

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ VIÊM PHỔI THỞ MÁY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYỀN QUANG

Nguyễn Thị Nguyệt², Nguyễn Thị Thu Thủy¹,
Lê Huyền Phương⁴, Nguyễn Thế Anh³, Phạm Thị Thúy Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tính phù hợp của chỉ định kháng sinh kinh nghiệm, liều dùng và cách dùng trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại bệnh viện (VPMPTBV) và viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyền Quang. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân được chẩn đoán VPMPTBV/VPLQTM trong giai đoạn từ tháng 1/2019 đến tháng 9/2020. Phương pháp hồi cứu mô tả trên bệnh án. **Kết quả:** Tổng số 121 bệnh nhân với độ tuổi trung bình $63,8 \pm 18,1$ (năm); thời gian sử dụng kháng sinh trung bình $17,6 \pm 6,5$ (ngày); tỷ lệ mẫu dương tính với vi khuẩn 37,9%; tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* (18/55); *Pseudomonas aeruginosa* (16/55); tỷ lệ lựa chọn phác đồ kinh nghiệm phù hợp so với quy ước nghiên cứu là 43,0%, tỷ lệ phù hợp của liều dùng và cách dùng lần lượt là 26,4% và 100%; tỷ lệ bệnh nhân khỏi và đỡ sau cả đợt điều trị là 50,4%. **Kết luận:** Nghiên cứu đã chỉ ra một số đặc điểm nổi bật về sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPMPTBV/VPLQTM. Các kết quả nghiên cứu sẽ là các căn cứ quan trọng để bệnh viện tiếp tục có các chiến lược nhằm cải thiện hiệu quả điều trị các nhiễm khuẩn này.

Từ khóa: Viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy, sử dụng kháng sinh

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIBIOTIC USE IN PATIENTS WITH HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIAE AND VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN TUYEN QUANG GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the appropriateness of empirical antimicrobial therapy, antimicrobials dosing and administration in hospital-acquired pneumoniae (HAP) and ventilator-associated pneumoniae (VAP) in Tuyen Quang General Hospital. **Subjects and methods:** Patients who were diagnosed with HAP/VAP from 1/2019 to 9/2020. A retrospective descriptive study. **Results:** Totally 121 patients were included in the study; the average age was 63.8 ± 18.1 years; the average length of antibiotic therapy

(LOT) was 17.6 ± 6.5 days; the proportion of microbiological culture with positive bacterial result was 37.9%; the predominant pathogens were *Acinetobacter baumannii* (18/55); *Pseudomonas aeruginosa* (16/55); the appropriateness rate of empirical antibiotic therapy, dosing and drug administration was 43.0%; 26.4%; 100%, respectively; the rate of clinical response was 50.4%. **Conclusion:** The study has shown several outstanding characteristics of antibiotic use in patients with HAP/VAP. The research results will be an important basis for the hospital to implement several specific strategies to improve the effectiveness of antimicrobials in treating these infections.

Keywords: Hospital-acquired pneumoniae, ventilator-associated pneumoniae, antimicrobials therapy,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) bao gồm viêm phổi mắc phải tại bệnh viện (VPMPTBV) và viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) là bệnh lý thường gặp trong các nhiễm khuẩn bệnh viện, diễn biến thường nặng, có nguy cơ tử vong cao, chi phí điều trị lớn [2]. Tình hình gia tăng các chủng vi khuẩn đề kháng đặc biệt vi khuẩn Gram âm đa kháng như *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae*, các vi khuẩn tiết β -lactamase phổ rộng... là thách thức lớn, gây nhiều khó khăn trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và VPMPTBV/VPLQTM nói riêng [1], [3]. Do vậy, việc theo dõi đặc điểm vi sinh và việc sử dụng kháng sinh phù hợp là vấn đề cấp thiết.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyền Quang, trong những năm gần đây số lượng bệnh nhân nhập viện do nhiễm khuẩn và tỷ lệ kháng kháng sinh ngày càng có xu hướng gia tăng. Tuy nhiên tại bệnh viện chưa có nghiên cứu đầy đủ nào được thực hiện nhằm phân tích và đưa ra cái nhìn tổng quát về việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPMPTBV/VPLQTM. Vì vậy, để góp phần tối ưu hóa trong sử dụng các phác đồ kháng sinh và hiệu quả điều trị VPMPTBV/VPLQTM tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành đề tài "Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyền Quang".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của

