



Original Article

Survey of Antibiotic Use for Treating Community-acquired Pneumonia in Children at Vinh Medical University Hospital in 2022-2023

Nguyen Dien Minh^{1,*}, Nguyen Thi Cam Nhung², Hoang Thi Cuc¹

¹*Duy Tan University, 120 Hoang Minh Thao, Hoa Khanh Nam, Lien Chieu, Da Nang*

²*Vinh Medical University Hospital, 161 Nguyen Phong Sac, Hung Dung, Vinh, Nghe An*

Received 28th July 2024

Revised 29th September 2024; Accepted 06th March 2025

Abstract: The study aimed to investigate the use of antibiotics for treating community-acquired pneumonia (CAP) in children at Vinh Medical University Hospital in 2022-2023. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 186 children aged 2 months to 5 years diagnosed with CAP. **Results and Discussions:** The male/ female ratio was 57.5%/ 42.5%. The age group of 12 to 48 months had the highest incidence of CAP, accounting for 58.1%. Children with CAP exhibited symptoms such as cough, difficulty breathing, wheezing, and chest wall retractions. White blood cell (WBC) counts and C-reactive protein (CRP) levels were typically elevated, along with the presence of lesions on chest X-rays. The rates of children with pneumonia and severe pneumonia were 73.7% and 26.3%, respectively. Several cases were associated with respiratory tract infections. A significant proportion of children used antibiotics before hospitalization. The most used treatment regimen was a combination of penicillin plus a beta-lactamase inhibitor, and a macrolide. The rate of regimen change was high, attributed to the improvement of clinical symptoms. The average treatment duration for pneumonia was 7.09 days, with a treatment success of 78.5%. **Conclusion:** Younger children had higher rates of CAP, and the antibiotic combination regimen of penicillin plus a beta-lactamase inhibitor and a macrolide was the most frequently used, showing high effectiveness in curing the infection with a ratio of 78.5%.

Keywords: Community-acquired pneumonia, children, antibiotics, Vinh Medical University, 2022-2023.

* Corresponding author.

E-mail address: Minh908733@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4688>

Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh năm 2022-2023

Nguyễn Điện Minh^{1,*}, Nguyễn Thị Cẩm Nhung¹, Hoàng Thị Cúc²

¹Đại học Duy Tân, 120 Hoàng Minh Thảo, Hòa Khánh Nam, Liên Chiểu, Đà Nẵng

²Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh, 161 Nguyễn Phong Sắc, Hưng Dũng, Vinh, Nghệ An

Nhận ngày 28 tháng 7 năm 2024

Chỉnh sửa ngày 29 tháng 9 năm 2024; Chấp nhận đăng ngày 6 tháng 3 năm 2025

Tóm tắt: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh năm 2022-2023. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 186 trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi được chẩn đoán VPCĐ. Kết quả: tỷ lệ nam/ nữ là 57,5%/ 42,5%. Nhóm từ 12-48 tháng tuổi là nhóm tuổi mắc VPCĐ cao nhất chiếm 58,1%. Khi mắc VPCĐ trẻ sẽ gặp một số triệu chứng như ho, khó thở, khò khè, rút lõm lồng ngực. Bạch cầu (WBC), protein phản ứng C trong máu (CRP) thường tăng và xuất hiện tổn thương trên hình ảnh X-quang. Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi/viêm phổi nặng chiếm 73,7%/ 26,3%. Một số bệnh mắc kèm về nhiễm khuẩn đường hô hấp. Tỷ lệ lớn trẻ đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện. Phác đồ phối hợp (penicilin + chất ức chế beta lactamase) + macrolid được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu. Tỷ lệ thay đổi phác đồ cao trong đó kết quả thay đổi là do triệu chứng lâm sàng được cải thiện. Thời gian điều trị viêm phổi trung bình là 7,09 ngày. Kết quả điều trị viêm phổi với tỷ lệ khỏi 78,5%. Kết luận: Trẻ càng nhỏ tỷ lệ mắc VPCĐ càng cao, phác đồ phối hợp kháng sinh trong đó (penicilin + chất ức chế beta lactamase) + macrolid là phác đồ sử dụng nhiều nhất mang lại kết quả điều trị khỏi bệnh cao với tỷ lệ 78,5%.

