

# HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN

Bùi Đặng Lan Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh<sup>2</sup>, Đỗ Văn Mãi<sup>2</sup>, Đoàn Ngọc Giang Lâm<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị kháng sinh viêm phổi cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca trên 158 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng nhập viện điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi - thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn từ 07/2020 - 09/2020. **Kết quả:** Sau 3 ngày đầu điều trị kháng sinh, đáp ứng tốt với điều trị là 76,58 %, không đáp ứng chiếm tỷ lệ 23,42%. Kháng sinh đơn trị liệu sử dụng, tỉ lệ thành công sau 72h cao nhất là levofloxacin - chiếm 80,0%, ceftriaxon là 75,0%. Tất cả các phối hợp 2 kháng sinh đều có tỉ lệ thành công trên 60%. 5 trường hợp sử dụng phối hợp 3 kháng sinh, tỉ lệ thành công là 100%. Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nhóm sử dụng phác đồ điều trị khác nhau là có ý nghĩa với  $p = 0,023$ . Sự khác biệt về hiệu quả điều trị của các bệnh nhân được đổi thuốc và/hoặc bổ sung thuốc kháng sinh là có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Thời gian điều trị trung bình là  $9,2 \pm 11,2$  ngày. Bệnh nhân điều trị từ 7 đến 14 ngày chiếm tỷ lệ chủ yếu với 58,86%. Bệnh nhân khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 44,94%; bệnh giảm và đỡ chiếm tỷ lệ 53,16%. Có 1 trường hợp bệnh nhân có bệnh tiến triển nặng sau thời gian điều trị. Có 2 bệnh nhân (1,27%) có bệnh không thuyên giảm sau quá trình điều trị tại bệnh viện. Đặc biệt, sau khi được điều trị không có bệnh nhân nào tử vong. **Kết luận:** Đáp ứng với kháng sinh sau 3 ngày điều trị có tỷ lệ cao. Phối hợp kháng sinh có tỷ lệ thành công cao hơn sử dụng kháng sinh đơn trị. Đổi thuốc và hoặc bổ sung thuốc có hiệu quả tốt. Đa số các bệnh nhân sau khi điều trị đều có kết quả tốt.

**Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, người lớn, kháng sinh.

## SUMMARY:

THE EFFICACY OF ANTIBIOTICS TREATMENT IN COMMUNITY PNEUMONIA ON ADULTS

**Objective:** To evaluate the efficacy of antibiotic treatment for community pneumonia in adults at Cu Chi Regional General Hospital. **Subjects and methods:** Prospective-descriptive study of a series of cases on 158 patients diagnosed with community pneumonia admitted to treatment at the Respiratory Department, Cu Chi Regional General Hospital - Ho Chi Minh City period from July 2020 to September 2020. **Results:** After the first 3 days of antibiotic treatment, the response to treatment was 76.58%, and no response was 23.42%. Monotherapy used antibiotic, the highest success rate after 72 hours was levofloxacin - 80.0%, Ceftriaxon was 75.0%. All two antibiotic combinations had success rates above 60%. In 5 cases of using a combination of 3 antibiotics, the success rate was 100%. The difference in success rates between groups using different treatment regimens was significant with  $p = 0.023$ . The difference in treatment effectiveness of patients who were exchanged drugs and/or supplemented with antibiotics was significant with  $p < 0.05$ . The average duration of treatment was  $9.2 \pm 11.2$  days. Patients treated from 7 to 14 days accounted for the majority with 58.86%. The proportion of patients recovered from the disease was 44.94%; The proportion of diseases decreased accounted for 53.16%. There was 1 case of patient with advanced disease after treatment. There were 2 patients (1.27%) whose disease did not go into remission after being treated at the hospital. Especially, after being treated, no patient died. **Conclusion:** The response to antibiotics after 3 days of treatment had a high rate. Combination with antibiotics had a higher success rate than monotherapy. Change medications and/or supplement drugs that work well. Most of the patients after treatment had good results.