¹Đại học Dược Hà Nội,

²Đại học Tân Trào,

³Bệnh viện Hữu Nghị,

⁴Bệnh viện Đa khoa Tuyền Quang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thúy Vân

Email: vanptt@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/12/2021

Ngày duyệt bài: 9/2/2022

các bệnh nhân được bác sĩ chẩn đoán VPMPTBV/VPLQTM tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 9/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên bệnh án của bệnh nhân VPMPTBV/VPLQTM.

Phác đồ kháng sinh kinh nghiệm, liều dùng, cách dùng của kháng sinh được đánh giá tính hợp lý dựa trên: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VPMPTBV/VPLQTM của IDSA/ATS 2016 và Hướng dẫn của Hội Hô hấp - Hội Hồi sức cấp cứu chống độc Việt Nam 2017 có điều chỉnh theo đặc

điểm vi sinh tại bệnh viện; Hướng dẫn chuẩn bị thuốc, thực hiện thuốc và bảo quản dung dịch sau pha của các kháng sinh đường tiêm truyền của bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm vi sinh

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong 121 bệnh nhân, có 52 bệnh nhân VPMPTBV và 69 bệnh nhân VPLQTM. Một số đặc điểm chung trong VPMPTBV/VPLQTM được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Kết quả
Giới tính nam, n (%)	89 (73,6)
Tuổi (năm), TB ± SD	63,8 ± 18,1
Điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc, n (%)	119 (98,3)
Bệnh lý mắc kèm, n (%)	
Tai biến mạch máu não/Sau chấn thương sọ não	90 (74,4)
Tăng huyết áp/Bệnh mạch vành	49 (40,5)
Đái tháo đường	25 (20,7)
Thời gian xuất hiện VPBV (ngày), TB±SD	13 ± 11,5
Thời gian nằm viện (ngày), TB±SD	35 ± 22,9
Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày), TB±SD	17,6 ± 6,5
Độ thanh thải creatinin (ml/phút), TB±SD	67,6 ± 27,6

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, VPMPTBV/VPLQTM xuất hiện sau trung bình 13 ngày. Thời gian dùng kháng sinh trung bình là 17,6 ± 6,5 ngày.

Đặc điểm về yếu tố nguy cơ VPMPTBV/VPLQTM được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Số lượng (N=121)	Tỉ lệ (%)
Số YTNC nhiễm vi khuẩn đa kháng và/hoặc YTNC tử vong		
0 yếu tố	10	9,1
1 yếu tố	47	38,8
≥2 yếu tố	64	52,1
Yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPMPTBV (N=52)		
Yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong		
Suy hô hấp	2	5,8
Tụt huyết áp	12	23,1
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng		
Điều trị kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước	41	78,8
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn Gram âm đa kháng		
Bệnh cấu trúc phổi (giãn phế quản hoặc xơ nang)	1	1,9
Yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPLQTM (N=12)		
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng		
Điều trị kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó	68	98,6
Sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm chẩn đoán VPLQTM	2	2,9
VPTM xuất hiện sau suy hô hấp cấp	2	2,9
Nằm viện > 5 ngày trước khi xuất hiện VPLQTM	57	82,6
Liệu pháp thay thế thận cấp trước chẩn đoán VPLQTM	1	1,4

Nhận xét: 91,7% bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng và/hoặc yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong, hơn 50% bệnh nhân có từ 2 yếu tố trở lên.

3.1.2. Đặc điểm vi sinh.

