

CURRENT STATUS OF ANTIBIOTICS USE IN THE TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN THE ELDERLY AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2024

Luong Khanh Toan^{1*}, Nguyen Thi Can¹, Nguyen Khanh Toan²
Nguyen Thai Mai Phuong¹, Nguyen Thi Quynh Giang¹, Hoang Hoai Duyen¹

1. Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An, Viet Nam

2. Nghe An Oncology Hospital - 60 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh city, Nghe An, Viet Nam

Received: 10/05/2024

Revised: 30/05/2024; Accepted: 28/06/2024

ABSTRACT

Research objective: Survey the current status of antibiotic use in the treatment of community-acquired pneumonia in patients with non-small cell lung cancer in the elderly at Nghe An Oncology Hospital in 2024.

Research methods: Prospective, cross-sectional description and analysis of each case.

Research results: 85.3% of patients used antibiotics before admission; the average duration of antibiotic use was 8.3 ± 3.0 days. Piperacillin is the most used active ingredient (32.5%), followed by the Quinolone group of antibiotics, accounting for 51.9%, of which the antibiotic Moxifloxacin accounts for the highest proportion, 31.2%. Single-agent regimens account for 82%, of which Piperacillin is the most used active ingredient (24.6%). The combination regimen of two antibiotics, Piperacillin and Moxifloxacin, is the most used at a rate of 13.1%. In 77% of cases, the Ministry of Health's guidelines selected antibiotic selection.

Conclusion: The results show that choosing appropriate antibiotics and regimens to treat community-acquired pneumonia in elderly patients with non-small cell lung cancer is a decisive factor for doctors in successful clinical treatment. Emphasise the importance of monitoring and compliance with antibiotic use to improve effectiveness and limit antibiotic resistance.

Keywords: Community-acquired pneumonia, non-small cell lung cancer, elderly, antibiotics.

* Corresponding author

Email address: khanhtoan211102@gmail.com

Phone number: (+84) 866700669

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1306>

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2024

Lương Khánh Toàn^{1*}, Nguyễn Thị Cần¹, Nguyễn Khánh Toàn²
Nguyễn Thái Mai Phương¹, Nguyễn Thị Quỳnh Giang¹, Hoàng Hoài Duyên¹

1. Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam
2. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An - 60 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/05/2024

Ngày chỉnh sửa: 30/05/2024; Ngày duyệt đăng: 28/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang phân tích từng ca bệnh.

Kết quả nghiên cứu: 85,3% bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện; thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $8,3 \pm 3,0$ ngày. Piperacilin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (32,5%), tiếp đến là nhóm kháng sinh Quinolon chiếm tỷ lệ 51,9%, trong đó kháng sinh Moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất (31,2%). Phác đồ đơn chất chiếm 82%, trong đó Piperacillin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (24,6%). Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh Piperacillin và Moxifloxacin được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 13,1%. Có 77% trường hợp lựa chọn kháng sinh phù hợp với Hướng dẫn của Bộ Y tế.

Kết luận: Các kết quả cho thấy việc lựa chọn kháng sinh, phác đồ phù hợp điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi là yếu tố quyết định điều trị thành công của bác sĩ điều trị trên lâm sàng. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát và tuân thủ sử dụng kháng sinh nhằm mục đích nâng cao hiệu quả, hạn chế kháng kháng sinh.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, ung thư phổi không tế bào nhỏ, cao tuổi, kháng sinh.

* Tác giả liên hệ

Email: khanhtoan211102@gmail.com

Điện thoại: (+84) 866700669

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1306>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (community acquire pneumonia) là một căn bệnh phổ biến và nghiêm trọng [1]. Tại Hoa Kỳ, viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ sáu và là nguyên nhân gây tử vong số một do các bệnh truyền nhiễm [1]. Theo số liệu thống kê, tỷ lệ các ca mắc mới ung thư (UT) phổi cao thứ hai và là nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất trong số các bệnh UT trên toàn thế giới.

