

## 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

*Nguyễn Kỳ Nam\*, Phạm Thành Suôi*  
*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*  
*\*Email: nguyenkynam993@gmail.com*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sự phù hợp của phác đồ kháng sinh ban đầu là rất quan trọng trong điều trị viêm phổi cộng đồng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm sử dụng kháng sinh, đánh giá tính hợp lý trong chỉ định kháng sinh và các tác nhân gây bệnh viêm phổi cộng đồng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 207 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng điều trị nội trú Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ ngày 01/01/2020 đến 30/4/2021. **Kết quả:** Kháng sinh đã được sử dụng trong điều trị viêm phổi cộng đồng: nhóm  $\beta$ -lactam chiếm tỷ lệ cao nhất, với các penicillin là 16,3%, cephalosporin là 21,9% và carbapenem là 16,9%. Nhóm fluoroquinolon có tỷ lệ chỉ định

là 19,2%. Levofloxacin là kháng sinh được chỉ định nhiều nhất chiếm tỷ lệ 10,1%. Phác đồ kháng sinh khởi đầu loại đơn trị liệu chiếm tỷ lệ 51,2%, phác đồ phối hợp 2 kháng sinh chiếm 46,8%, phác đồ 3 kháng sinh là 1,9%. Có 54,6% phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm được lựa chọn phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2015 và 57,9% phác đồ kháng sinh khởi đầu phù hợp khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Các chủng vi khuẩn phân lập chủ yếu là *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* và *Haemophilus influenzae*. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng chủ yếu theo kinh nghiệm vì thường không xác định được nguyên nhân gây bệnh, cần được chuẩn hoá qua các nghiên cứu tiến cứu quy mô lớn và sự cần thiết phải tuân thủ phác đồ trong điều trị.

**Từ khóa:** Kháng sinh, viêm phổi cộng đồng, hướng dẫn điều trị.

## ABSTRACT

### THE SITUATION OF ANTIBIOTIC USE IN TREATMENT FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2020-2021

*Nguyen Ky Nam\*, Pham Thanh Suol*

*Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** The appropriateness of initial antimicrobial regimen are very important in the treatment of community-acquired pneumonia. **Objectives:** To identify characteristics of antibiotic use, the rationality of antibiotic indication, and to identify bacterial pathogens of CAP. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 207 medical records of inpatients diagnosed with CAP at the General Internal Medicine Department of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 01/01/2020 to 30/04/2021. **Results:** Antibiotics were used in the treatment for CAP: the  $\beta$ -lactam group accounted for the highest proportion, with penicillins 16.3%, cephalosporins 21.9%, and carbapenem 16.9%. Fluoroquinolones accounted for 40.42%. Levofloxacin is the most prescribed antibiotic, accounting for 10.1%. Antibiotic regimens, antibiotic monotherapy accounted for 51.2%, the regimen of 2 antibiotics accounted for 46.8%, the regimen of 3 antibiotics accounted for 1.9%. There were 54.6% of the starting antibiotic regimen was consistent with the treatment guidelines of the Ministry of Health issued in 2015 and 57.9% of appropriate starting antibiotic regimens since results of bacterial culture and antibiogram. Bacterial pathogens were *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* and *Haemophilus influenzae*. **Conclusion:** The use of antibiotics in the treatment of community-acquired pneumonia is mainly empiric because the cause is often unknown. Large-scale prospective studies are needed to confirm the need for adherence to treatment regimens.

**Keywords:** Antibiotics, community-acquired pneumonia, guidelines.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) được mô tả là tình trạng nhiễm khuẩn của nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện [1]. Việc lựa chọn kháng sinh điều trị VPCĐ phụ thuộc vào các yếu tố như loại vi khuẩn gây bệnh, tính nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh,... và chỉ định kháng sinh phù hợp là một trong những yếu tố quan trọng quyết định chi phí cũng như sự thành công trong điều trị [7]. Mặt khác, 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 [1].

