

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.5242

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH HỢP LÝ VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2025-2026

Nguyễn Trần Ái Xuân^{1*}, Phạm Thành Suôi^{1,2}, Trương Hoài An³,
Nguyễn Thiên Vũ², Tiêu Ái Linh¹, Nguyễn Trần Ái Đăng¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Trường Đại học Maryland Eastern Shore

*Email: 24820512481@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 03/7/2026

Ngày phản biện: 12/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc lựa chọn phác đồ kháng sinh hợp lý đóng vai trò then chốt trong điều trị viêm phổi cộng đồng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm sử dụng kháng sinh và tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị viêm phổi cộng đồng, xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên hồ sơ bệnh án và tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của vi khuẩn gây bệnh viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2025 - 2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 194 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ ngày 01/01/2025 đến 28/02/2026. **Kết quả:** Trong 194 hồ sơ bệnh án chẩn đoán mắc viêm phổi cộng đồng, các phác đồ kháng sinh ban đầu ghi nhận phối hợp 2 kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 70,1% phác đồ kháng sinh kinh nghiệm phù hợp theo các khuyến cáo. Các chủng vi khuẩn phân lập được cao nhất là: *Streptococcus pneumoniae* (30,9%), *Klebsiella pneumoniae* (12,4%). Vi khuẩn đề kháng cao với nhóm beta-lactam (35 - 98%), và fluoroquinolon (70 - 79%). **Kết luận:** Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng đạt được hiệu quả tối đa khi có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ và các chuyên gia y tế cùng với sự tuân thủ nghiêm ngặt các hướng dẫn chuyên môn để giúp tối ưu hóa chỉ định và sử dụng kháng sinh hợp lý.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, kháng sinh hợp lý, đề kháng kháng sinh.

ABSTRACT

THE STATUS OF RATIONAL ANTIBIOTIC USE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2025-2026

Nguyen Tran Ai Xuan^{1*}, Pham Thanh Suoi^{1,2}, Truong Hoai An³,
Nguyen Thien Vu², Tieu Ai Linh¹, Nguyen Tran Ai Dang¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

3. University of Maryland Eastern Shore

Background: The selection of an appropriate antibiotic regimen plays a pivotal role in the treatment of community-acquired pneumonia. **Objectives:** To determine antibiotic usage patterns and the rate of rational antibiotic use in the treatment of community-acquired pneumonia, as well as the rate of isolated bacteria (based on medical records) and the overall antibiotic resistance rate of causative pathogens, at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital during 2025 - 2026.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 194 patient records diagnosed with community-acquired pneumonia at the Department of General Internal Medicine, Can Tho University Medical Center Hospital from 01/01/2025 to 28/02/2026. **Results:** Among 194 medical records of patients diagnosed with community-acquired pneumonia, regimens combining two antibiotics were the most frequently prescribed initial treatment. Empirical antibiotic regimens aligned with clinical guidelines in 70.1% of instances. The most frequently isolated bacterial strains were *Streptococcus pneumoniae* (30.9%) and *Klebsiella pneumoniae* (12.4%). High rates of resistance were observed against beta-lactams (35 - 98%) and fluoroquinolones (70 - 79%). **Conclusion:** The most effective use of antibiotics in treating community-acquired pneumonia is achieved through close collaboration between doctors and healthcare professionals, along with strict adherence to professional guidelines to optimize antibiotic prescription and and rational antibiotic use.

Keywords: Community-acquired pneumonia, rational antibiotic use, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là bệnh lý nhiễm trùng hô hấp dưới có tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng và tử vong cao trên phạm vi toàn cầu. Trong bối cảnh đó, kháng sinh đóng vai trò là liệu pháp điều trị chủ đạo. Tuy nhiên, hiệu quả lâm sàng và các biến cố bất lợi của thuốc chịu ảnh hưởng lớn bởi đặc điểm và bệnh lý riêng biệt của từng cá thể. Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý có thể dẫn đến hiệu quả điều trị kém, thậm chí làm bệnh nặng hơn, và thúc đẩy sự xuất hiện của các vi khuẩn đa kháng thuốc như MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*), *Pseudomonas aeruginosa* và *Enterobacteriaceae* sinh ESBL, đặc biệt khi lựa chọn kháng sinh ban đầu không phù hợp [1].