Từ khóa: VPCĐ, trẻ em, kháng sinh, Đại học Y khoa Vinh, 2022-2023.

1. Mở đầu

VPCĐ là nhiễm khuẩn cấp tính gây tổn thương nhu mô phổi kèm theo các dấu hiệu như: ho, khó thở, khò khè, thở nhanh hoặc rút lõm lồng ngực [1]. VPCĐ là nguyên nhân nhiễm trùng gây tử vong lớn nhất ở trẻ em trên toàn thế giới. Theo thống kê của UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc), VPCĐ đã cướp đi sinh mạng của hơn 700.000 trẻ em dưới 5 tuổi mỗi năm, hoặc khoảng 2.000 trẻ mỗi ngày. Một số khu vực có tỷ lệ mắc cao như Nam Á (2.500 trường hợp

trên 100.000 trẻ em) và Tây, Trung Phi (1.620 trường hợp trên 100.000 trẻ em) [2]. Tại Việt Nam, Mỗi năm có khoảng 38.000 trẻ tử vong trong đó viêm phổi chiếm 12% trường hợp. Như vậy mỗi năm có khoảng hơn 4.000 trẻ < 5 tuổi tử vong do viêm phổi [1]. Căn nguyên chủ yếu gây VPCĐ là do vi khuẩn chính vì vậy mà việc sử dụng kháng sinh để điều trị đóng vai trò quan trọng và quyết định tới tính mạng của bệnh nhân. Tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh, việc sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ đa số là dựa theo kinh nghiệm điều trị. Chính vì vậy việc

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: Minh908733@gmail.com

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4688>

lựa chọn và sử dụng kháng sinh cho hợp lý là rất cần thiết. Với mong muốn góp phần vào việc sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý và hiệu quả nhằm làm giảm tình trạng đề kháng kháng sinh nên nhóm tiến hành thực hiện đề tài “Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị VPCĐ ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh năm 2022-2023”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh án nội trú của bệnh nhân nhi tại Khoa nhi, Trường Đại học Y khoa Vinh có thời gian nhập viện trong khoảng từ 1/6/2022 đến 31/5/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi, được chẩn đoán là VPCĐ, có chỉ định kháng sinh và điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án không đầy đủ thông tin cần thu thập.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 10/2023 đến tháng 6/2024.

Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: từ phần mềm quản lý của bệnh viện, chọn toàn bộ những bệnh nhân được chẩn đoán là VPCĐ.

2.4. Chỉ tiêu và các biến số nghiên cứu

Chỉ tiêu 1: khảo sát đặc điểm chung trong mẫu nghiên cứu:

Giới tính: nam hoặc nữ,

Nhóm tuổi: phân loại theo Nhi Khoa - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh [3]. Tuổi tính theo tháng tuổi, kể từ ngày tròn 2 tháng đến trước ngày tròn 12 tháng được xem là 2-12 tháng tuổi. Các tuổi tiếp theo tương tự.

+ Lựa tuổi nữ nhi: 2 tháng đến 12 tháng tuổi.

+ Lựa tuổi nhà trẻ: 1 tuổi đến 3 tuổi.

+ Lựa tuổi mẫu giáo: 4 tuổi đến 5 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: các triệu chứng và một số xét nghiệm thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Mức độ nặng được phân loại theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh ban hành kèm quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015 của Bộ Y tế [1].