Đặc điểm vi sinh của mẫu bệnh phẩm hô hấp được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả vi sinh

Đặc điểm	Số lượng (N=121)	Tỉ lệ (%)
Tỷ lệ được xét nghiệm vi sinh	112	92,6
Tỷ lệ được xét nghiệm vi sinh trước khi dùng kháng sinh	36	29,8
Tổng số bệnh phẩm được nuôi cấy	145	-
Số bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn (N = 121)	55	37,9
Vi khuẩn phân lập được (N=55)		
Acinetobacter baumannii	18	32,7
Pseudomonas aeruginosa	16	29,1
Klebsiella pneumoniae	11	20,0
Escherichia coli	8	14,6
Shingomonas pausimobilis	1	1,8
Raoultella ornithinolytica	1	1,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm vi sinh bệnh phẩm đờm/dịch tiết hô hấp là 92,6%, tỷ lệ này trước khi sử dụng kháng sinh thấp (29,8%). Tất cả là vi khuẩn Gram âm, có 4 chủng phổ biến nhất là: A.baumannii, P.aeruginosa, K.pneumoniae và E.coli.

Đặc điểm về tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Số chủng phân lập đề kháng kháng sinh

Tên vi khuẩn	Beta-lactam					FQ		AG		
	meropenem	imipenem	iperacilin	Cefepim	Ceftazidim	levofloxacin	iprofloraxacin	amikacin	gentamicin	tobramycin
A.baumannii	17/18	18/18	12/12	18/18	18/18	18/18	18/18	17/18	17/17	18/18
P.aeruginosa	5/16	7/16	5/13	5/16	13/16	15/16	15/16	8/14	16/16	16/16
K.pneumoniae	0/11	1/11	9/11	8/11	11/11	10/11	11/11	2/11	11/11	11/11
E.coli	0/8	0/8	6/8	6/7	8/8	5/8	6/8	1/7	8/8	5/8
R.ornithinolytica	0/0	0/0	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	1/1	1/1
S.pausimobilis	0/0	0/0	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1
Tổng (%)	22/53 (41,5)	26/53 (49,1)	33/46 (71,7)	38/54 (70,4)	50/55 (90,9)	49/55 (89,1)	51/55 (92,7)	29/52 (55,8)	54/54 (100)	52/55 (94,5)

*Trình bày dưới dạng số chủng đề kháng/số chủng được thử với kháng sinh.

Nhận xét: Tỷ lệ kháng với các kháng sinh nhìn chung cao, hầu như hơn 70%. Chỉ có các kháng sinh meropenem, imipenem có tỷ lệ đề kháng dưới 50%; tỷ lệ đề kháng amikacin có cao hơn một chút (55,8%). A.baumannii là kháng sinh có tỷ lệ đề kháng cao nhất, bao gồm cả kháng sinh carbapenem. K.pneumoniae và E.coli gần như chưa đề kháng với imipenem, meropenem đồng thời còn nhạy cảm tốt với amikacin.

3.2. Phân tích sự phù hợp trong sử dụng kháng sinh

Đặc điểm về phác đồ kháng sinh được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Phác đồ kinh nghiệm được sử dụng

Phác đồ	Số lượng (N=121)	Tỉ lệ (%)
Phác đồ 1 kháng sinh	32	26,5
Có phổ trên TKMX	28	23,1
Không có phổ trên TKMX	4	3,3
Phác đồ 2 kháng sinh	88	72,7
Hai kháng sinh có phổ/TKMX	55	45,5
Một kháng sinh có phổ/TKMX	32	26,4
Cả hai đều không có phổ/TKMX	1	0,8
Phác đồ 3 kháng sinh	1	0,8
Hai kháng sinh có phổ/TKMX	1	0,8

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được chỉ định phác đồ kháng sinh kinh nghiệm. Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh phổ biến nhất chiếm 72,7%; trong đó phác đồ 2 kháng sinh có tác dụng trên trực khuẩn mủ xanh chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%.

