

DOI: 10.58490/ctump.2025i87.3766

**TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC HỢP LÝ TRONG ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY
NHIỄM KHUẨN TRÊN BỆNH NHI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ
TẠI MỘT BỆNH VIỆN Ở ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG NĂM 2024**

**Đoàn Thị Mỹ Duyên, Lý Đăng Khoa*, Huỳnh Giao, Huỳnh Nhật Hào, Nguyễn Lê Khánh Thy,
Cao Nguyễn Hoàng Trâm, Nguyễn Thị Mỹ Định, Nguyễn Thắng,
Nguyễn Hoàng Bách, Nguyễn Minh Phương**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nckhtcnk2425@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/3/2025

Ngày phản biện: 17/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/5/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiêu chảy nhiễm khuẩn là bệnh lý tiêu hóa phổ biến ở trẻ em, cần được điều trị kịp thời và hiệu quả. Trong đó, bù nước và điện giải, tiêu diệt tác nhân gây bệnh và bổ sung kẽm một cách hợp lý là những biện pháp quan trọng giúp ngăn ngừa biến chứng và giảm tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm và tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn trên bệnh nhi dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại một bệnh viện ở Đồng bằng Sông Cửu Long năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 192 bệnh án của bệnh nhi dưới 5 tuổi, xác định đặc điểm sử dụng và đánh giá tính hợp lý của các thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn theo các tiêu chí như lựa chọn, liều dùng, khoảng cách dùng, thời gian dùng, đường dùng. **Kết quả:** Kháng sinh được chỉ định cho 93,23% bệnh nhân, trong đó cefixim được lựa chọn nhiều nhất (29,8%). Phối hợp kháng sinh chiếm 6,7%, trong đó sự phối hợp giữa cefotaxim và tobramycin là phổ biến nhất (50%). Có 73,96% bệnh nhân được chỉ định bù dịch, lựa chọn bù dịch chiếm tỷ lệ cao nhất là dịch truyền (69,79%). Tỷ lệ lựa chọn kháng sinh hợp lý là 67,60%, lựa chọn bù nước và điện giải hợp lý là 24,62%. **Kết luận:** Việc sử dụng thuốc điều trị bệnh tiêu chảy nhiễm khuẩn tại bệnh viện cần được tối ưu hóa theo các hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn, đặc biệt là lựa chọn kháng sinh và liệu pháp bù dịch, góp phần đảm bảo an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân.

Từ khóa: Tiêu chảy nhiễm khuẩn, trẻ em, hợp lý, kháng sinh, bù dịch, kẽm.

ABSTRACT

**RATIONAL USE OF MEDICINES IN THE TREATMENT
OF INFECTIOUS DIARRHEA IN PEDIATRIC INPATIENTS
AT A HOSPITAL IN THE MEKONG DELTA IN 2024**

**Doan Thi My Duyen, Ly Dang Khoa*, Huynh Giao, Huynh Nhat Hao, Nguyen Le Khanh Thy,
Cao Nguyen Hoang Tram, Nguyen Thi My Dinh, Nguyen Thang,
Nguyen Hoang Bach, Nguyen Minh Phuong**
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Infectious diarrhea is a common gastrointestinal disease in children, necessitating timely and effective therapeutic interventions. Rational rehydration and electrolyte replacement, elimination of causative agents, and zinc supplementation are crucial measures to prevent complications and reduce mortality. **Objectives:** To identify the characteristics and rate of rational drug use in the treatment of infectious diarrhea in pediatric inpatients under 5 years old. **Materials and methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 192 medical records to identify drug use characteristics and to evaluate the rationality of drugs used for infectious diarrhea treatment based on criteria such as substance selection, dosage, dosing interval, duration, and route of administration. **Results:** Antibiotics were prescribed in 93.23% of cases, with

cefixime being the most frequently used antibiotic (29.8%). Antibiotic combinations accounted for 6.7% of total prescriptions, with the combination of cefotaxime and tobramycin being the most common (50%). Rehydration was indicated in 73.96% of the cases, in which intravenous fluids were the most common choice (69.79%). The rate of rational antibiotic prescribing was 67.60%, while the rate of rational rehydration and electrolyte replacement was only 24.62%. **Conclusion:** The use of drugs for infectious diarrhea treatment at the hospital needs to be optimized according to standard treatment guidelines, especially regarding antibiotic selection and fluid therapy, contributing to ensuring patient safety and effectiveness.