Khoa Nội tổng hợp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ là nơi tiếp nhận và điều trị các bệnh lý nội khoa và tỷ lệ bệnh nhân viêm đường hô hấp luôn chiếm tỷ lệ cao nhất. Để giảm tỷ lệ đề kháng kháng sinh, lựa chọn kháng sinh hợp lý, an toàn nhằm nâng

cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu:

1. Xác định đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng.
2. Đánh giá tính hợp lý trong chỉ định kháng sinh và các tác nhân gây bệnh viêm phổi cộng đồng tại khoa Nội Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: Tất cả các hồ sơ bệnh án của BN được chẩn đoán VPCĐ được điều trị nội trú tại khoa Nội Tổng hợp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2020 đến 30/4/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Hồ sơ bệnh án của BN được chẩn đoán VPCĐ và có chỉ định làm KSD. Được kê đơn điều trị bằng ít nhất 1 loại KS. Nằm viện ít nhất 24 giờ.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng nhưng sau 48 giờ nhập viện.
- **Thời gian thực hiện nghiên cứu:** Từ tháng 05/2020 đến tháng 05/2021.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. N=207 số bệnh án viêm phổi cộng đồng thỏa mãn tiêu chuẩn.
- **Thu thập số liệu:** thu thập thông tin từ bệnh án lưu tại phòng Kế hoạch – Tổng hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thu thập và đánh giá thông tin từ phiếu khảo sát.

#### - Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

- + Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi; đặc điểm giới tính.
- + Phân bố mức độ nặng của bệnh nhân VPCĐ.

Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ:

- + Các nhóm kháng sinh, số lượng và đường dùng đã được sử dụng.
- + Xác định tỷ lệ loại phác đồ ban đầu theo nhóm kháng sinh.
- + Xác định tỷ lệ cách phối hợp kháng sinh.
- + Thay đổi kháng sinh trong điều trị và cơ sở của sự thay đổi kháng sinh.

Đánh giá sự phù hợp của việc lựa chọn phác đồ kháng sinh trong điều trị VPCĐ:

- + Tỷ lệ lựa chọn lựa chọn phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2015 [2].

- + Tỷ lệ lựa chọn phác đồ KS khởi đầu phù hợp khi có kết quả nuôi cấy VK và KSD.

Xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân VPCĐ.

- **Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu:** Số liệu thu thập từ bệnh án ghi vào phiếu khảo sát, mã hóa thành các biến số bằng excel và thống kê theo tần số và tỷ lệ phần trăm bằng SPSS 20.0.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

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

Đặc điểm của bệnh nhân		Số lượng (n = 207)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	38	18,4
	≥ 60	169	81,6
Giới tính	Nam	108	52,2
	Nữ	99	47,8
Phân bố mức độ nặng	Nhẹ (0-1)	112	54,1
	Trung bình (2)	80	38,6
	Nặng (3-5)	15	7,3

Nhận xét: Chiếm đa số các nhóm đối tượng: tuổi ≥ 60, nam giới và mức độ bệnh nhẹ và trung bình.

#### 3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ

##### - Các nhóm kháng sinh, số lượng và đường dùng đã được sử dụng

Kháng sinh sử dụng: Kết quả nghiên cứu cho thấy có tất cả 26 hoạt chất KS đã được sử dụng điều trị VPCĐ với tổng lượt chỉ định là 942 lần. Chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm kháng sinh được chỉ định là nhóm  $\beta$ -lactam, với các phân nhóm như penicillin 16,3%, cephalosporin 21,9%, carbapenem 16,9%, fluoroquinolon 19,2%, aminoglycosid 1,3%, nitroimidazol 2,5%, glycopeptid (vancomycin) 3,4%, oxazolidinon (linezolid) 1,7%, macrolid (azithromycin) 5,1%, polymyxin (colistin) 5,1%.

Về đường dùng: Đường tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 73% và đường uống 27%. Kháng sinh được sử dụng đường uống bao gồm: amoxicillin/acid clavulanic (6,6%), cefuroxim (5,1%), cefixim (1,3%), ciprofloxacin (1,1%), levofloxacin (2,1%), azithromycin (5,1%), sulfamethoxazol + trimethoprim (1,5%).

##### - Xác định tỷ lệ loại phác đồ ban đầu theo nhóm kháng sinh

Thành phần phác đồ ban đầu chủ yếu là 3 nhóm kháng sinh gồm cephalosporin (37,1%), fluoroquinolon (27,5%) và carbapenem (8,7%).

Phối hợp 02 kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là cephalosporin + fluoroquinolon (27,9%), kế tiếp là phối hợp penicillin + acid clavulanic (13,5%), carbapenem + fluoroquinolon (12,5%) và thấp nhất là phối hợp cephalosporin + glycopeptid (1,9%).

Phối hợp 3 KS không phổ biến trong điều trị VPCĐ. Trong đó, nổi bật nhất là kết hợp của 3 KS cephalosporin + fluoroquinolon + nitroimidazol (43,8%). Kế đến là carbapenem + fluoroquinolon + nitroimidazol (31,2%). Cephalosporin + Aminoglycosid + Fluoroquinolon chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,2%).