Tại Việt Nam, UT phổi là một trong những bệnh lý ác tính có số lượng người mắc và tỷ lệ tử vong hàng đầu trong các bệnh UT thường gặp ở cả hai giới. Theo Globocan (2020), tại Việt Nam tỷ lệ mắc UT phổi xếp thứ hai với 26.262 ca mắc mới chiếm 14,4%, và 23.797 ca tử vong vì căn bệnh này. Bệnh nhân UT phổi thường bị viêm phổi. Viêm phổi đã được báo cáo xảy ra ở 50-70% bệnh nhân UT phổi [2]. Đây vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong trong quá trình điều trị bệnh UT phổi [2]. Viêm phổi mắc phải (VPMP) tại cộng đồng trở thành gánh nặng ở bệnh UT nói chung, với sự thay đổi theo phân nhóm UT và tỷ lệ UT phổi đặc biệt cao [3]. Bên cạnh đó, VPMP tại cộng đồng là một vấn đề ngày càng gia tăng ở người cao tuổi [4]. Tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi hàng năm ở người già cao gấp 4 lần so với những người trẻ tuổi [5]. Ngoài ra, người cao tuổi có tỷ lệ nhập viện cao hơn và có nhiều khả năng tử vong do VPMP tại cộng đồng hơn [6].

Kháng sinh là một liệu pháp đóng vai trò quan trọng trong điều trị VPMP tại cộng đồng, nhằm hạn chế khả năng nhiễm trùng nhanh ở bệnh nhân UT phổi. Bệnh nhân UT phổi là đối tượng suy giảm miễn dịch, nên việc dùng kháng sinh vô cùng khó khăn, đặc biệt là đối tượng người cao tuổi [7].

Hiện nay, có rất nhiều công trình nghiên cứu khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMP tại cộng đồng ở người lớn, tuy nhiên chưa có công trình nào nghiên cứu trên đối tượng UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi. Tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, bệnh nhân mắc UT phổi chiếm tỷ lệ cao so với các bệnh UT khác. Việc sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng đa số dựa vào kinh nghiệm điều trị. Để góp phần hỗ trợ các thầy thuốc trong việc xây dựng và thực hiện chiến lược sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý nhằm nâng cao hiệu quả điều trị VPMP tại cộng đồng cho bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMP tại cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2024.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiền cứu, mô tả cắt ngang, phân tích từng ca bệnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội II và Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1 đến tháng 4/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên mắc UT phổi không tế bào nhỏ được chẩn đoán VPMP cộng đồng theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những hồ sơ bệnh án của bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên mắc UT phổi không tế bào nhỏ bị VPMP cộng đồng có thời gian sử dụng kháng sinh dưới 3 ngày, bệnh nhân nhiễm HIV, bệnh nhân mắc kèm các bệnh nhiễm khuẩn khác ngoài đường hô hấp.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: trong toàn bộ thời gian nghiên cứu, có tổng cộng 61 hồ sơ bệnh án của BN đủ điều kiện để nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu: tuổi, giới tính, phân loại mức độ nặng của bệnh VPMP tại cộng đồng theo tiêu chuẩn CURB 65 (nhẹ, trung bình, nặng), thời gian điều trị, bệnh mắc kèm.

- Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi.

+ Tỷ lệ kháng sinh trước khi nhập viện.

+ Danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng ban đầu.

+ Các phác đồ điều trị được sử dụng trên nhóm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.

+ Tỷ lệ chuyển đường dùng kháng sinh trong thời gian điều trị.

+ Tỷ lệ chuyển phác đồ kháng sinh trong thời gian điều trị.

- Nhận xét tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi.

+ Tính hợp lý về lựa chọn thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu.

+ Tính hợp lý của chuyển đổi đường dùng thuốc theo nguyên tắc chuyển đổi kháng sinh trong mẫu nghiên cứu.