**Key words:** Community pneumonia, adults, antibiotics.

1. Bệnh viện Từ Dũ
2. Trường Đại học Tây Đô
3. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng là bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm [1]. Ruuskanen và cộng sự năm 2011 nghiên cứu cho thấy viêm phổi cộng đồng đã ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người trên toàn thế giới mỗi năm [2]. Tần suất mắc viêm phổi cộng đồng thay đổi từ 2,6 - 16,8 trường hợp/1000 dân mỗi năm, trong đó tỉ lệ tử vong từ 2-30% ở nhóm người bệnh nhập viện [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn rất cao, đứng hàng thứ hai (16,7%) chỉ sau các bệnh lý về tim mạch (18,4%), trong đó có viêm phổi cộng đồng [4]. Để tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý, hiệu quả và hạn chế vi khuẩn kháng thuốc, chương trình quản lý kháng sinh đã được các bệnh viện bắt đầu triển khai, trong đó nhiều nghiên cứu đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh đã được thực hiện [1], [5]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “*Đánh giá hiệu quả điều trị kháng sinh viêm phổi cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi*”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 158 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo mã J10-J18 nhập viện điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Khu vực Củ Chi - thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn từ 07/2020 - 09/2020.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng.

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh có đầy đủ hồ sơ, thông tin, giấy tờ liên quan đến nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp viêm phổi mắc phải tại bệnh viện hoặc không có chẩn đoán viêm phổi trong vòng 48 giờ kể từ thời điểm nhập viện.
- Các người bệnh từ cơ sở y tế khác chuyển đến, người bệnh xin xuất viện trước khi có kết quả điều trị.
- Các người bệnh không có đủ thông tin để phục vụ cho nghiên cứu.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.
- Người bệnh bỏ, trốn viện.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

### Chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Kháng sinh được chỉ định, số ngày sử dụng kháng sinh, đường sử dụng kháng sinh.
- + Hiệu quả của điều trị kháng sinh bước đầu (sau 3 ngày điều trị)
- + Hiệu quả điều trị khi thay đổi kháng sinh
- + Hiệu quả chung của toàn đợt điều trị.
- + Hiệu quả điều trị được chia thành:

*Thành công:* Khi các triệu chứng lâm sàng được cải thiện, giảm bớt hoặc hết.

*Thất bại:* Khi các triệu chứng lâm sàng không cải thiện, nặng hơn, xuất hiện thêm những dấu hiệu nguy hiểm mà lúc đầu không có, hoặc người bệnh tử vong.

**3. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đáp ứng điều trị bằng kháng sinh sau 3 ngày**

Hiệu quả	Số bệnh nhân (n=158)	Tỉ lệ
Thành công	121	76,58
Thất bại	37	23,42
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

### Nhân xét:

Sau 3 ngày đầu điều trị bằng kháng sinh, kết quả đáp ứng với điều trị là có 76,58 % bệnh nhân nghiên cứu

đáp ứng tốt với kháng sinh, số bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ 23,42%.

Bảng 2. Kháng sinh sử dụng và hiệu quả điều trị 3 ngày đầu

Kháng sinh sử dụng	Thành công		Thất bại		p
	n	%	N	%	
Ceftriaxon	6	75,0	2	25,0	0,396
Levofloxacin	12	80,0	3	20,0	0,287
Amoxicillin	8	72,73	3	27,27	0,235
Cepepim + levofloxacin	14	82,35	3	17,65	0,092
Cefotaxim + levofloxacin	13	86,67	2	13,33	0,171
Cefinetazol + ciprofloxacin	13	92,86	1	7,14	0,007
Cefepim + gentamicin	2	66,67	1	33,33	0,457
Ceftriaxon + doxycyclin	2	0,0	2	100,0	0,001
Ceftriaxon + azithromycin	2	100,0	0	0,0	0,001
Ceftazidim + levofloxacin	4	66,67	2	33,33	0,457
Amoxicillin + ciprofloxacin	12	75,0	4	25,0	0,712
Ampicilin/Sulbactam + ciprofloxacin	10	76,92	3	23,08	0,639
Ceftriaxon + ciprofloxacin	10	71,43	4	28,57	0,667
Imipenem + levofloxacin	7	77,78	2	22,22	0,512
Ceftizoxim + ciprofloxacin	4	66,67	2	33,33	0,457
Ceftriaxon + azithromycin + vancomycin	5	100	0	0,0	0,001
<b>Tổng</b>	121	76,58	37	23,42	