Bệnh mắc kèm: thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Chỉ tiêu 2: khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ:

Tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện: Thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Tỷ lệ các kháng sinh: thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Các phác đồ kháng sinh ban đầu: thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Đặc điểm phác đồ thay thế và các phác đồ thay thế: thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Thời gian sử dụng kháng sinh: thời gian từ lúc bắt đầu đến lúc kết thúc sử dụng kháng sinh

Kết quả điều trị: kết quả điều trị được thu thập dựa trên ghi chép của bác sĩ trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

+ Khỏi: là các triệu chứng giảm hoàn toàn, các chỉ số xét nghiệm bình thường có thể xuất viện.

+ Đỡ: là các triệu chứng có thuyên giảm, cần theo dõi ở nhà và có thể xuất viện.

+ Chuyên viện: là những bệnh nhân được xin ra viện sau một thời gian điều trị tại bệnh viện.

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: vào phần mềm quản lý hồ sơ bệnh án của bệnh viện.

Bước 2: lấy ra tất cả những bệnh án được chẩn đoán VPCĐ từ thời gian 1/6/2022 đến 31/5/2023.

Bước 3: lọc bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 4: khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh như các chỉ tiêu nghiên cứu.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: thu thập bằng mẫu phiếu thu thập số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của giám đốc Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

cứu. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật không ảnh hưởng đến cơ quan bệnh viện.

4. Kết quả nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu gồm 186 bệnh nhi mắc VPCĐ tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

4.1. Khảo sát đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

4.1.1. Khảo sát về giới tính, nhóm tuổi

Tỷ lệ trẻ nam mắc VPCĐ chiếm 57,5% cao hơn tỷ lệ mắc ở nữ với tỷ lệ 42,5%. Nhóm tuổi từ 12-48 tháng tuổi là nhóm mắc VPCĐ nhiều nhất với 58,1%, tuổi càng nhỏ tỷ lệ mắc càng cao (Bảng 1).

Bảng 1. Khảo sát giới tính, nhóm tuổi trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	107	57,5
	Nữ	79	42,5
Nhóm tuổi (tháng tuổi)	2-12	69	37,1
	12-48	108	58,1
	48-60	9	4,8

4.1.2. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng trong mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng	Ho	183	98,4
	Sốt	108	58,1
	Khò khè	103	55,4
	Nghe tiếng ran ẩm, ran rít	179	96,2
	Rút lõm lồng ngực	78	41,9
	Thở nhanh	53	28,8
	Phập phồng cánh mũi	5	2,7
Cận lâm sàng	Tăng WBC	117	62,9
	CRP dương tính	69	37,1
	Tổn thương trên hình ảnh X-quang	152	81,7

Khi mắc VPCĐ những biểu hiện thường gặp như ho (98,4%), khò khè (55,4%), sốt (58,1%),

nghe tiếng ran ẩm, ran rít (96,2%), rút lõm lồng ngực (41,9%), các triệu chứng khác ít gặp hơn như thở nhanh (28,8%), và phập phồng cánh mũi (2,7%). Tỷ lệ tăng WBC chiếm 62,9%, CRP dương tính chiếm 37,1%, tổn thương trên hình ảnh X-quang chiếm 81,7% (Bảng 2).

4.1.3. Khảo sát mức độ nặng và các bệnh mắc kèm trong mẫu nghiên cứu

Một số bệnh mắc kèm về nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp khi trẻ mắc VPCĐ như: viêm mũi họng (38,2%), viêm tai giữa (34,4%), viêm amydan (7,5%). Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi cao hơn viêm phổi nặng với tỷ lệ 73,7% (Bảng 3).

Bảng 3. Khảo sát mức độ nặng và các bệnh mắc kèm trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Bệnh mắc kèm	Viêm mũi họng	71	38,2
	Viêm tai giữa	64	34,4
	Viêm cầu thận	27	14,5
	Viêm amydan	14	7,5
	Viêm ruột	9	4,8
	Viêm loét họng, viêm thanh quản	7	3,7
	Cúm	8	4,3
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	3	1,6
Mức độ nặng	Viêm phổi	137	73,7
	Viêm phổi nặng	49	26,3

4.2. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng

4.2.1. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện

Tỷ lệ trẻ đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện chiếm 51,1% cao hơn tỷ lệ trẻ em chưa sử dụng kháng sinh trước khi vào viện 48,9% (Bảng 4).