Keywords: Infectious diarrhea, pediatric, antibiotics, rehydration, zinc, rationality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy nhiễm khuẩn là một trong những bệnh phổ biến nhất ở trẻ em, ở cả các nước đang phát triển và phát triển. Mặc dù căn bệnh này hiếm khi gây tử vong ở các nước phát triển, nhưng ước tính có khoảng 1,6 triệu trẻ em tử vong mỗi năm do tiêu chảy ở các nước đang phát triển [1]. Trẻ em bị suy dinh dưỡng hoặc suy giảm miễn dịch cũng như người nhiễm HIV là những đối tượng có nguy cơ bị tiêu chảy đe dọa tính mạng cao nhất [2]. Bù nước và điện giải, tiêu diệt tác nhân gây bệnh và bổ sung kẽm một cách hợp lý là những biện pháp quan trọng giúp ngăn ngừa biến chứng và giảm tử vong. Tuy nhiên, việc áp dụng các liệu pháp trong điều trị tiêu chảy do vi khuẩn ở trẻ em vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có sự thống nhất trong thực hành lâm sàng [3]. Theo kết quả các nghiên cứu được thực hiện trong và ngoài nước, việc sử dụng thuốc trong điều trị bệnh tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ em vẫn còn nhiều vấn đề như chỉ định chưa hợp lý, liều dùng chưa hợp lý so với các hướng dẫn điều trị chuẩn, dẫn đến tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh, thời gian nằm viện dài và tốn kém về mặt chi phí [4],[5]. Trên cơ sở đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Xác định đặc điểm và tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn trên bệnh nhi dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại một bệnh viện ở Đồng bằng Sông Cửu Long năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) bệnh nhân nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn điều trị nội trú tại bệnh viện ở Đồng bằng Sông Cửu Long (Khoa Nội tiêu hóa) từ 02/2024 đến 07/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** HSBA bệnh nhân nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán tiêu chảy nhiễm khuẩn điều trị nội trú tại bệnh viện ở Đồng bằng Sông Cửu Long (Khoa Nội tiêu hóa) năm 2024 và có đầy đủ thông tin được lưu trữ tại phòng HSBA.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** HSBA của bệnh nhân bỏ viện, xin về trước khi bác sĩ có chỉ định xuất viện, chuyển viện. HSBA của bệnh nhân có mắc kèm nhiễm khuẩn khác, tay chân miệng, thủy đậu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được xác định theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu. p: tỷ lệ phần trăm chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy (%). Theo tác giả Nguyễn Văn Thiện và cộng sự (2023), tỷ lệ này là 37,2% [6]. $Z_{1-\alpha/2}^2$:

khoảng tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$). d: tỷ lệ thu được từ kết quả nghiên cứu chênh lệch so với thực tế, d được chọn là 7%. Từ đó, cỡ mẫu tính ra được là 183 mẫu. Để tránh trường hợp mẫu nghiên cứu không đạt yêu cầu, thu thập thêm 5% mẫu. Vì vậy, cỡ mẫu trong nghiên cứu là 192 bệnh án.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, phân tầng theo tháng. Lọc lấy danh sách HSBA mỗi tháng thỏa tiêu chuẩn chọn và loại trừ. Sau đó quay số ngẫu nhiên tại website www.random.org.vn để chọn ngẫu nhiên đơn 32 HSBA cho mỗi tháng.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm của bệnh nhi: tuổi, giới, phân độ mất nước, đặc điểm phân, sốt, nôn. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn gồm: Đặc điểm sử dụng kháng sinh gồm tỷ lệ kê đơn kháng sinh, đường dùng kháng sinh, loại kháng sinh, phối hợp kháng sinh. Lựa chọn bù dịch. Tỷ lệ chỉ định kẽm. Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh, lựa chọn bù dịch, liều dùng kẽm. Các tiêu chí đánh giá kháng sinh gồm lựa chọn, liều dùng, khoảng cách dùng, thời gian dùng và đường dùng. Tài liệu dùng để đánh giá theo thứ tự ưu tiên bao gồm: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em năm - Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong Nhi khoa - Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2022), Tờ hướng dẫn sử dụng, Dược thư quốc gia (2022), Guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe - ESPGHAN (2014).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu bằng Excel, phân tích bằng Stata 17.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Các thông tin trong HSBA được sử dụng với mục đích nghiên cứu; thông tin cá nhân và danh sách bệnh nhân được bảo mật và mã hóa. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với mã phiếu chấp thuận số 24.029.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	< 12 tháng	84	43,75
	12 – 24 tháng	66	34,38
	24 – 59 tháng	42	21,87
Giới tính	Nữ	69	35,94
	Nam	123	64,06
Phân độ mất nước	Không mất nước	162	84,38
	Có mất nước	30	15,62
	Mất nước nặng	0	0
Đặc điểm phân	Phân nước	130	67,71
	Phân nhầy	30	15,62
	Phân có máu	32	16,67