+ Tính hợp lý trong việc thay đổi phác đồ kháng sinh trong mẫu nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Các số liệu thu thập hồi cứu trên hồ sơ bệnh án bằng bệnh án nghiên cứu lưu tại phần mềm bệnh viện. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên các biến số, chỉ số nghiên cứu. Các bệnh án đủ tiêu chuẩn được lựa chọn để thu thập dữ liệu. Tất cả thông tin thu thập được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 20.0 để

phân tích và xử lý số liệu. Kết quả thể hiện theo dạng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y khoa Vinh và Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Thông tin về bệnh nhân được mã hóa và các số liệu thu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n = 61)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Nhóm tuổi	60-70	24	39,3	73,0 ± 5,4 (66-88 tuổi)
	71-80	30	49,2	
	> 80	7	11,5	
Giới tính	Nam	47	77,0	
	Nữ	14	23,0	
Phân loại mức độ bệnh VPMP tại cộng đồng	Nhẹ	23	37,7	
	Trung bình	27	44,3	
	Nặng	11	18	
Thời gian điều trị	< 7 ngày	18	29,5	8,3 ± 3,0 (3-15 ngày)
	7-10 ngày	28	45,9	
	10-14 ngày	14	23,0	
	> 14 ngày	1	1,6	
Bệnh mắc kèm	Có	60	98,4	
	Không	1	1,6	

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 73,0 ± 5,4. Bệnh nhân từ 71-80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1. Bệnh nhân mắc bệnh VPMP tại cộng đồng mức độ trung bình chiếm 44,3%. Thời gian điều trị trung bình là 8,3 ± 3,0 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mắc kèm là 98,4%.

3.2. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi

3.2.1. Tỷ lệ dùng kháng sinh trước khi nhập viện

Có 52/61 bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (chiếm 85,3%), có 9/61 bệnh nhân không sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện (chiếm 14,7%).

3.2.2. Danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng ban đầu trong mẫu nghiên cứu

Bảng 2: Danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng ban đầu trong mẫu nghiên cứu (n = 61)

TT	Nhóm kháng sinh	Biệt dược	Hoạt chất	Hàm lượng	Đường dùng	Số lượt sử dụng	Tỷ lệ (%)
1	Penicillin		Piperacillin	4g	Tiêm	25	32,5
2			Cefamandol	1000 mg	Tiêm	1	1,3
3	Cephalosporin	Confirmed	Cefixime	200 mg	Uống	5	6,5
4		Tenamyd - Cefotaxime	Cefotaxime	1g	Tiêm	6	7,8
Tổng nhóm Cephalosporin						12	15,6

TT	Nhóm kháng sinh	Biệt dược	Hoạt chất	Hàm lượng	Đường dùng	Số lượt sử dụng	Tỷ lệ (%)
5	Quinolon	Ciprofloxacin Kabi	Ciprofloxacin	200 mg/2 ml	Truyền	13	16,9
6		Oradays	Ciprofloxacin	200 mg/2 ml	Tiêm	1	1,3
7		Ofloquinon	Ofloxacin	2 mg/1 ml	Truyền	2	2,6
8			Moxifloxacin	400 mg/250 ml	Truyền	24	31,2
Tổng nhóm Quinolon						40	51,9

Piperacilin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (32,5%), tiếp đến là nhóm kháng sinh Quinolon chiếm tỷ lệ 51,9%, trong đó kháng sinh Moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất (31,2%).

3.2.2. Danh mục phác đồ kháng sinh được sử dụng trên nhóm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Bảng 3: Danh mục phác đồ kháng sinh được sử dụng trên nhóm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu (n = 61)

Phác đồ	Biệt dược	Hoạt chất	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phác đồ đơn		Piperacillin	15	24,6
		Cefamandol	1	1,6
		Cefimed	5	8,2
		Tenamyd - Cefotaxime	4	6,6
		Ciprofloxacin Kabi	9	14,8
		Fridays	1	1,6
		Ofloquinon	1	1,6
			Moxifloxacin	14
Tổng phác đồ đơn			50	82,0
Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh		Piperacillin + Moxifloxacin	8	13,1
		Piperacillin, Ciprofloxacin Kabi	2	3,3
		Tenamyd - Cefotaxim, Ofloquinon	1	1,6
Tổng phác đồ phối hợp 2 kháng sinh			11	18,0

50/61 bệnh nhân (82%) được sử dụng phác đồ đơn chất, trong đó Piperacillin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (24,6%). Trong các phác đồ phối hợp 2 kháng sinh, Piperacillin và Moxifloxacin được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 13,1%.