Bảng 4. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện

Đối tượng bệnh nhân	Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)
Đã sử dụng kháng sinh	95	51,1
Chưa sử dụng kháng sinh	91	48,9
Tổng	186	100

4.2.2. Tỷ lệ các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Nhóm penicilin là nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 44%. Trong đó, hoạt chất ampicilin + sulbactam là hoạt chất được sử dụng phổ biến nhất (Bảng 5).

4.2.3. Các phác đồ ban đầu khi bệnh nhân mới nhập viện

Phác đồ dạng phối hợp chiếm tỷ lệ 66,1% cao hơn phác đồ đơn độc chiếm tỷ lệ 33,9%.

Trong đó phác đồ phối hợp (penicilin + kháng beta - lactamase) + macrolid là phác đồ phối hợp được sử dụng nhiều nhất (Bảng 6).

4.2.4. Đặc điểm phác đồ thay đổi

Tỷ lệ thay đổi phác đồ chiếm ưu thế chiếm 64,0% và trong đó thay đổi phác đồ là do triệu chứng lâm sàng được cải thiện chiếm 49,5% (Bảng 7).

Bảng 5. Tỷ lệ các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Hoạt chất		Đường dùng	Số lượt chỉ định	Tỷ lệ (%) (N=461)	Tổng	Tỷ lệ (%) (N=461)
Nhóm penicilin	Ampicilin + sulbactam	Tiêm TM	171	37,1	203	44
	Amoxicilin + acid clavulanic	Tiêm TM	31	6,7		
	Amoxicilin + acid clavulanic	Uống	1	0,2		
Nhóm carbapenem	Meropenem	Tiêm TM	25	5,4	25	5,4
Nhóm cephalosporin	Ceftazidim	Tiêm TM	4	0,9	84	18,3
	Ceftriaxon	Tiêm TM	16	3,5		
	Ceftizoxim	Tiêm TM	64	13,9		
Nhóm macrolid	Azithromycin	Uống	148	32,1	148	32,1
Nhóm aminoglycosid	Gentamycin	Tiêm TM	1	0,2	1	0,2
Tổng					461	100

Bảng 6. Các phác đồ ban đầu khi bệnh nhân mới nhập viện

Phác đồ		Tổng			
		n	Tỷ lệ (%) (N=186)	n	Tỷ lệ (%)
Đơn độc	Penicilin + kháng beta - lactamase	43	23,1	63	33,9
	C3G	13	7,0		
	Carbapenem	2	1,1		
	Macrolid	5	2,7		
Phối hợp	(Penicilin + kháng beta - lactamase) + macrolid	89	47,8	123	66,1
	C3G + macrolid	30	16,1		
	Carbapenem + macrolid	4	2,2		

Bảng 7. Đặc điểm phác đồ thay thế

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%) (N=186)
Không thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị		67	36,0
Thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị		119	64,0
Kết quả thay đổi	Triệu chứng lâm sàng cải thiện	92	49,5
	Triệu chứng lâm sàng không cải thiện	27	14,5

4.2.5. Các phác đồ thay đổi

Có 119 bệnh nhân có thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị, trong đó có 10 bệnh nhân

phải thay đổi phác đồ 2 lần. Phác đồ phối hợp từ penicilin + macrolid sang đơn độc penicilin là phác đồ thay đổi nhiều nhất chiếm 52,1% (Bảng 8, 9).