Đặc điểm về sự thay đổi phác đồ trong điều trị được trình bày trong Bảng 6.

Bảng 6. Đặc điểm về thay đổi phác đồ

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Số bệnh nhân thay đổi phác đồ (N= 121)	100	82,6
Số lượt thay đổi phác đồ	127	-
Lý do thay đổi phác đồ (N=127): Nặng hơn hoặc không tiến triển	98	77,2
Có kết quả vi sinh và kháng sinh đồ	23	18,1
Hết thuốc	6	4,7
Diễn biến lâm sàng tốt lên	14	11,0

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu có 82,6% bệnh nhân được thay đổi phác đồ điều trị với tổng số lượt thay đổi là 127 lượt. Các lý do thay đổi chủ yếu là dựa trên diễn biến lâm sàng (77,2%) và kết quả kháng sinh đồ (18,1%). Đánh giá phác đồ kinh nghiệm theo hướng dẫn điều trị cho thấy số lượt lựa chọn phù hợp là 52 bệnh nhân (43,0%). Trên 55 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính, số phác đồ kinh nghiệm phù hợp với kết quả kháng sinh đồ là 19 (36,5%). Lý do phác đồ kinh nghiệm không phù hợp được trình bày trong Bảng 7.

Bảng 7. Lý do không phù hợp của phác đồ kinh nghiệm

Nhóm bệnh nhân	N	Phác đồ khuyến cáo	Lý do không phù hợp	Số lượng
Có yếu tố tăng nguy cơ tử vong hoặc yếu tố mắc vi khuẩn đa kháng	111	2 KS/TKMX	Thiếu 1 KS/TKMX	59
			Thiếu 2 KS/TKMX	2
Không có yếu tố mắc vi khuẩn Gram âm đa kháng	10	1 KS/TKMX	Thừa 1 KS/TKMX	8

*KS/TKMX: Kháng sinh phổ trên Gram âm trong đó có P.aeruginosa

Nhận xét: Lý do phổ biến nhất là thiếu 1 kháng sinh bao phủ TKMX, trong khi theo khuyến cáo cần sử dụng 2 kháng sinh phổ trên TKMX.

Đặc điểm về tính phù hợp trong liệu dùng và cách dùng kháng sinh điều trị VPMPBTB/VPLOTM trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 8.

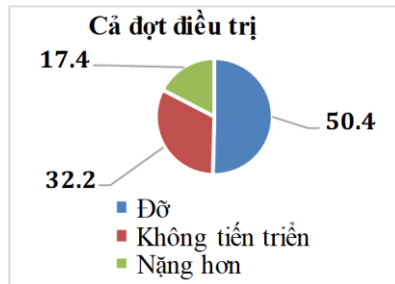
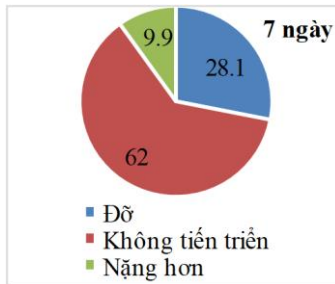
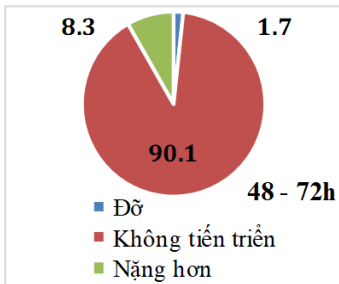
Bảng 8. Tỷ lệ phù hợp trong liệu dùng và cách dùng

Đặc điểm	Số lượng (N=121)	Tỉ lệ (%)
Phù hợp về liệu dùng		

Phù hợp	32	26,4
Không phù hợp	89	73,6
Phù hợp về cách dùng		
Phù hợp	121	100
Không phù hợp	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ liệu dùng và cách dùng phù hợp lần lượt là 26,4% và 100%.

Bảng 9 dưới đây chi tiết về các kháng sinh được sử dụng liệu không phù hợp.