3.2.3. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển đường dùng kháng sinh trong thời gian điều trị

Có 13/61 bệnh nhân (21,3%) chuyển đường dùng kháng sinh và 48/61 bệnh nhân (78,7%) không chuyển đường dùng kháng sinh trong thời gian điều trị.

3.2.4. Tỷ lệ chuyển phác đồ kháng sinh trong thời gian điều trị

Có 56/61 bệnh nhân (91,8%) giữ nguyên phác đồ kháng sinh và 5/61 bệnh nhân (8,2%) chuyển phác đồ kháng sinh trong thời gian điều trị.

3.3. Nhận xét tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi

3.3.1. Tính hợp lý về lựa chọn thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu

Bảng 4: Tỷ lệ hợp lý lựa chọn thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu (n = 61)

Tiêu chí đánh giá		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Lựa chọn thuốc	Hợp lý	47	77,04
	Chưa hợp lý	14	22,95

Tiêu chí đánh giá		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liều dùng	Hợp lý	58	95,1
	Chưa hợp lý	3	4,9
Đường dùng	Hợp lý	61	100
	Chưa hợp lý	0	0
Thời gian sử dụng	Hợp lý	60	98,4
	Chưa hợp lý	1	1,6

Phần lớn bệnh nhân sử dụng kháng sinh hợp lý về lựa chọn thuốc, liều dùng, đường dùng và thời gian sử dụng với tỷ lệ lần lượt là 77,04%, 95,1%, 100% và 98,4%.

3.3.3. Tính hợp lý của chuyển đổi đường dùng theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh trong nghiên cứu

Cả 61/61 bệnh nhân (100%) chuyển đổi đường dùng hợp lý theo nguyên tắc chuyển đổi kháng sinh.

3.3.4. Tính hợp lý trong việc thay đổi phác đồ kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Trong số 5 bệnh nhân phải chuyển phác đồ kháng sinh trong thời gian điều trị, tất cả (100%) đều chuyển đổi phác đồ hợp lý theo Hướng dẫn của Bộ Y tế.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $73,0 \pm 5,4$, trong đó bệnh nhân từ 71-80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%). VPMP tại cộng đồng là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở người cao tuổi [1]. Kết quả của chúng tôi cũng khẳng định độ tuổi mắc viêm phổi cộng đồng chủ yếu ở người cao tuổi như các nghiên cứu của Đoàn Nguyễn Trà My năm 2023 (tuổi trung bình $63,1 \pm 1,8$), Trần Quỳnh Như và cộng sự năm 2019 (tuổi trung vị 77 (67-85), Nguyễn Thúy Hằng năm 2022 (tuổi trung bình $65,7 \pm 17,4$, tuổi trên 65 chiếm 53,3%) [2], [3], [4].

Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn so với nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 3,3/1. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Cần năm 2022, nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ, tỷ lệ nam/nữ là 6,4/1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với thực tế dịch tễ học nguy cơ lớn nhất gây mắc bệnh UT phổi chủ yếu ở nam giới và nam giới cũng chính là đối tượng hút thuốc lá nhiều hơn nữ [5].

Thời gian điều trị trung bình là $8,3 \pm 3,0$ ngày. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An năm 2021 (trung bình $9,48 \pm 3,02$ ngày) và nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hằng (trung bình 9 ngày) [4], [6].

Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mắc kèm là 98,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hằng (72,4%). Điều này cũng có thể được giải thích là đối tượng bệnh

nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là người cao tuổi, đây là đối tượng đa bệnh lý và hơn nữa bệnh nhân UT nên hệ miễn dịch đã bị suy giảm nên dễ mắc nhiều bệnh.