Bảng 8. Các phác đồ thay đổi lần 1

STT	Phác đồ ban đầu	Phác đồ thay đổi lần 1	n	Tỷ lệ (%) (N=119)
1	Penicilin	C3G	1	0,8
2		Penicilin + macrolid	3	2,5
3		Carbapenem	2	1,7
4		Carbapenem + penicilin	2	1,7
5		Aminoglycosid + penicilin	1	0,8
6	Macrolid	Penicilin	1	0,8
7		Penicilin + macrolid	1	0,8
8		C3G + macrolid	1	0,8
9	Penicilin + macrolid	Penicilin	62	52,1
10		C3G + macrolid	8	3,4
11		Carbapenem	1	0,8
12		Carbapenem + macrolid	3	2,5
13	C3G	C3G + macrolid	1	0,8
14	C3G + macrolid	C3G	25	21,0
15		Carbapenem	3	2,5
16	Carbapenem + macrolid	Carbapenem	4	3,4
Tổng			119	100

Bảng 9. Các phác đồ thay thế lần 2

STT	Phác đồ thay thế lần 1	Phác đồ thay đổi lần 2	n	Tỷ lệ (%) (N=10)
1	C3G + macrolid	C3G	5	50
2	Penicilin + macrolid	Penicilin	1	10
3	Penicilin	Carbapenem	1	10
4	Carbapenem + macrolid	Carbapenem	3	10
Tổng			10	100

Bảng 10. Thời gian sử dụng kháng sinh

Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày)	Tổng	
	n	Tỷ lệ (%) (N=186)
3	7	3,8
4	3	1,6
5	10	5,4
6	34	18,3
7	74	39,8
8	31	16,7
9	14	7,5
10	6	3,2
11	5	2,7
12	2	1,1
Trung bình ± SD	7,09 ± 1,615	
Tổng	186	100

SD: độ lệch chuẩn

4.2.6. Thời gian sử dụng kháng sinh

Thời gian sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ trung bình $7,09 \pm 1,615$ ngày. Trong đó, thời gian sử dụng kháng sinh ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 12 ngày (Bảng 10).

4.2.7. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị VPCĐ với tỷ lệ khỏi 78,5%, đỡ 21,0% và chuyển viện 0,5% (Bảng 11).

Bảng 11. Kết quả điều trị

Kết quả	Viêm phổi		Viêm phổi nặng		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%) (N=186)	n	Tỷ lệ (%) (N=186)	n	Tỷ lệ (%) (N=186)
Khỏi	108	58,1	38	20,4	146	78,5
Đỡ	28	15,1	11	5,9	39	21,0
Chuyển viện	1	0,5	0	0	1	0,5
Tổng	137	73,7	49	26,3	186	100

5. Bàn luận

5.1. Đặc điểm chung trong mẫu nghiên cứu

Giới tính và nhóm tuổi: tỷ lệ trẻ nam mắc VPCĐ chiếm 57,5% cao hơn tỷ lệ nữ mắc là 42,5%. Nhóm tuổi càng nhỏ tỷ lệ mắc càng cao. Những năm gần đây có thể là do tình trạng mất cân bằng giới tính nên tỷ lệ trẻ nam sẽ mắc cao hơn. Ở trẻ nhỏ đường hô hấp nhỏ hẹp và ngắn, khi bị viêm dễ gây phù nề nên trẻ thường các cơn khó thở, viêm dễ dàng lan rộng ra xung quanh. Khi trẻ bị viêm đường hô hấp thường tiến triển nhanh thành viêm phổi và có thể diễn biến nặng hơn. Khi trẻ lớn hơn, cơ quan hô hấp phát triển và dần được hoàn thiện do đó tỷ lệ trẻ mắc bệnh viêm phổi cũng sẽ giảm dần. Mặt khác ở những nhóm tuổi càng nhỏ thường có những thói quen như gặm đồ vật, mút tay đây là nguồn lây nhiễm vi sinh vật gây bệnh cho trẻ em [4]. Lâm sàng, cận lâm sàng: khi mắc VPCĐ, trẻ thường có những dấu hiệu như ho, khó thở, khò khè, rút lõm lồng ngực, thở nhanh và phập phồng cánh mũi. Tỷ lệ WBC, CRP thường tăng chiếm tỷ lệ lần lượt là 62,9% và 37,1% và có xuất hiện tổn thương trên hình ảnh X-quang chiếm 81,7%. Bệnh mắc kèm: Ở trẻ mắc VPCĐ, sẽ xuất hiện một số nhiễm khuẩn về đường hô hấp như viêm tai giữa, viêm amydan, viêm mũi họng. Nhiễm khuẩn về đường hô hấp thường xuất hiện kèm