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%). Bệnh nhi nam (64,06%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ (35,94%). Bệnh nhi nhập viện với tình trạng lâm sàng là không mất nước (84,38%), tiêu phân lỏng nước (67,71%) chiếm tỷ lệ cao.

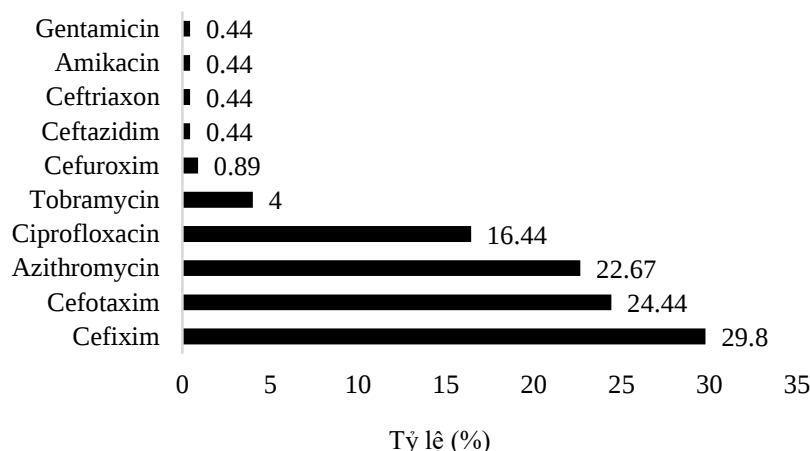
Tỷ lệ bệnh nhi có sốt: Bệnh nhi có triệu chứng sốt khi nhập viện (82,29%) chiếm ưu thế hơn so với bệnh nhi không sốt (17,71%)

Tỷ lệ bệnh nhi có nôn ói: 61,98% bệnh nhi có tình trạng nôn ói kèm tiêu lỏng, 38,02% bệnh nhi không ghi nhận được triệu chứng này khi nhập viện.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh: Có 93,23% bệnh nhi được kê đơn kháng sinh trong quá trình điều trị, 6,77% bệnh nhi không được kê đơn thuốc kháng sinh.

Đường dùng kháng sinh: Bệnh nhi được chỉ định kháng sinh dạng tiêm (54%) chiếm ưu thế hơn so với kháng sinh dạng uống (46%).



Biểu đồ 1. Các loại kháng sinh được sử dụng trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Nhận xét: Kháng sinh được lựa chọn nhiều nhất trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn là cefixim (29,8%), kế đến là cefotaxim (24,4%).

Bảng 2. Đặc điểm phối hợp kháng sinh trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Phối hợp	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Không	167	93,3
Có	12	6,7
Cefotaxim + ciprofloxacin	1	8,33
Ciprofloxacin + tobramycin	3	25
Cefotaxim + tobramycin	6	50
Cefotaxim + amikacin	1	8,33
Cefotaxim + gentamicin	1	8,33

Nhận xét: Chỉ có 6,7% bệnh án có phối hợp kháng sinh. Cặp kháng sinh phối hợp có tỷ lệ cao nhất là cefotaxim + tobramycin (50%).

Bảng 3. Đặc điểm bù nước và điện giải trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Bù nước và điện giải		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Không		50	26,04
Có	Dịch truyền	134	69,79
	Oresol	5	2,61
	Dịch truyền + oresol	3	1,56

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhi có chỉ định bù dịch là 73,96%, trong đó dịch truyền là lựa chọn bù dịch chiếm tỷ lệ cao nhất (69,79%).