*Nhân xét:*

Trong 3 kháng sinh đơn trị liệu được sử dụng, tỉ lệ thành công sau 72h cao nhất là levofloxacin - chiếm 80,0%. Tiếp theo là ceftriaxon có tỉ lệ thành công là 75,0% và amoxicillin có tỉ lệ thành công thấp nhất, điều này có thể giải thích do phổ kháng khuẩn của amoxicillin hạn chế hơn so với nhóm cephalosporin và quinolon.

Đối với phối hợp 2 kháng sinh, tất cả các phối hợp kháng sinh đều có tỉ lệ thành công trên 60%. Trong đó, phối hợp giữa ceftriaxon + azithromycin có tỉ lệ thành công là 100% trong tất cả các trường hợp được chỉ định. Trong các trường hợp được chỉ định sử dụng phối hợp của cefinetazol + ciprofloxacin có tỉ lệ thành công là 92,86%. Cefotaxim + levofloxacin là phối hợp kháng

sinh được lựa chọn nhiều nhất với tỉ lệ thành công khá cao khoảng 86,67% trong tổng số tất cả các trường hợp. Cepepim + levofloxacin và Amoxicillin + ciprofloxacin là 2 phối hợp kháng sinh được chỉ định nhiều sau cefotaxim + levofloxacin và ceftriaxon + ciprofloxacin, tỉ lệ thành công sau 72h điều trị tương ứng là 82,35% và 75,0%. Các phối hợp 2 kháng sinh còn lại có tỉ lệ đáp ứng điều trị thấp hơn, trong đó Ceftazidim + levofloxacin, Cefepim + gentamicin và Ceftizoxim + ciprofloxacin chiếm tỷ lệ thấp nhất với 66,67% số trường hợp.

Đối với các bệnh nhân sử dụng phối hợp 3 kháng sinh, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp được chỉ định ceftriaxon + azithromycin + vancomycin, tỉ lệ thành công là 100% sau 72h điều trị.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa kháng sinh phối hợp điều trị và hiệu quả điều trị sau 72h**

Kháng sinh điều trị	Hiệu quả điều trị sau 72h		p
	Thành công	Thất bại	
Đơn kháng sinh	26 (76,47)	8 (23,53)	<b>0,023</b>
Hai loại kháng sinh	90 (75,63)	29 (24,37)	
Ba loại kháng sinh	5 (100,0)	0 (0,0)	
<b>Tổng</b>	121 (76,58)	37 (23,42)	158 (100,0)

*Nhận xét:*

Mối liên quan giữa phác đồ sử dụng kháng sinh với hiệu quả điều trị của bệnh nhân được trình bày trong bảng 3.24. Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân sử dụng 1 loại kháng sinh và 2 loại khác sinh gần như nhau, đối với các

trường hợp sử dụng 3 loại kháng sinh có tỷ lệ thành công cao hơn chiếm 100,0%. Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nhóm sử dụng phác đồ điều trị khác nhau là có ý nghĩa với  $p = 0,023$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ thay đổi phác đồ kháng sinh và hiệu quả trong điều trị**