theo viêm phổi chính vì vậy có thể làm khó khăn trong việc điều trị kháng sinh ban đầu, kéo dài thời gian sử dụng giường bệnh. Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi chiếm 73,7% cao hơn tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi nặng chiếm 26,3%. Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi nặng ít hơn viêm phổi là do nghiên cứu được thực hiện ở bệnh viện tuyến quận (huyện) nên sẽ ít gặp những ca bệnh nặng.

5.2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị viêm phổi cộng đồng

Tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện: Tỷ lệ trẻ đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện chiếm tỷ lệ 51,1% và cao hơn nhóm chưa sử dụng kháng sinh trước khi vào viện là 48,9%. Ở Việt Nam, tình trạng sử dụng thuốc không cần kê đơn của bác sĩ đã trở thành tình trạng vô cùng phổ biến và không kiểm soát được. Đặc biệt, kháng sinh là nhóm nằm trong danh mục thuốc kê đơn và chỉ được sử dụng khi được bác sĩ chỉ định và kê đơn. Việc mua bán diễn ra tràn lan tại các nhà thuốc, quầy thuốc khi không có đơn của bác sĩ có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân làm gia tăng các chủng kháng kháng sinh, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Nhóm bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi vào viện này cũng là nhóm đối tượng nguy cơ có chỉ định kháng sinh ban đầu không phù hợp với khuyến cáo. Trong trường hợp này,

việc khai thác rõ tiền sử sử dụng thuốc trước khi nhập viện quyết định đến phác đồ kháng sinh trong bệnh viện. Việc sử dụng kháng sinh trước khi vào viện có thể dẫn tới phác đồ ban đầu không phù hợp với khuyến cáo hoặc làm thất bại điều trị phác đồ ban đầu.

Tỷ lệ các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu: nhóm penicilin là nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 44%. Kháng sinh ampicilin + sulbactam là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là do ampicilin + sulbactam cho kết quả lâm sàng hiệu quả, an toàn và dung nạp tốt trong điều trị ở trẻ em nhập viện vì viêm phổi cộng đồng [5, 6]. Mỗi bệnh viện, mỗi cơ sở điều trị sẽ có tình hình đầu thầu thuốc khác nhau nên những biệt dược được sử dụng phổ biến tại bệnh viện cũng có thể là do tình hình đầu thầu thuốc. Hoạt chất azithromycin được sử dụng phổ biến sau ampicilin + sulbactam chiếm tỷ lệ 32,1%. Macrolid có tác dụng tốt trên những vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Legionella*, hơn nữa azithromycin khá an toàn, ít tác dụng phụ và còn được khuyến cáo trong điều trị viêm phổi cộng đồng [7].

Các phác đồ ban đầu: phác đồ dạng phối hợp chiếm ưu thế, trong đó penicilin + chất ức chế beta-lactamase phối hợp macrolid là phác đồ được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ là 47,8%. Kháng sinh penicilin + chất ức chế beta - lactam là kháng sinh phổ rộng có tác dụng tốt trên nhiều chủng vi khuẩn như *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* và đây cũng là căn nguyên phổ biến nhất gây viêm phổi cộng đồng [7]. Phác đồ phối hợp (penicilin + chất ức chế beta - lactam) + macrolid được sử dụng nhiều là do macrolid là kháng sinh có khả năng bao phủ các mầm bệnh không điển hình (*Legionella*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*). Macrolid là nhóm kháng sinh ít độc, ít tác dụng phụ nên thường được sử dụng cho nhi khoa [7, 8].