Mặc dù Bộ Y tế và các cơ sở y tế đầu ngành đã liên tục cập nhật phác đồ điều trị [2], thực trạng sử dụng kháng sinh trong lâm sàng vẫn còn nhiều bất cập, chưa hoàn toàn tối ưu [3]. Do đó, việc khảo sát tác nhân gây bệnh và tình hình đề kháng kháng sinh cần phải tiến hành thường xuyên, làm cơ sở để xây dựng phác đồ điều trị phù hợp. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu được thực hiện với các mục tiêu: Xác định đặc điểm sử dụng kháng sinh và tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị viêm phổi cộng đồng, xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên hồ sơ bệnh án và tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của vi khuẩn gây bệnh viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2025 - 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân được chẩn đoán VPCĐ tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ ngày 01/01/2025 đến 28/02/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** HSBA của bệnh nhân chẩn đoán VPCĐ và có chỉ định làm kháng sinh đồ. Được kê đơn điều trị bằng ít nhất 1 loại kháng sinh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi từ trên 48 giờ sau khi vào viện, HSBA được chẩn đoán lao phổi và suy giảm miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Thực tế thu được 194 HSBA thỏa mãn tiêu chuẩn.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập và đánh giá thông tin từ bệnh án lưu trữ tại phòng Kế Hoạch – Tổng hợp và phiếu khảo sát.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Đặc điểm phân bố HSBA của bệnh nhân VPCĐ theo nhóm tuổi, giới tính, mức độ nặng (chăm theo thang điểm CURB-65) [2] và kết quả điều trị (dựa theo kết quả trên HSBA lúc bệnh nhân xuất viện).

Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ:

- + Tỷ lệ đường dùng, loại phác đồ ban đầu, thời gian sử dụng kháng sinh.
- + Xác định tỷ lệ thay đổi kháng sinh và xuống thang kháng sinh.

Xác định tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý: Tỷ lệ hợp lý của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm theo tờ hướng dẫn sử dụng, hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2026 [2], hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế ban hành năm 2015 [4] và Dược thư Quốc gia Việt Nam; tỷ lệ hợp lý của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm theo kháng sinh đồ.

+ Xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên HSBA và tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của vi khuẩn.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số Liệu thu thập được mã hóa thành các biến số bằng excel 2016 và thông kê theo tần số và tỷ lệ phần trăm bằng SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 25.002.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới tính và mức độ nặng của bệnh nhân VPCĐ

Đặc điểm bệnh nhân		Số HSBA	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<65	42	21,6
	≥65	152	78,4
Giới tính	Nam	107	55,2
	Nữ	87	44,8
Mức độ nặng	Nhẹ (0-1)	116	59,8
	Trung bình (2)	67	34,5
	Nặng (3-5)	11	5,7
Kết quả điều trị	Đỡ/giảm	176	90,7
	Chuyển viện/chuyển khoa	12	6,2
	Xuất viện theo yêu cầu gia đình	6	3,1

Nhận xét: Tỷ lệ độ tuổi ≥65 (78,4%) chiếm đa số. Mức độ bệnh VPCĐ có tỷ lệ cao nhất là nhẹ (59,8%). Số bệnh nhân đỡ/giảm chiếm cao nhất với 90,7%.

3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh và tính hợp lý của phác đồ kháng sinh trong điều trị VPCĐ

Bảng 2. Đường dùng kháng sinh

Đường dùng kháng sinh	Số lượt kê đơn	Tỷ lệ (%)
Tiêm	407	72,8
Uống	152	27,2

Nhận xét: Đường dùng kháng sinh chủ yếu là đường tiêm 72,8%.

Bảng 3. Nhóm kháng sinh được sử dụng trong phác đồ ban đầu

Kiểu phối hợp trong phác đồ ban đầu	Số HSBA	Tỷ lệ (%)
Đơn trị liệu		
Carbapenem	2	1,0
Cephalosporin	65	33,5
Penicillin	10	5,2
Phối hợp 2 kháng sinh		

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 103/2026

Kiểu phối hợp trong phác đồ ban đầu	Số HSBA	Tỷ lệ (%)
Penicillin + Fluoroquinolon	36	18,6
Cephalosporin + Fluoroquinolon	63	32,5
Carbapenem + Fluoroquinolon	4	2,1
Carbapenem + Aminoglycosid	6	3,1
Penicillin + Glycopeptid	1	0,5
Cephalosporin + Aminoglycosid	1	0,5
Phối hợp 3 kháng sinh		
Carbapenem + Fluoroquinolon + Oxazolidinon	2	1,0
Carbapenem + 5-Nitroimidazol + Glycopeptid	1	0,5
Penicillin + 5-Nitroimidazol + Fluoroquinolon	2	1,0
Carbapenem + Aminoglycosid + Glycopeptid	1	0,5