##### - Xác định tỷ lệ cách phối hợp kháng sinh

Bảng 2. Tỷ lệ cách phối hợp kháng sinh trong phác đồ điều trị

Tỷ lệ cách phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ
Đơn trị liệu	106	51,2
Phối hợp 2 KS	97	46,8
Phối hợp 3 KS	4	1,9
Tổng	207	100

Nhận xét: Phác đồ đơn trị liệu chiếm tỷ lệ cao nhất 51,21%, phác đồ 3 kháng sinh

chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,9%.

**- Thay đổi kháng sinh trong điều trị và cơ sở của sự thay đổi kháng sinh**

Bảng 3. Tỷ lệ thay đổi và cơ sở của sự thay đổi kháng sinh

Cơ sở của sự thay đổi kháng sinh		Số lượng	Tỷ lệ %
Thay đổi kháng sinh	Có thay đổi	67	32,4
	Không thay đổi	140	67,6
	Tổng	207	100
Cơ sở thay đổi	Lựa chọn KS theo kinh nghiệm	34	50,7
	Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ	8	11,9
	Theo đường dùng	22	32,9
	Tác dụng không mong muốn	3	4,5
	Tổng	67	100

Nhận xét: Có 67 trường hợp trong 207 BN VPCĐ phải thay đổi KS, chiếm tỷ lệ 32,4%. Cơ sở thay đổi KS ban đầu dựa trên cơ sở kinh nghiệm chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,7%, thay đổi KS dựa trên tác dụng không mong muốn có tỷ lệ thấp nhất 4,5%.

**3.3. Đánh giá sự phù hợp của việc lựa chọn phác đồ kháng sinh trong điều trị VPCĐ**

- Tỷ lệ lựa chọn phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2015.

Bảng 4. Tỷ lệ lựa chọn phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm phù hợp với hướng dẫn điều trị của BHYT ban hành năm 2015

Đánh giá lựa chọn kháng sinh	Mức độ nặng của VPCĐ						Tổng	
	Nhẹ		Vừa		Nặng		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Phù hợp	97	72,9	41	69,5	9	60	147	71
Chưa phù hợp	36	27,1	18	30,5	6	40	60	29
Tổng	133	100	59	100	15	100	207	100

Nhận xét: Tỷ lệ phác đồ KS khởi đầu theo kinh nghiệm được lựa chọn phù hợp chiếm 71%. Tỷ lệ lựa chọn phác đồ KS khởi đầu phù hợp khi có kết quả nuôi cấy VK và KSD.

Bảng 5. Tỷ lệ lựa chọn phác đồ KS khởi đầu phù hợp khi có kết quả nuôi cấy VK và KSD

Đánh giá lựa chọn kháng sinh khi có kết quả nuôi cấy	Số lượng	Tỷ lệ%
Phù hợp	120	57,9
Không phù hợp	87	42,1
Tổng	207	100,00

Nhận xét: Tỷ lệ phác đồ kháng sinh khởi đầu được lựa chọn phù hợp khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ chiếm tỷ lệ 57,9%.

**3.4. Xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân VPCĐ**

Bảng 6. Các loại vi khuẩn thường gặp phân lập được

STT	Gram	Vi khuẩn phân lập	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Gram	Streptococcus pneumoniae	63	30,4

STT	Gram	Vi khuẩn phân lập	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2	dương	Staphylococcus aureus	28	13,7
3	Gram âm	Klebsiella pneumoniae	32	15,5
4		Escherichia coli	9	4,3
5		Pseudomonas aeruginosa	7	3,4
6		Acinetobacter baumannii	8	4,8
7		Haemophilus influenzae	26	12,6

Nhận xét: Phân lập được 7 loại vi khuẩn. Trong đó, 3 loại vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là: Streptococcus pneumoniae chiếm tỷ lệ cao nhất (30,4%), kế đến là Klebsiella pneumoniae 15,5%, Staphylococcus aureus 3,7%, Haemophilus influenzae 12,6%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Phân bố tuổi, giới tính: Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân đang điều trị VPCĐ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ trong năm 2019 thuộc nhiều nhóm tuổi khác nhau và có sự phân bố chênh lệch giữa các nhóm tuổi. Trong đó, nhóm bệnh nhân cao tuổi, trên 60 tuổi là chiếm chủ yếu, lên đến 81,6%. Số liệu này khá tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa năm 2017 thực hiện tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên với bệnh nhân tuổi cao ( $\geq 65$ ) chiếm chủ yếu (80,9%) [4], và nghiên cứu của Tô Mỹ Trang năm 2019 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ cũng có kết quả bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 65$ ) chiếm tỷ lệ cao nhất (78,9%) [5]. Tỷ lệ viêm phổi cộng đồng: Nam 52,2%, nữ 47,8%, so với nghiên cứu của Tô Mỹ Trang năm 2019 là nam 35,4%, nữ 64,6%.