Biểu đồ 1. Hiệu quả lâm sàng

Nhận xét: Sau 48 - 72 giờ, đa số bệnh nhân có đáp ứng điều trị là không tiến triển (89,3%), tỷ lệ bệnh nhân đỡ chỉ chiếm 1,7%. Hiệu quả điều trị tại thời điểm 7 ngày có sự cải thiện đáng kể, tỷ lệ tăng lên 32%. Sau cả đợt điều trị tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 50,4%.

Bảng 9. Đặc điểm về các kháng sinh dùng liệu dùng không phù hợp

Tên kháng sinh	Số bệnh nhân có liệu không phù hợp	Liều cao hơn		Liều thấp hơn	
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tobramycin	67	11	16,4	54	80,6
Amikacin	15	1	6,7	14	93,3
Levofloxacin	8	4	50,0	4	50,0
Ciprofloxacin	2	2	100	0	0

Ceftazidim	7	5	71,4	2	28,6
Piperacilin	2	2	100	0	0
Cefepim	1	1	100	0	0

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, 2 kháng sinh có nhiều bệnh nhân sử dụng với liều không phù hợp nhất là: tobramycin, amikacin; chủ yếu do dùng liều thấp hơn khuyến cáo.

Hiệu quả lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu được đánh giá tại các thời điểm: 48 - 72 giờ, 7 ngày và sau cả đợt điều trị được ghi nhận trong Biểu đồ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm vi sinh

Về đặc điểm lâm sàng. Tổng số 121 bệnh nhân, chủ yếu điều trị tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc. Bệnh nhân có độ thanh thải creatinin (Cl_{cr}) trung bình là 67,6mL/phút. Do nhiều kháng sinh thải trừ qua thận ở dạng còn hoạt tính, cần chú ý đến việc hiệu chỉnh liều theo chức năng thận.

Đánh giá phân tầng bệnh nhân là căn cứ để lựa chọn phác đồ kinh nghiệm phù hợp, tăng khả năng bao phủ được trên các chủng vi khuẩn gây bệnh và đã được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị. Nghiên cứu ghi nhận được yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là sử dụng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày trước (90,1% bệnh nhân). Các công bố trước đã chỉ ra yếu tố này có thể làm tăng khả năng gặp vi khuẩn kháng thuốc, với OR (CI95%) lần lượt là: 5,17 (2,11 - 12,67) trong VPMPTBV và 12,3 (6,48 - 23,35) trong VPLQTM [3].

Về đặc điểm vi sinh. Xét nghiệm vi sinh cần được thực hiện trước khi sử dụng kháng sinh, kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ cùng đánh giá lâm sàng sẽ giúp định hướng thay đổi phác đồ kháng sinh kinh nghiệm phù hợp, đặc biệt sau 48 - 72 giờ điều trị [1], [3], [4]. Mặc dù tỷ lệ được xét nghiệm ít nhất một lần trong quá trình nằm viện là 92,6%; chỉ có 29,8% được xét nghiệm trước khi dùng kháng sinh. VPMPTBV/VPLQTM là các nhiễm khuẩn nặng, việc có những bệnh nhân hoàn toàn không được chỉ định làm xét nghiệm vi sinh hoặc làm xét nghiệm vi sinh muộn sau khi đã sử dụng kháng sinh sẽ gây khó khăn trong việc phát hiện vi khuẩn, từ đó có thể dẫn đến điều trị chưa đúng hướng. Vì vậy, cần tăng cường chỉ định xét nghiệm vi sinh sớm với các bệnh nhân VPMPTBV/VPLQTM.