Nhận xét: Trong phác đồ ban đầu loại phối hợp 2 kháng sinh chiếm cao nhất 57,2%,
Bảng 4. Số ngày sử dụng kháng sinh

Số ngày sử dụng kháng sinh	Số HSBA	Tỷ lệ (%)	Trung bình
≤ 7	116	59,8	7,42 $\pm$ 3,59 ngày
> 7	78	40,2	

Nhận xét: Số ngày sử dụng kháng sinh ≤ 7 ngày (59,8%) chiếm đa số.
Bảng 5. Tỷ lệ thay đổi kháng sinh và xuống thang kháng sinh

Thay đổi và xuống thang kháng sinh	Số HSBA	Tỷ lệ (%)
Thay đổi kháng sinh trong điều trị	Có	46
	Không	148
Xuống thang kháng sinh trong quá trình điều trị và ngay khi xuất viện	Có	136
	Không	58

Nhận xét: Có 23,7% HSBA có thay đổi kháng sinh trong điều trị. Có 70,1% bệnh nhân có xuống thang trong quá trình điều trị và ngay khi xuất viện.

Bảng 6. Tỷ lệ hợp lý của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm

Nội dung	Hợp lý		Không hợp lý	
	Tần suất	Tỷ lệ (%)	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Lựa chọn kháng sinh (n=194)	148	76,3	46	23,7
Liều dùng (n=148)	136	91,9	12	8,1
Đường dùng (n=148)	148	100	0	0
Hợp lý chung	70,1%			
Lựa chọn KSKN theo KSD	115	59,3	79	40,7

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý chung của kháng sinh kinh nghiệm theo khuyến cáo là 70,1%. Tỷ lệ hợp lý của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm theo kết quả kháng sinh đồ là 59,3%.

3.3. Xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên HSBA và tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của vi khuẩn VPCĐ

Bảng 7. Tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên HSBA của bệnh nhân VPCĐ

Định danh vi khuẩn		Số HSBA	Tỷ lệ (%)
Gram dương	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	60	30,9
	<i>Streptococcus Group A</i>	22	11,3
	<i>Group D Streptococcus</i>	7	3,6
Gram âm	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	24	12,4
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	5,7

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 103/2026

Định danh vi khuẩn		Số HSBA	Tỷ lệ (%)
	<i>Acinetobacter baumannii complex/ haemolyticus</i>	10	5,2
	<i>Moraxella catarrhalis</i>	14	7,2
Khác		46	23,7

Nhận xét: Các vi khuẩn gây bệnh phân lập được cao nhất là *Streptococcus pneumoniae* (30,9%), *Streptococcus Group A* (11,3%) và *Klebsiella pneumoniae* (12,4%).

Bảng 8. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của các chủng vi khuẩn

Kháng sinh	Nhạy		Trung gian		Kháng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ampicillin	3	2,24	0	0	131	97,76
Cefuroxim	11	5,98	8	4,35	165	89,67
Meropenem	106	59,55	8	4,49	64	35,69
Amikacin	50	68,49	13	17,81	10	13,7
Ciprofloxacin	16	19,28	2	2,41	65	78,31
Levofloxacin	43	24,71	8	4,60	123	70,69
Chloramphenicol	96	93,20	4	3,88	3	2,91
Azithromycin	9	8,65	13	12,5	82	78,85
Tetracyclin	46	41,07	12	10,71	54	48,21
Colistin	0	0	26	49,06	27	50,94
Clindamycin	22	20,75	4	3,77	80	75,47
TMP-SMX	19	12,1	18	11,46	120	76,43
Vancomycin	96	100	0	0	0	0

Nhận xét: Đề kháng nhóm beta-lactam Tỷ lệ dao động từ 35 - 98%, ampicillin cao nhất với 97,76%; kháng nhóm fluoroquinolon Tỷ lệ dao động từ 70 - 79%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên chiếm đa số (78,4%), có sự tương đồng với công bố của Trần Quỳnh Như (2025) tại Bệnh viện Thống Nhất với 81,77% [5] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Anh (2020) tại một bệnh viện công lập thành phố Hồ Chí Minh với 61,7% [6]. Về giới tính, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam giới là 55,2%, có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đặng Thị Thùy Linh (2023) tại Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ (nữ giới chiếm đa số với 61,61%) [7].