Tỷ lệ sử dụng kẽm: Có 91,62% trẻ trong nghiên cứu được chỉ định bổ sung kẽm.

3.3. Tính hợp lý sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Bảng 4. Tỷ lệ sử dụng hợp lý các thuốc trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Thuốc		Hợp lý		Không hợp lý	
		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh (n=179)	Lựa chọn	121	67,60	58	32,40
	Liều dùng	163	91,06	16	8,94
	Số lần dùng	176	98,32	3	1,68
	Đường dùng	176	98,32	3	1,68
	Thời gian dùng	171	95,53	8	4,47
Lựa chọn bù dịch (n=142)		34	24,62	108	75,38
Liều dùng kèm (n=164)		164	100	0	0

Nhận xét: Trong 192 hồ sơ bệnh án thì có 67,6% lựa chọn kháng sinh hợp lý, 91,06% liều dùng kháng sinh hợp lý, 95,53% thời gian dùng kháng sinh hợp lý. Lựa chọn bù dịch hợp lý chỉ chiếm 24,62%. Trong khi đó, liều dùng kèm hợp lý là 100%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Trong 192 bệnh án thuộc mẫu nghiên cứu, nhóm bệnh nhi có độ tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%). Trong độ tuổi này, trẻ dễ bị tiêu chảy do chức năng của hệ tiêu hóa chưa hoàn chỉnh, nhất là những trẻ không bú mẹ [7]. Tỷ lệ bệnh nhi nam (64,06%) chiếm ưu thế trong nghiên cứu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thiện (61,5%) [6]. Sự chênh lệch này có thể vì sự mất cân bằng giới tính ở Việt Nam hiện nay. Trẻ có tình trạng mất nước chỉ chiếm 15,62%, không có trẻ nào mất nước nặng. Kết quả này cho thấy kiến thức của gia đình trẻ về tầm quan trọng của bù dịch và điện giải trong tiêu chảy đã được nâng cao. Sốt và nôn là các triệu chứng phổ biến trên bệnh nhi mắc tiêu chảy nhiễm khuẩn trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 82,29%; 61,98%.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Tỷ lệ bệnh nhi dưới 5 tuổi được chỉ định sử dụng kháng sinh chiếm 93,23%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Thiện (37,2%) và Lâm Hoàng Khánh (73,75%) [6], [9]. Sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm các bệnh án có chẩn đoán tiêu chảy do vi khuẩn, tác nhân gây bệnh đòi hỏi liệu pháp điều trị bằng kháng sinh. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế cũng như WHO, kháng sinh chỉ nên sử dụng trong trường hợp tiêu phân có máu, nhiễm khuẩn huyết hay mắc kèm các nhiễm khuẩn khác [7], [8]. Tuy nhiên, quyết định sử dụng liệu pháp kháng sinh trong tiêu chảy còn phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ liên quan đến vật chủ [3]. Kháng sinh có tần suất sử dụng cao nhất được ghi nhận là cefixim (29,8%), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thiện (34,6%) [6]. Cefixim có phổ kháng khuẩn rộng, được khuyến cáo trong điều trị tiêu chảy do vi khuẩn và tiện lợi khi sử dụng đường uống [10], [11]. Liệu pháp phối hợp kháng sinh chiếm tỷ lệ thấp (6,7%), với cặp phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là cefotaxim và tobramycin (50%), kết quả này tương đồng với tác giả Lâm Hoàng Khánh (57,14%) [9].

Bệnh nhi tiêu chảy nhiễm khuẩn không có chỉ định bù nước và điện giải chiếm 26,04%, tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Lâm Hoàng Khánh (11,75%) [9]. Điều này có thể là do bệnh nhi đã được bù nước đầy đủ ở tuyến dưới hoặc tại nhà, giúp giảm tỷ lệ bệnh nhi có nhu cầu bù nước khi nhập viện. Đáng chú ý, có 2,61% bệnh nhân có chỉ định bù dịch bằng oresol đơn độc và 1,56% chỉ định truyền dịch kết hợp với uống oresol.