Phác đồ thay đổi	Thành công		Thất bại		p
	n	%	n	%	
Đổi loại kháng sinh khác	25	89,29	3	10,71	0,014
Bổ sung thêm loại KS khác	17	89,47	2	10,53	0,012
Vừa bổ sung vừa đổi loại kháng sinh khác	12	92,31	1	7,69	0,006
<b>Tổng</b>	<b>54</b>	<b>90,0</b>	<b>6</b>	<b>10,0</b>	

*Nhận xét:*

Mối liên quan giữa sự thay đổi kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân với hiệu quả điều trị được thể hiện trong bảng 3.25. Các bệnh nhân vừa đổi loại kháng sinh vừa bổ sung kháng sinh có tỷ lệ thành công cao nhất, chiếm 92,31%, các bệnh nhân phải đổi loại kháng sinh và các

bệnh nhân được bổ sung thêm kháng sinh có tỷ lệ thành công gần như nhau là 89,29% và 89,47%.

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị của các bệnh nhân được đổi thuốc và/hoặc bổ sung thuốc kháng sinh là có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

**Bảng 5. Thời gian sử dụng kháng sinh của bệnh nhân bệnh viêm phổi tại khoa Hô hấp**

Thời gian sử dụng kháng sinh	Số người bệnh (n = 158)	Tỷ lệ (%)
< 7 ngày	41	25,95
7-14 ngày	93	58,86
15 -21 ngày	14	8,86
> 21 ngày	10	6,33
<b>Tổng</b>	158	100,0
<b>Trung bình</b>	<b>9,2 ± 11,2</b>	

**Nhận xét:**

Trên toàn bộ mẫu nghiên cứu, thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân tham gia khảo sát là  $9,2 \pm 11,2$  ngày. Bệnh nhân điều trị trong số ngày từ 7 đến 14 ngày

chiếm tỷ lệ chủ yếu với 58,86%; bệnh nhân nằm điều trị trên 21 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,33 %. Bệnh nhân nằm điều trị trong thời gian ít hơn 7 ngày chiếm tỷ lệ 25,95%.

**Bảng 6. Hiệu quả chung toàn đợt điều trị**

Kết quả điều trị	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Hết bệnh	71	44,94
Giảm bệnh, đỡ bệnh	84	53,16
Không giảm, không đỡ bệnh	2	1,27
Nặng hơn	1	0,63
Tử vong	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

**Nhân xét:**

Hiệu quả chung của toàn đợt điều trị của bệnh nhân tham gia nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.27. Đa số các bệnh nhân sau khi điều trị đều có kết quả tốt: Bệnh nhân khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 44,94%; bệnh nhân sau điều trị bệnh giảm và đỡ bệnh chiếm tỷ lệ 53,16%.

Có 1 trường hợp bệnh nhân có bệnh tiến triển nặng sau thời gian điều trị, do mức độ mức bệnh nặng và bệnh nhân mắc nhiều bệnh phối hợp. Có 2 bệnh nhân (1,27%) có bệnh không thuyên giảm sau quá trình điều trị tại bệnh viện. Đặc biệt, sau khi được điều trị không có bệnh nhân nào tử vong.

**IV. BÀN LUẬN**

Sau thời gian 3 ngày đầu sử dụng kháng sinh để điều trị cho 158 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, kết quả điều trị như sau:

Sau 3 ngày đầu điều trị bằng kháng sinh, kết quả đáp ứng với điều trị là có 76,58 % bệnh nhân nghiên cứu đáp ứng tốt với kháng sinh, số bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ 23,42%.

Trong 3 kháng sinh đơn trị liệu được sử dụng, tỉ lệ thành công sau 72h cao nhất là levofloxacin - chiếm 80,0%. Tiếp theo là ceftriaxon có tỉ lệ thành công là 75,0% và amoxicillin có tỉ lệ thành công thấp nhất, điều này có thể giải thích do phổ kháng khuẩn của amoxicillin hạn chế hơn so với nhóm cephalosporin và quinolon.