Phân bố mức độ nặng của bệnh nhân VPCĐ: Căn cứ theo thang điểm CURB65, 54,1% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu mắc VPCĐ ở mức độ nhẹ, 38,6% bệnh nhân VPCĐ ở mức độ trung bình và 7,3% bệnh nhân VPCĐ ở mức độ nặng. Kết quả nghiên cứu này có khác biệt so với nghiên cứu của Lê Tiến Dũng năm 2017 tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh [3]. Hướng dẫn điều trị (HDDT) năm 2005 của Bộ Y tế cũng khuyến cáo, chỉ riêng với yếu tố tuổi  $\geq 65$  tuổi cũng đủ để bệnh nhân phải nhập viện điều trị [2].

### 4.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ

Nghiên cứu này cho thấy hầu hết kháng sinh được lựa chọn là nhóm  $\beta$ -lactam (41,8%), kế đến là fluoroquinolon 19,2%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu như nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa (2017) với nhóm  $\beta$ -lactam 44,1% [4]; nhưng thấp hơn nghiên cứu của Tô Mỹ Trang (2019) có nhóm  $\beta$ -lactam 53,6% lượt kháng sinh [5]. Kết quả nghiên cứu cho thấy kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam chiếm vai trò trọng tâm trong điều trị VPCĐ, trong đó cephalosporin thế hệ 3 là chủ yếu (13,5%), C3G vừa có phổ kháng khuẩn gram âm, vừa có phổ kháng khuẩn gram dương, có hoạt tính trên phần lớn các tác nhân gây VPCĐ. Hơn nữa, khi phối hợp với chất ức chế  $\beta$ -lactamase, phổ kháng khuẩn của kháng sinh được mở rộng trên các chủng vi khuẩn đề kháng do khả năng ức chế dẫn đến bất hoạt đa số  $\beta$ -lactamase tiết ra bởi vi khuẩn gram âm, gram dương và vi khuẩn kỵ khí. Với những ưu điểm trên, C3G chiếm tỷ lệ chỉ định cao cũng là hợp lý. Điều này là hợp lý vì theo các hướng dẫn điều trị VPCĐ của ATS [6], hay các hướng dẫn điều trị trong nước, các  $\beta$ -lactam đều được chọn ưu tiên sử dụng và chiếm phần lớn. Mức độ nặng bệnh VPCĐ theo thang điểm CURB65 ở mức độ vừa và nặng chiếm tỷ lệ khá cao (45,8%), do đó sử dụng thuốc chủ yếu đường tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao (73%). Các hướng dẫn điều trị tương đối đồng thuận khi cùng khuyến cáo VPCĐ mức độ nhẹ và vừa nên bắt đầu với các kháng

sinh đường uống, chỉ nên sử dụng kháng sinh đường tiêm trong trường hợp đường uống không thực hiện được [1], [2].

Đa số phác đồ kháng sinh khởi đầu là phác đồ đơn trị liệu chiếm 51,21%, kể đến phác đồ phối hợp 2 kháng sinh (46,8%). Kết quả này so với các nghiên cứu khác có sự khác biệt, như nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa (2017) tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên có 57,7% phác đồ khởi đầu là phối hợp 2 KS, 39,9% phác đồ khởi đầu đơn độc [4]; trong kết quả nghiên cứu của Lê Tiến Dũng (2017) có 51,8% phác đồ khởi đầu phối hợp 2 KS, 46,4% phác đồ khởi đầu đơn độc [3].