Trên tổng số 145 mẫu, có 55 (37,9%) mẫu cấy được vi khuẩn Gram âm. Điều này phù hợp với trung bình thời gian xuất hiện viêm phổi muộn (> 4 ngày) là 13 ngày [4]. Đáng chú ý, tỷ

lệ kháng kháng sinh là rất cao, vì vậy cần lưu ý đến đặc điểm vi sinh này trong định hướng phác đồ kinh nghiệm. Chẳng hạn, khi định hướng điều trị tới trực khuẩn mủ xanh, cần lưu ý có thể chỉ định carbapenem, cefepim hoặc amikacin trong phác đồ kinh nghiệm để tăng xác suất bao phủ thành công. Tuy nhiên, chỉ có 1/3 kết quả vi sinh là từ mẫu thu thập trước khi sử dụng kháng sinh; do vậy cần tăng cường tỉ lệ bệnh nhân được lấy mẫu trước khi chỉ định kháng sinh để kết quả vi sinh hỗ trợ được trong việc xây dựng và lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu.

4.2. Bàn luận về việc sử dụng kháng sinh trong VPMPTBV/VPLQTM

Về phác đồ kháng sinh: Tỷ lệ phù hợp của phác đồ kinh nghiệm là 43,0%. Lý do không phù hợp chủ yếu do thiếu kháng sinh có phổ trên trực khuẩn mủ xanh trong phác đồ. Đáng chú ý, nghiên cứu ghi nhận một số trường hợp các kháng sinh phổ hẹp, không bao phủ được trên các vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong VPMPTBV/VPLQTM như: moxifloxacin, ceftizoxim, ampicillin/ sulbactam. Do vậy, cần lưu ý hơn nữa trong việc đánh giá phân tầng bệnh nhân dựa trên các yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng, yếu tố nguy cơ tử vong từ đó lựa chọn được phác đồ kinh nghiệm ban đầu có phổ bao trùm phù hợp trên các tác nhân thường gặp.

Trong nghiên cứu, tại thời điểm 2-3 ngày điều trị VPMPTBV/VPLQTM đa số bệnh nhân có đáp ứng điều trị là không tiến triển (89,3%), tỉ lệ đỡ thấp (1,7%) và tỉ lệ nặng hơn chiếm 8,3%. Phác đồ kinh nghiệm ban đầu chưa phù hợp có thể dẫn tới đáp ứng lâm sàng chưa tối ưu và làm tăng số ngày điều trị [3]. Bên cạnh đó, các yếu tố khác có thể góp phần như bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh lý mắc kèm nên đáp ứng chậm hơn, cũng như các chăm sóc hút đờm, chống nhiễm khuẩn. Trong điều trị, 82,6% bệnh nhân cần thay đổi phác đồ kinh nghiệm ban đầu. Lý do thay đổi chủ yếu là theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ. Các bệnh nhân ban đầu dùng kháng sinh phổ hẹp đều được thay đổi sang kháng sinh phổ rộng hơn như quinolon, aminoglycosid, carbapenem. Điều này càng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng phác đồ kinh nghiệm phù hợp để đạt đáp ứng lâm sàng sớm trên bệnh nhân.

Về liều dùng kháng sinh: Tỷ lệ liều dùng không phù hợp là 73,6%. Lý do chủ yếu là liều chưa được hiệu chỉnh phù hợp theo chức năng

thận. Sử dụng liều cao có nguy cơ dẫn tới độc tính và tăng chi phí điều trị; ngược lại liều thấp dẫn tới hiệu quả điều trị không tối ưu và vi khuẩn đề kháng. Cần lưu ý trong điều trị VPMPTBV/ VPLQTM, hầu hết các kháng sinh được khuyến cáo ở mức liều cao hơn so với các nhiễm khuẩn thông thường, do đó cần lưu ý lựa chọn liều và hiệu chỉnh liều phù hợp để đạt hiệu quả điều trị tốt nhất.

Đáng chú ý, 2 kháng sinh nhóm aminoglycosid là tobramycin và amikacin với tỉ lệ bệnh nhân sử dụng không phù hợp cao. Điều này là do hiện tại các bác sĩ chỉ định liều thuốc chần ối để thuận tiện khi thực hiện trên lâm sàng (ống amikacin 500mg/2mL, tobramycin 80 mg/2mL). Tuy nhiên, cần chú ý rằng các kháng sinh này có khoảng điều trị hẹp do vậy không dùng chần ối mà cần tính liều theo cân nặng từng bệnh nhân.