Đối với phối hợp 2 kháng sinh, tất cả các phối hợp kháng sinh đều có tỉ lệ thành công trên 60%. Trong đó, phối hợp giữa ceftriaxon + azithromycin có tỉ lệ thành

công là 100% trong tất cả các trường hợp được chỉ định. Trong các trường hợp được chỉ định sử dụng phối hợp của cefnetazol + ciprofloxacin có tỉ lệ thành công là 92,86%. Cefotaxim + levofloxacin là phối hợp kháng sinh được lựa chọn nhiều nhất với tỉ lệ thành công khá cao khoảng 86,67% trong tổng số tất cả các trường hợp. Cepepim + levofloxacin và Amoxicillin + ciprofloxacin là 2 phối hợp kháng sinh được chỉ định nhiều sau cefotaxim + levofloxacin và ceftriaxon + ciprofloxacin, tỉ lệ thành công sau 72h điều trị tương ứng là 82,35% và 75,0%. Các phối hợp 2 kháng sinh còn lại có tỉ lệ đáp ứng điều trị thấp hơn, trong đó ceftazidim + levofloxacin, cefepim + gentamicin và ceftizoxim + ciprofloxacin chiếm tỷ lệ thấp nhất với 66,67% số trường hợp.

Đối với các bệnh nhân sử dụng phối hợp 3 kháng sinh, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp được chỉ định ceftriaxon + azithromycin + vancomycin, tỉ lệ thành công là 100% sau 72h điều trị.

Tỷ lệ thành công ở nhóm bệnh nhân sử dụng 1 loại kháng sinh và 2 loại khác sinh gần như nhau, đối với các trường hợp sử dụng 3 loại kháng sinh có tỷ lệ thành công cao hơn chiếm 100,0%. Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nhóm sử dụng phác đồ điều trị khác nhau là có ý nghĩa với  $p = 0,023$ .

Mối liên quan giữa sự thay đổi kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân với hiệu quả điều trị được thể hiện trong bảng 3.25. Các bệnh nhân vừa đổi loại kháng sinh vừa bổ sung kháng sinh có tỷ lệ thành công cao nhất, chiếm 92,31%, các bệnh nhân phải đổi loại kháng sinh và các bệnh nhân được bổ sung thêm kháng sinh có tỷ lệ thành

công gần như nhau là 89,29% và 89,47%.

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị của các bệnh nhân được đổi thuốc và/hoặc bổ sung thuốc kháng sinh là có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

Các phối hợp kháng sinh có fluoroquinolon (chủ yếu là các phối hợp của nhóm p- lactam và fluoroquinolon) đều đạt tỉ lệ thành công sau 72h điều trị trên 65%. Cụ thể, tỉ lệ thành công của các phối hợp lần lượt là cefnetazol + ciprofloxacin 95,7%; cefotaxim + levofloxacin 95,9%; ceftazidim + levofloxacin 87%; amoxicillin/acid clavulanic + ciprofloxacin 84,6%; ampicillin/sulbactam + ciprofloxacin 73,2%; ceftriaxon + ciprofloxacin 74,5%; ceftizoxim + ciprofloxacin 68,8%. Nghiên cứu của Slcalsky năm 2012 và Konstantinos năm 2017 chỉ ra rằng, fluoroquinolon đơn trị liệu hay phối hợp với P-lactam cho hiệu quả trên lâm sàng tốt hơn, ít gây tác dụng phụ trên tiêu hóa hơn trong khi tỉ lệ tử vong không khác biệt khi so sánh với phối hợp giữa macrolid và p-lactam [6], [7]. Trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 2 phối hợp kháng sinh có nhóm macrolid trong điều trị khởi đầu viêm phổi cộng đồng là ceftriaxon + azithromycin và ceftriaxon + azithromycin + vancomycin. Hiệu quả của 2 phối hợp này đều đạt 100%.

Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân tham gia khảo sát là  $9,2 \pm 11,2$  ngày. Bệnh nhân điều trị trong số ngày từ 7 đến 14 ngày chiếm tỷ lệ chủ yếu với 58,86%; bệnh nhân nằm điều trị trên 21 ngày chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,33 %. Bệnh nhân nằm điều trị trong thời gian ít hơn 7 ngày chiếm tỷ lệ 25,95%.

Đa số các bệnh nhân sau khi điều trị đều có kết quả tốt: Bệnh nhân khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 44,94%; bệnh nhân sau điều trị bệnh giảm và đỡ bệnh chiếm tỷ lệ 53,16%.

Có 1 trường hợp bệnh nhân có bệnh tiến triển

nặng sau thời gian điều trị, do mức độ mức bệnh nặng và bệnh nhân mắc nhiều bệnh phối hợp. Có 2 bệnh nhân (1,27%) có bệnh không thuyên giảm sau quá trình điều trị tại bệnh viện. Đặc biệt, sau khi được điều trị không có bệnh nhân nào tử vong.

## V. KẾT LUẬN

Sau 3 ngày đầu điều trị bằng kháng sinh, kết quả đáp ứng với điều trị là có 76,58% bệnh nhân nghiên cứu đáp ứng tốt với kháng sinh, số bệnh nhân không đáp ứng chiếm tỷ lệ 23,42%.

Trong 3 kháng sinh đơn trị liệu được sử dụng, tỉ lệ thành công sau 72h cao nhất là levofloxacin - chiếm 80,0%. Tiếp theo là ceftriaxon có tỉ lệ thành công là 75,0%. Đối với phối hợp 2 kháng sinh, tất cả các phối hợp kháng sinh đều có tỉ lệ thành công trên 60%. Đối với các bệnh nhân sử dụng phối hợp 3 kháng sinh, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tỉ lệ thành công là 100%.

Sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các nhóm sử dụng phác đồ điều trị khác nhau là có ý nghĩa với  $p = 0,023$ .

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị của các bệnh nhân được đổi thuốc và/hoặc bổ sung thuốc kháng sinh là có ý nghĩa với  $p < 0,05$ .

Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân tham gia khảo sát là  $9,2 \pm 11,2$  ngày. Bệnh nhân điều trị từ 7 đến 14 ngày chiếm tỷ lệ chủ yếu với 58,86%.

Đa số các bệnh nhân sau khi điều trị đều có kết quả tốt: Bệnh nhân khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 44,94%; bệnh nhân sau điều trị bệnh giảm và đỡ bệnh chiếm tỷ lệ 53,16%. Có 1 trường hợp bệnh nhân có bệnh tiến triển nặng sau thời gian điều trị. Có 2 bệnh nhân (1,27%) có bệnh không thuyên giảm sau quá trình điều trị tại bệnh viện. Đặc biệt, sau khi được điều trị không có bệnh nhân nào tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh An (2015), *Bài giảng Bệnh học nội khoa, tập 1*, NXB Y Học Hà Nội: 41-52.
2. Trần Văn Ngọc, Phạm Hùng Vân (2004), Đánh giá đặc tính lâm sàng và vi sinh của viêm phổi mắc phải trong cộng đồng. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 8(1): 16 - 21.
3. Johns Hopkins (2015), *Antibiotics Guidelines 2015-2016, Johns Hopkins Hospital Antimicrobial Stewardship Program*: 83-90.
4. National Institute for Health and Care Excellence (2014). Pneumoniae in adults: diagnosis and management. [Nice.org.uk/guidance/cg191](http://Nice.org.uk/guidance/cg191).
5. Skalsley K (2012). Macrolides vs. quinolones for community-acquired pneumonia: meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Microbiology and Infection*: 1-9.
6. American Thoracic Society (2001). Guidelines for the treatment of adults with community-acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy and prevention. *Am J Respir Crit Care Med*, 163: 1730- 1754.
7. Ruuskanen O. et al (2011). Viral pneumonia. *Lancet*, 377(9773): 1264-1275.