Tỷ lệ thay đổi kháng sinh chiếm tỷ lệ 32,4%, kết quả này do có nhiều nguyên nhân, trong đó do thay đổi kháng sinh trong vòng 48 giờ hoặc lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ban đầu chưa hợp lý và mức độ đề kháng kháng sinh chiếm tỷ lệ khá cao. Do đó, cần phải xác định tiền sử bệnh cùng các yếu tố nguy cơ có thể có để lựa chọn kháng sinh ban đầu hợp lý theo các hướng dẫn điều trị VPBV. Tỷ lệ thay đổi phác đồ của chúng tôi có lớn hơn khi so sánh với các nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa (2017) có 28,7% [4]. Trong tổng số 67 trường hợp có sự thay đổi phác đồ kháng sinh ban đầu, có 50,7% trường hợp thay đổi dựa trên cơ sở kinh nghiệm điều trị của bác sĩ, có 11,9% thay đổi kháng sinh dựa trên thay đổi theo kết quả nuôi cấy vi khuẩn và KSD. Như vậy bác sĩ thay đổi phác đồ chủ yếu dựa trên kinh nghiệm điều trị. Một số ít bệnh nhân thất bại trong phác đồ kháng sinh ban đầu được xét nghiệm tìm vi khuẩn và thay đổi theo kết quả căn nguyên gây bệnh.

#### 4.3. Đánh giá sự phù hợp của việc lựa chọn phác đồ kháng sinh trong điều trị VPCĐ

Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (HSDSKS) của Bộ Y tế năm 2015 căn cứ vào thang điểm CURB65 để phân loại các mức độ nặng của VPCĐ và từ đó khuyến cáo các phác đồ điều trị theo kinh nghiệm tương ứng với từng mức độ nặng của bệnh [1]. Các phác đồ ban đầu được so sánh với các phác đồ khuyến cáo của Bộ Y tế 2015 [2] để xác định sự phù hợp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phác đồ kháng sinh khởi đầu theo kinh nghiệm được lựa chọn phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế ban hành năm 2015 chiếm 147 phác đồ tương ứng với 71% trong tổng 207 phác đồ. Trong đó, số phác đồ lựa chọn kháng sinh phù hợp của nhóm viêm phổi mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 72,9%, 69,5% và 60%.

Tỷ lệ này cho thấy tồn tại một khoảng cách khá lớn giữa thực tế lựa chọn phác đồ điều trị so với các khuyến cáo trong HSDSKS của Bộ Y tế. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cao hơn các nghiên cứu tương tự cũng cho kết quả là tỷ lệ phù hợp trong việc lựa chọn kháng sinh khởi đầu so với hướng dẫn của Bộ Y tế tương đối thấp, như: nghiên cứu của Lê Tiến Dũng (2017) cho kết quả là 43,2% [3]; nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa (2017) cho kết quả là 45,8% [4] và nghiên cứu của Tô Thị Mỹ Trang (2019) cho kết quả là 57,7% [5]. Vấn đề trên cho thấy, phác đồ điều trị khởi đầu khi chưa có bằng chứng vi sinh, lựa chọn kháng sinh còn phụ thuộc vào bệnh nhân cụ thể, bệnh lý mắc kèm, tình trạng đề kháng tại địa phương. Do đó, sự thiếu hụt thông tin về vi khuẩn gây bệnh và sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn là khó khăn rất lớn khi đưa ra quyết định lựa chọn phác đồ điều trị theo kinh nghiệm.

#### 4.4. Xác định tỷ lệ vi khuẩn được phân lập trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân VPCĐ

Đã phân lập được 7 loại vi khuẩn, trong đó có *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* vẫn là các chủng phân lập được hàng đầu trong nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và viêm phổi bệnh viện nói riêng, phù hợp với kết quả của các nghiên cứu của Tô Thị Mỹ Trang (2019) [5] và Đỗ Trung Nghĩa (2017) [4] tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát trên 207 HSBA của các bệnh nhân VPCĐ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2021 đã xác định chung về đặc điểm sử dụng kháng sinh, tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh và xác định một số vi khuẩn gây VPCĐ thường gặp. Việc xác định được nguy cơ kháng thuốc và biết tình hình kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh là tiền đề quan trọng để quyết định điều trị kháng sinh hợp lý.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp - Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT, Hà Nội.
  2. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh - Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015, Hà Nội.
  3. Lê Tiến Dũng (2017), Đặc điểm vi khuẩn và đề kháng kháng sinh invitro gây viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
  4. Đỗ Trung Nghĩa (2017), Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Dược Hà Nội.
  5. Tô Mỹ Trang (2019), Khảo sát đặc điểm và đánh giá sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Luận văn Thạc sĩ Dược học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
  6. American Thoracic Society (2019), Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 200 Number 7 October 1 2019.
  7. Postma DF, van Werkhoven CH, van Elden LJ, Thijsen SF (2015), Antibiotic treatment strategies for community-acquired pneumonia in adults, *N Engl J Med* ;372:1312–1323  
(Ngày nhận bài: 20/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 12/8/2021)
-