Kết quả này rất thấp so với nghiên cứu của Lâm Hoàng Khánh với tỷ lệ sử dụng oresol là 38,66% [9]. Trong khi đó, truyền dịch chiếm tỷ lệ cao (69,79%). Kẽm được chỉ định cho hầu hết bệnh nhi trong nghiên cứu (91,62%). Việc chỉ định kẽm với tỷ lệ cao cũng phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO [7], [8]. Kẽm giúp rút ngắn thời gian tiêu chảy, giảm mức độ nặng của bệnh, và hỗ trợ khả năng phục hồi niêm mạc ruột [12].

4.3. Tính hợp lý sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 67,60% kháng sinh được lựa chọn hợp lý. Tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả Trần Văn Nhơn (88,3%) nhưng lại khá tương đồng với nghiên cứu của Muna Omar (57,87%) [4], [5]. Trên thực tế, quyết định lựa chọn kháng sinh điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn trên lâm sàng phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Ngoài việc tham khảo các khuyến cáo từ phác đồ, kinh nghiệm cũng như dự đoán của bác sĩ điều trị dựa trên mức độ nặng của bệnh và các yếu tố dịch tễ. Mặt khác, một trong những nguyên nhân của việc lựa chọn các kháng sinh ngoài khuyến cáo có thể là do mối lo ngại về tình trạng đề kháng thuốc ngày càng gia tăng hiện nay. Tình trạng kháng thuốc ngày càng tăng của *Shigella* và *Salmonella* không thương hàn là mối quan tâm chính khi lựa chọn phương pháp điều trị theo kinh nghiệm bệnh tiêu chảy cấp [13]. Do đó, người điều trị có xu hướng kê đơn các kháng sinh nằm ngoài khuyến cáo, với phổ tác dụng rộng và ít nguy cơ thất bại điều trị hơn đối với các trường hợp tiên lượng nặng. Trong các lựa chọn kháng sinh, cefotaxim có tần suất sử dụng cao thứ nhì (24,4%), chỉ đứng sau cefixim. Cefotaxim là một kháng sinh thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, được cho là có hiệu quả tương đương với ceftriaxon trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn [14]. Mặc dù vậy, việc sử dụng cefotaxim vẫn cần cân nhắc vì không nằm trong khuyến cáo chính thức của Bộ Y tế hay hiệp hội lớn về điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn trên đối tượng trẻ em, nếu không có định hướng của các bằng chứng đáng tin cậy như kết quả kháng sinh đồ. Hậu quả của việc lựa chọn kháng sinh chưa hợp lý có thể dẫn đến nguy cơ đề kháng kháng sinh nghiêm trọng hơn, tốn kém về mặt kinh tế cũng như kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhi. Liều dùng kháng sinh hợp lý trong nghiên cứu này là 91,06%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Rokhmah N.N. (79,05%) nhưng lại khá tương đồng với tác giả Trần Văn Nhơn (86,4%) [2], [5]. Điều này cho thấy mức độ tuân thủ hướng dẫn về liều dùng trong thực hành lâm sàng tương đối cao. Khác với đối tượng bệnh nhân là người trưởng thành, liều dùng kháng sinh cho trẻ em được tính toán dựa trên cân nặng. Điều này có thể gây ra khó khăn trong việc phân liều phù hợp cho trẻ, đặc biệt là khi sử dụng dạng bào chế dùng đường uống. Liều dùng quá cao có thể gây ra các tác dụng phụ không mong muốn và độc tính. Ngược lại, dùng liều quá thấp sẽ không đạt được hiệu quả điều trị tối ưu [2].

