Timothy L. Wiemken, Paula Peyrani, et al.** "Adults Hospitalized With Pneumonia in the United States: Incidence,

- Epidemiology, and Mortality." *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 65, no. 11 (November 13, 2017): 1806-12.
6. **Ghia, Canna Jagdish, and Gautam Sudhakar Rambhad.** "Systematic Review and Meta-Analysis of Comorbidities and Associated Risk Factors in Indian Patients of Community-Acquired Pneumonia." *SAGE Open Medicine* 10 (January 2022).
  7. **Torres, Antoni, Willy E Peetermans, Giovanni Viegi, and Francesco Blasi.** "Risk Factors for Community-Acquired Pneumonia in Adults in Europe: A Literature Review." *Thorax* 68, no. 11 (November 2013): 1057-65.
  8. **Phạm Hùng Vân, Nguyễn Văn Thành và Trần Văn Ngọc** (2017) Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện. Kết quả nghiên cứu REAL 2016- 2017. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 51-63.
  9. **Metlay, Joshua P., Grant W. Waterer, et al.** "Diagnosis and Treatment of Adults with Community-Acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 200, no. 7 (October 1, 2019).
  10. **Trần Văn Ngọc** (2004) Đánh giá hiệu quả điều trị kháng sinh viêm phổi mắc phải trong cộng đồng. *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh* 8(1), tr. 22-27.

## CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI RỐI LOẠN MẤT NGỦ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI, TP HCM

Trương Thảo Nguyên<sup>1</sup>, Nguyễn Như Hồ<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm của giấc ngủ, chất lượng giấc ngủ (CLGN) và chất lượng cuộc sống (CLCS) của người cao tuổi có chẩn đoán rối loạn mất ngủ, điều trị ngoại trú. **Đôi tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả được thực hiện từ tháng 5/2023 đến tháng 7/2023 trên bệnh nhân tuổi từ 60 đang điều trị ngoại trú bằng thuốc tại bệnh viện Nguyễn Trãi. Dữ liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bộ câu hỏi Chỉ số CLGN Pittsburgh (PSQI) và EQ-5D-5L để đánh giá CLGN và CLCS của bệnh nhân. **Kết quả:** Gần 2/3 bệnh nhân cho biết có thời lượng ngủ <5 giờ và hiệu quả giấc ngủ <65%. Các vấn đề phổ biến nhất là khó vào giấc, thức dậy giữa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng và

mất ngủ vì cần vào nhà vệ sinh. 75% bệnh nhân đồng thời khó ngủ và khó duy trì giấc ngủ. Khoảng 75% bệnh nhân gặp vấn đề ở 2 chỉ tiêu đánh giá CLCS là đau/khó chịu và lo lắng, u sầu. **Kết luận:** Mặc dù được chẩn đoán và điều trị mất ngủ, CLGN và CLCS của bệnh nhân người cao tuổi vẫn chưa tối ưu. Cần có các biện pháp khác hỗ trợ bên cạnh việc sử dụng thuốc để nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khóa:** chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống, người cao tuổi, mất ngủ.

#### SUMMARY

### SLEEP QUALITY AND LIFE QUALITY OF ELDERLY PATIENTS WITH INSOMNIA DISORDERS AT NGUYEN TRAI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Objectives:** To investigate sleep characteristics, sleep quality and quality of life among outpatients treated for insomnia. **Methods:** We conducted a descriptive, cross-sectional study from May 2023 to July 2023 on outpatients at least 60 years of age, being prescribed with medications to treat insomnia. Data were collected through face-to-face interviews, using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Nguyễn Trãi TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Hồ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023