Khi đánh giá mức độ nặng theo thang điểm CURB-65, đa số bệnh nhân mắc bệnh ở mức độ nhẹ (59,8%) và trung bình (34,5%). Phần lớn bệnh nhân có kết quả điều trị tốt khi có đến 90,7% bệnh nhân xuất viện trong tình trạng sức khỏe đỡ/giảm. Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Tuấn [8] với khỏi, đỡ/giảm chiếm 92,5%.

4.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh và tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý

Nghiên cứu ghi nhận phác đồ ban đầu phối hợp 2 kháng sinh chiếm ưu thế với 57,2%, có sự tương đồng với báo cáo của Trần Quỳnh Như (2025) [5] với 69,79%, nhưng lại có khác biệt với các báo cáo của Nguyễn Kỳ Nam (2023) [9] tại cùng cơ sở với đơn trị 51,21%, kể đến là phối hợp 2 kháng sinh (46,8%). Việc đưa ra quyết định lựa chọn giữa liệu pháp phối hợp đa trị liệu hay duy trì đơn trị liệu là một bài toán cân nhắc tổng hòa dựa trên nhiều yếu tố: phân tầng mức độ nghiêm trọng của đợt nhiễm trùng cấp tính, các bệnh lý mạn tính đồng mắc của người bệnh, bối cảnh vi sinh học tại địa phương và nguy cơ phơi nhiễm với

các chủng vi sinh vật kháng thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy kháng sinh đường tiêm chiếm tỷ lệ cao (72,8%) và đường uống là 27,2%.

Về thời gian sử dụng kháng sinh trung bình, số liệu thực tế từ nghiên cứu ghi nhận kết quả là $7,42 \pm 3,59$ ngày. Kết quả này có khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An [8]: Thời gian dùng kháng sinh trung bình đạt mức $9,48 \pm 3,02$ ngày. HSBA có thay đổi kháng sinh chiếm 23,7%. Sự thay đổi kháng sinh phản ánh những hạn chế trong lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ban đầu, đồng thời chịu tác động trực tiếp từ tình trạng đề kháng kháng sinh phức tạp tại cơ sở điều trị. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá thể hóa điều trị thông qua việc xác định các yếu tố nguy cơ, nhằm đảm bảo tính chính xác của phác đồ khởi đầu theo các khuyến cáo. Tỷ lệ bệnh nhân được xuống thang trong quá trình điều trị và ngay tại thời điểm xuất viện là 70,1%. Việc chủ động thu hẹp phổ kháng khuẩn là để làm giảm áp lực chọn lọc tự nhiên của thuốc lên các chủng vi sinh vật, từ đó ngăn chặn sự hình thành và phát triển của các dòng vi khuẩn đa kháng thuốc ngay trong lòng các khoa phòng nội trú [10].

Phác đồ kinh nghiệm hợp lý chung (70,1%), cao hơn so với kết quả của tác giả Hoàng Thị Như Quỳnh (2024) [11] tại Viện Y học Hải quân là 41,58%. Trong đó, tỷ lệ lựa chọn kháng sinh hợp lý ban đầu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả với 76,3%, có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kỳ Nam (2023) tại cùng một cơ sở là với tỷ lệ 71% [9]. Tỷ lệ phác đồ không phù hợp 29,9% vẫn còn tương đối cao, minh chứng cho sự không đồng nhất giữa thực hành kê đơn thực tế và các khung hướng dẫn điều trị kháng sinh hiện hành của Bộ Y tế. Tính hợp lý của phác đồ kháng sinh kinh nghiệm theo kết quả kháng sinh đồ đạt 59,3%. Tỷ lệ hợp lý tương đối thấp, thực trạng này phản ánh những thách thức lớn trong việc lựa chọn liệu pháp điều trị theo kinh nghiệm do hạn chế về dữ liệu định danh và mô hình đề kháng kháng sinh tại chỗ. Việc phổ biến các hướng dẫn điều trị cập nhật đến các khoa lâm sàng là yêu cầu cấp thiết. Đồng thời, bệnh viện cần tăng cường áp dụng chiến lược phân tầng mức độ bệnh và đánh giá nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

4.3. Tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên HSBA của bệnh nhân VPCĐ và tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung của vi khuẩn

Phân lập được các loại vi khuẩn phổ biến gây bệnh VPCĐ, trong đó, cao nhất là *Streptococcus pneumoniae* (30,9%), *Klebsiella pneumoniae* (12,4%) tương đồng với kết quả của Nguyễn Kỳ Nam (2023) [9] với tỷ lệ lần lượt là 30,4% và 15,5%, nhưng khác với kết quả của Lâm Nguyệt Anh (2020) với *Klebsiella pneumoniae* (36,9%) và *Acinetobacter baumannii* (29,5%) [12].