Tỷ lệ lựa chọn bù dịch hợp lý chỉ chiếm 24,62%, cho thấy vẫn còn nhiều bất cập trong thực hành lâm sàng. Điều này có thể do người điều trị nhận định rằng bệnh nhân không muốn sử dụng oresol, có thể vì mùi vị khó chịu gây khó khăn khi cho bệnh nhi uống; tình trạng hết hàng dẫn đến thiếu hụt oresol tại cơ sở y tế [15]. Mặt khác, do có tốc độ bù dịch nhanh hơn đường uống, truyền dịch thường được ưu tiên trong trường hợp bệnh nhi có nôn ói và/hoặc có tốc độ thải phân cao để ngăn ngừa biến chứng rối loạn điện giải và giảm nguy cơ thất bại trong bù dịch, dẫn đến việc sử dụng dịch truyền quá mức. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO, oresol được xem là giải pháp bù dịch an toàn, hiệu quả và kinh tế, đồng thời là lựa chọn ưu tiên trong trường hợp dự phòng mất nước và có mất nước khi tiêu chảy [7], [8]. Việc sử dụng dịch truyền không theo khuyến cáo có thể gây gia tăng chi phí điều trị và kéo dài thời gian nằm viện không cần thiết, đồng thời gây đau và sợ hãi cho bệnh nhi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc sử dụng thuốc điều trị bệnh tiêu chảy nhiễm khuẩn tại bệnh viện vẫn còn tồn tại một số hạn chế, đặc biệt là trong lựa chọn kháng sinh và liệu pháp bù dịch. Cần tối ưu hóa việc sử dụng thuốc trong điều trị tiêu chảy nhiễm khuẩn ở trẻ em theo các hướng dẫn điều trị tiêu chuẩn, góp phần đảm bảo an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Manetu W.M., M'masi S., Recha C.W. Diarrhea Disease among Children under 5 Years of Age: A Global Systematic Review. *Open Journal of Epidemiology*. 2021. 11(3). 207-221. DOI: 10.4236/ojepi.2021.113018.
2. Rokhmah N.N., Manuel Y.G.P., Kusuma E.N.P., Nurdin N.M. The Rationality of Antibiotics Use on Acute Diarrhea to Pediatric Inpatients in the Fatmawati Hospital for 2018-2019 period. *Galenika Journal of Pharmacy*. 2022. 8(1). 10-21. doi: 10.22487/j24428744.2022.v8.i1.15684.
3. Guarino A., Aguilar J., Berkley J., Broekaert I., Vazquez-Frias R., Holtz L., *et al.* Acute gastroenteritis in children of the world: what needs to be done? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2020. 70(5). 694-701. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002669.
4. Omar M., Kassem E., Abu-Jabal R., Mwassi B., Cohen D., and Muhsen K. Characterization of Antibiotic Treatment among Children Aged 0–59 Months Hospitalized for Acute Bacterial Gastroenteritis in Israel. *Antibiotics*. 2024. 13(1). 64. doi: 10.3390/antibiotics13010064.
5. Trần Văn Nhơn, Đỗ Văn Mãi, Hà Minh Hiền. Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú tại Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2020. 6(10). 15-24. doi: 10.34071/jmp.2020.6.2.
6. Nguyễn Văn Thiện, Trần Công Luận, Nguyễn Thị Quỳnh Hương và Nguyễn Thị Xuân Khanh. Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2020. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô*. 2020. 18. 154-166.
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. 2015. 316-344.
8. WHO. The treatment of diarrhea: A manual for physicians and other senior health workers. 2005.
9. Lâm Hoàng Khánh, Nguyễn Hữu Phúc, Bùi Tùng Hiệp, Bùi Đăng Minh Trí. Tình hình sử dụng thuốc điều trị nhiễm trùng đường ruột. *Tạp chí Y học Cộng Đồng*. 2021. 62(4). 8-16. doi: 10.52163/yhc.v62i4 (2021).102.
10. ESPGHAN. Guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. 2014, doi: 10.1097/MPG.0000000000000375.
11. Bệnh viện Nhi đồng 1. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong Nhi khoa. Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh. 2022.
12. Phạm Thành Suôi, Nguyễn Thắng. Dược lâm sàng 2. Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh. 2021.
13. Poramathikul K., Wojnarski M., Sok S., Sokh V., Chiek S., Seng H., *et al.* Update on *Shigella* and Nontyphoidal *Salmonella* Antimicrobial Drug Resistance: Implications on Empirical Treatment of Acute Infectious Diarrhea in Cambodia. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2021. 65(11). e00671-21. doi: 10.1128/AAC.00671-21.
14. Sharma B., Chalikwar R., Bhalerao S., Gondane A.A., Pawar D., Sharma A. Cefotaxime Versus Ceftriaxone: A Comprehensive Comparative Review. *Cureus*. 2024. 16(9). E69146. doi: 10.7759/cureus.69146.
15. Wagner Z., Mohanan M., Zutshi R., Mukherji A., and Sood N. What drives poor quality of care for child diarrhea? Experimental evidence from India. *Science*. 2024. 383(eadj9986). doi: 10.1126/science.adj9986.