Đặc điểm sử dụng phác đồ thay thế: trong nghiên cứu ghi nhận nhiều bệnh viêm nhiễm kèm hay do tình hình sử dụng kháng sinh trước khi vào viện bừa bãi cũng là nguyên nhân làm

kéo dài thời gian điều trị, làm gia tăng tỷ lệ thất bại với phác đồ điều trị theo kinh nghiệm ban đầu. Trong phác đồ thay đổi, phác đồ thay thế phổ biến thường gặp nhất là từ penicilin + macrolid sang penicilin chiếm tỷ lệ 52,1% và phác đồ C3G + macrolid sang C3G chiếm tỷ lệ 21%. Còn lại, các phác đồ thay đổi khác ít phổ biến và chiếm tỷ lệ ít hơn. Cũng có thể ngay từ đầu các bác sĩ điều trị theo kinh nghiệm muốn bao phủ thuốc trên nhiều chủng vi khuẩn khi chưa có kết quả vi sinh hoặc các kết quả huyết học và sau đó thay đổi thuốc khi triệu chứng lâm sàng được cải thiện.

Thời gian sử dụng kháng sinh: Thời gian điều trị VPCĐ trung bình là 7 ngày. Theo khuyến cáo hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y tế thời gian sử dụng từ 5-7 ngày [1]. Trong nghiên cứu việc sử dụng kháng sinh dưới 5 ngày chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên, khi sử dụng kháng sinh không đủ thời gian có thể làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh hoặc dẫn đến thất bại điều trị. Kết quả điều trị tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh với tỷ lệ khỏi chiếm 78,5%. Với việc sử dụng kịp thời kháng sinh trong đợt nhiễm khuẩn cùng với bao phủ tốt trên nhiều nhiều tác nhân gây bệnh mang lại kết quả khỏi bệnh là 78,5% .

6. Kết luận

Ở trẻ em càng nhỏ dễ mắc một số nhiễm khuẩn đường hô hấp trong đó có VPCĐ, khi mắc trẻ sẽ mắc thêm một số bệnh kèm theo. Phác đồ kháng sinh penicilin + chất ức chế beta- lactam phối hợp macrolid chiếm tỷ lệ cao với 47,8% và kết quả điều trị VPCĐ tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh với tỷ lệ khỏi bệnh là 78,5%.

Tài liệu tham khảo

- [1] Ministry of Health, Decision on the Issuance of the Professional Document Guidelines for Antibiotic Use, Decision No. 7058/QĐ-BYT, 2015 (in Vietnamese).
- [2] United Nations International Children's Emergency Fund, Pneumonia, <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/> (accessed on: May 1st, 2024).

- [3] Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy, Pediatric Curriculum Medical Publishing House, Ho Chi Minh City, Vol. 1, 2020.
- [4] Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy, Pediatric Dentistry, Medical Publishing House, Ho Chi Minh City, Vol. 1, 2006.
- [5] A. Tapisiz, H. Ozdemir, E. Ciftci, N. Belet, E. Ince, U. Dogru, Ampicillin/sulbactam for children Hospitalized with Community-Acquired Pneumonia: *J Infect Chemother*, Vol. 4, No. 17, 2011, pp. 504-509, <https://doi.org/10.1007/s10156-011-0208-3>.
- [6] D. Williams, M. Perri, M. J. Zervos, Randomized comparative Trial With Ampicillin/Sulbactam Versus Cefamandole in the Therapy of Community Acquired Pneumonia: *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, Vol. 13, No. 4, 1994, pp. 293-298, <https://doi.org/10.1007/BF01974603>.
- [7] Ministry of Health, National Drug Repository of Vietnam 2022 (in Vietnamese).
- [8] L. Brunton and B. Knollmann, Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 2022.