So với tác giả Nguyễn Thanh Lâm (2023) [13] tại cùng cơ sở, nghiên cứu ghi nhận kết quả tương tự với tỷ lệ kháng cao ở nhóm fluoroquinolon (56–58%) và Clindamycin (70% và 75%). Tuy nhiên, nghiên cứu này có tỷ lệ kháng Meropenem cao hơn hẳn (36,0% so với 13,8%), Nguyễn Thanh Lâm lại có sự xuất hiện kháng vancomycin (13,7%). Sự phân hóa dịch tễ này đòi hỏi cơ sở phải liên tục linh hoạt cập nhật phác đồ theo dữ liệu vi sinh thực tế. Việc đề kháng vancomycin (0%), amikacin (13,7%) ở nghiên cứu này thấp vẫn là những lựa chọn quan trọng cho phác đồ phối hợp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã xác định chung về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu, đặc điểm sử dụng kháng sinh, sử dụng kháng sinh hợp lý, tỷ lệ vi khuẩn phân lập được và tỷ lệ

đề kháng kháng sinh chung của các chủng vi khuẩn. Dù kết quả có sự khác biệt nhất định, nhìn chung tỷ lệ phác đồ sử dụng kháng sinh hợp lý ban đầu vẫn còn ở mức thấp, cho thấy sự cần thiết của các biện pháp can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shindo Y, Hasegawa Y. Regional differences in antibiotic-resistant pathogens in patients with pneumonia: Implications for clinicians. *Respirology*. 2017. 22(8), 1536-1546, doi: 10.1111/resp.13135.
 2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi cộng đồng ở người lớn. Ban hành kèm theo Quyết định số 2147/QĐ-BYT ngày 15/07/2026. Hà Nội. 2026.
 3. Lê Văn Minh, Nguyễn Thị Như Mai, Nguyễn Tấn Đạt. Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh và kết quả can thiệp về sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 – 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 332(2), 380-384, DOI: 10.51298/vmj.v532i2.7654.
 4. Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015. Hà Nội. 2015.
 5. Trần Quỳnh Như, Trần Bảo Tính, Nguyễn Tuấn Dũng, Nguyễn Quốc Hòa. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2025. 28(9), 45-53, doi: 10.32895/hejm.p.2025.09.05.
 6. Nguyễn Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thắng, Nguyễn Hương Thảo. Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại một bệnh viện công lập Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020. 27, 98-104.
 7. Đặng Thị Thùy Linh, Hà Văn Thanh, Hồ Văn Long. Tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân nội trú tại khoa Nội, Trung tâm Y tế quận Cẩm Lệ, Đà Nẵng, năm 2021 và 2022. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Duy Tân*. 2024. 01(62), 152-162.
 8. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 505(2), 271-276, doi: 10.51298/vmj.v505i2.1142.
 9. Nguyễn Kỳ Nam, Phạm Thành Suôi. Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021. 40, 149-156.
 10. Võ Phạm Minh Thư, Trần Trọng Anh Tuấn và Nguyễn Thiên Vũ. Xuống thang kháng sinh ở bệnh nhân nặng: Khoảng trống giữa lý thuyết và thực hành. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. (67), 134-143, doi: 10.58490/ctump.2023i67.2191.
 11. Hoàng Thị Như Quỳnh, Chu Thị An, Nguyễn Trọng Toàn. Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại viện Y học Hải Quân năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2026. 559(2), 207-211, doi: 10.51298/vmj.v559i2.17532.
 12. Lâm Nguyệt Anh, Phạm Thành Suôi, Mã Nhơn Khiêm. Đặc điểm vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020. 29, 103-110.
 13. Nguyễn Thanh Lâm, Lâm Hoài Trung, Võ Phạm Minh Thư, Dương Thị Thanh Vân. Khảo sát về tình hình sử dụng kháng sinh và sự đề kháng kháng sinh tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 60, 58-64, doi: 10.58490/ctump.2023i60.448.
-