Về hiệu quả điều trị. Sau 48 - 72 giờ, đa số bệnh nhân có đáp ứng điều trị là không tiến triển (89,3%), tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 2 chiếm 1,7%. Hiệu quả điều trị đánh giá tại thời điểm 7 ngày ghi nhận có sự cải thiện đáng kể, tỷ lệ bệnh nhân đỡ tăng lên 32%. Sau cả đợt điều trị tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 50,4%. Điều này càng nhấn mạnh vai trò của phác đồ kháng sinh ban đầu và sự thay đổi kịp thời phác đồ kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ hoặc khi diễn biến lâm sàng không cải thiện/nặng lên là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra những đặc điểm nổi bật về đặc điểm vi sinh và đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPTBV/VPLQTM. Cụ thể, tỷ

lệ được chỉ định xét nghiệm vi sinh trước khi dùng kháng sinh thấp (29,8%). Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm đa kháng cao, đặc biệt là A.baumannii, P.aeruginosa. Tỷ lệ phác đồ kinh nghiệm phù hợp là 43,0%, trong đó lý do không phù hợp chính là thiếu kháng sinh phổ trên trực khuẩn mũ xanh. Tới 82,6% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị. Tỷ lệ phù hợp liều dùng 26,4%; trong đó ghi nhận cả vấn đề liều thấp hơn và cao hơn khuyến cáo. Tỷ lệ phù hợp cách dùng đạt 100%. Hiệu quả điều trị tại thời điểm 7 ngày có sự cải thiện đáng kể so với thời điểm 48-72 giờ, sau cả đợt điều trị tỉ lệ bệnh nhân đỡ là 50,4%. Các kết quả sẽ là các căn cứ để bệnh viện tiếp tục có các chiến lược nhằm cải thiện hiệu quả điều trị VPMPTBV/VPLQTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Hô hấp - Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam (2017)**, "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy".
2. **IDS/ATS (2005)**, "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", Am J Respir Crit Care Med, 171(4), pp. 388-416.
3. **Kalil A. C., Metersky M. L., et al. (2016)**, "Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the IIDS and the ATS", Clin Infect Dis, 63(5), pp. e61-e111.
4. **Torres A., Niederman M. S., et al. (2017)**, "International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP)", Eur Respir J, 50(3).

XÁC ĐỊNH CÁC RÀO CẢN ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC KÊ ĐƠN THEO HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ MẮC HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Hồ Thị Ngọc¹, Nguyễn Thế Anh²,
Lê Văn Anh², Phạm Thị Thúy Vân¹, Đồng Thị Xuân Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các rào cản trong việc tuân thủ các khuyến cáo của các HDĐT đối với kê đơn điều trị nội trú bệnh nhân HCMVC tại Bệnh viện Hữu Nghị.

¹Đại học Dược Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Xuân Phương

Email: phuongetx@hup.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 27/12/2021

Ngày duyệt bài: 10/2/2022

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng là các bác sĩ tại các Khoa tham gia vào điều trị HCMVC tại Bệnh viện Hữu nghị, sử dụng phương pháp định tính, hình thức phỏng vấn sâu thông qua bộ câu hỏi bán cấu trúc. **Kết quả:** Tổng cộng 11 bác sĩ tham gia phỏng vấn (54,5% bác sĩ trên 10 năm kinh nghiệm, 63,6% bác sĩ nam). Hai nhóm rào cản được xác định: rào cản nội tại liên quan bác sĩ điều trị (bao gồm kiến thức, kinh nghiệm, thói quen kê đơn, đồng thuận với hướng dẫn); rào cản bên ngoài (bao gồm hướng dẫn điều trị, cung ứng thuốc, thanh toán bảo hiểm, bệnh nhân). Những rào cản này liên quan đến kê đơn chưa tối ưu các nhóm thuốc kháng kết tập tiểu