4.2. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi

Tỷ lệ dùng kháng sinh trước khi nhập viện

Tỷ lệ bệnh nhân dùng kháng sinh trước khi nhập viện cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cần năm 2023 (80,77%); cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn năm 2021 (60%) [6], [7]. Điều này cho thấy việc mua và bán kháng sinh trong cộng đồng chưa được kiểm soát một cách chặt chẽ. Từ đó gây khó khăn cho các bác sĩ điều trị trong việc đánh giá chẩn đoán và lựa chọn chỉ định kháng sinh trên lâm sàng.

Danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng và tần suất

Piperacilin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (32,5%); tiếp đến là nhóm kháng sinh Quinolon (51,9%), trong đó Moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất (31,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cần năm 2024, nhóm kháng sinh Penicillin được sử dụng với tỷ lệ nhiều nhất, nhưng Penicillin được sử dụng nhiều là Ticarcillin phối hợp với acid Clavulanic) chiếm 53,84% [6], [7]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn Thị Cần đều là bệnh nhân viêm phổi trên nền bệnh UT phổi không tế bào nhỏ. Các loại kháng sinh chúng tôi và Nguyễn Thị Cần dùng là các kháng sinh được chỉ định trong trường hợp nhiễm khuẩn được chứng minh là hiệu quả nhất trên cơ địa bệnh nhân suy giảm hoặc ức chế miễn dịch. Theo Dược thư Quốc gia Việt Nam, kháng sinh Piperacilin là một Ureidopenicilin phổ rộng, với vi khuẩn Gram âm, bao gồm *Klebsiella pneumoniae*. Đây là tác nhân hàng đầu gây VPMP tại cộng đồng [8].

Danh mục phác đồ kháng sinh được sử dụng trên nhóm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Phác đồ đơn chất chiếm 82%, trong đó Piperacillin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (24,6%). Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh Piperacillin và Moxifloxacin được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 13,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Hằng

năm 2022: đa số phác đồ khởi đầu là phác đồ đơn độc 1 kháng sinh, chiếm 87,6%; còn lại là các phác đồ phối hợp 2 kháng sinh. Các kháng sinh được dùng phổ biến trong phác đồ đơn độc là Cefoperazon/Sulbactam và Cefoxitin, các kiểu phối hợp phổ biến nhất trong phác đồ phối hợp 2 kháng sinh là Cephalosporin thế hệ 3 + Quinolon (4,4%); Đỗ Trung Nghĩa tại tỉnh Thái Nguyên năm 2017 với 59,5% lượt chỉ định nhóm β -Lactam, trong đó 36,1% là phác đồ Cephalosporin thế hệ 3 [9] và kết quả của Nguyễn Thị Hương tại Khoa Nội, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị năm 2013 với 55,4% lượt chỉ định kháng sinh nhóm β -Lactam, trong đó chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 (36,3%) [10]. Điều này cũng cho thấy, đối tượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là nhóm bệnh nhân suy giảm miễn dịch, khả năng kháng kháng sinh cao. Vì vậy việc chỉ định kháng sinh phổ rộng nên được ưu tiên.

Tỷ lệ chuyển đường dùng kháng sinh trong thời gian điều trị

Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/truyền sang đường uống là một trong những can thiệp quan trọng trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh.

Tỷ lệ chuyển phác đồ kháng sinh trong thời gian điều trị

Việc chuyển phác đồ phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân, trong trường hợp bệnh nhân dị ứng kháng sinh, tiến triển chậm hoặc tiến triển nặng lên..., các bác sỹ cần hội chẩn để đưa ra phác đồ mới phù hợp hơn.

4.3. Nhận xét tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi

Tính hợp lý về lựa chọn thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Số bệnh nhân sử dụng kháng sinh hợp lý về lựa chọn thuốc chiếm tỷ lệ cao (77,4%). Đánh giá việc lựa chọn thuốc trong nghiên cứu căn cứ vào Hướng dẫn của Bộ Y tế [5], việc lựa chọn thuốc dựa trên phân loại mức độ nặng của bệnh theo CURB65. Kết quả này cao hơn kết quả các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (35%), Nguyễn Thị Hương (9%) và Đỗ Trung Nghĩa (25,8%). Điều này cũng khẳng định có sự quan tâm đến công tác được lâm sàng thường xuyên trong giám sát điều trị cũng như xây dựng danh mục thuốc phù hợp với mô hình bệnh tật nhằm bảo đảm đủ thuốc và sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn hợp lý trên bệnh nhân. Kết quả hợp lý về liều dùng (95,1%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Cần năm 2023 (92,3%). Kết quả tỷ lệ hợp lý về đường dùng thuốc và thời gian sử dụng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 100% và 98,4% cũng cho thấy trong điều trị các bác sỹ đã tuân thủ kê đơn bảo đảm nguyên tắc sử dụng kháng sinh.

Tính hợp lý của chuyển đổi đường dùng theo nguyên tắc xuống thang kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh ở những người bệnh phù hợp sẽ giúp giảm thiểu các biến chứng liên quan tới tiêm/truyền, giảm chi phí điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm gánh nặng công việc cho nhân viên y tế. Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu là bệnh nhân UT phổi không tế bào nhỏ ở người cao tuổi, vì vậy xu hướng chuyển đường dùng sang đường uống là chiến lược đặc biệt chú trọng nhằm giảm thiểu biến chứng. Các trường hợp chuyển đường dùng là những bệnh nhân ở tình trạng cải thiện về mặt lâm sàng triệu chứng viêm phổi. Tuân thủ theo nguyên tắc chuyển đổi điều trị tiếp nối “chuyển từ kháng sinh đường tiêm sang kháng sinh đường uống cùng hoạt chất” trong Hướng dẫn của Bộ Y tế.

Tính hợp lý trong việc thay đổi phác đồ kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Việc thay đổi phác đồ căn cứ vào tình trạng đáp ứng lâm sàng và tiến triển của bệnh nhân. Phác đồ thay thế được lựa chọn dựa vào Hướng dẫn của Bộ Y tế.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên bệnh nhân VPMP tại cộng đồng cho thấy: có 85,3% bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện; thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là $8,3 \pm 3,0$ ngày; Piperacilin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (32,5%), tiếp đến là nhóm kháng sinh Quinolon chiếm với 51,9%, trong đó kháng sinh Moxifloxacin chiếm tỷ lệ cao nhất (31,2%). Phác đồ đơn chất chiếm 82%, trong đó Piperacillin là hoạt chất được sử dụng nhiều nhất (24,6%). Phác đồ phối hợp 2 kháng sinh Piperacillin và Moxifloxacin được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 13,1%. Có 77% trường hợp lựa chọn kháng sinh phù hợp với Hướng dẫn của Bộ Y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ministry of Health, Guidelines for diagnosing and treating community-acquired pneumonia in adults, 2020.
- [2] Đoàn Nguyễn Trà My, Vũ Văn Giáp, Nguyễn Huỳnh Phương Anh và cộng sự, Khảo sát việc điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 6/2023, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 530, tháng 9, số 1B, 2023, tr. 107-112.
- [3] Trần Quỳnh Như, Trần Hoàng Tiên, Đặng Nguyễn Đoàn Trang, Khảo sát việc điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân nhập viện từ Khoa Cấp cứu từ 6/2018 đến 4/2019 tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 17, số 5, 2022, tr. 49-55.

- [4] Nguyễn Thúy Hằng, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2022, Luận văn dược sỹ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2022.
- [5] Bộ Y tế, Quyết định 4815/QĐ-BYT ban hành ngày 20 tháng 11 năm 2020, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn.
- [6] 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, tập 505, số 2, tháng 8, 2021, tr. 271-275.
- [7] Nguyễn Thị Cần và cộng sự, Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, Tạp chí Khoa học - Công nghệ Thái Nguyên, 2024, số 229 (05), tr. 419-426.
- [8] Bộ Y tế, Dược thư Quốc gia Việt Nam, chuyên luận Piperacillin, 2022.
- [9] Nguyễn Thị Hương, Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Khoa Nội, Bệnh viện Đa khoa Quảng Trị, Đại học Dược Hà Nội, 2013.
- [10] Đỗ Trung Nghĩa, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên, Đại học Dược Hà Nội, 2017.