KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM TỪ 6 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN DÂN Y BẠC LIÊU NĂM 2020

Hoàng Quốc Cường[1,*], Vũ Thị Thảo Ly[2], Phạm Thị Trúc Bình[2]

[1]*Viện Pasteur TPHCM - 167 Pasteur, Phường 8, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*
[2]*Trường Đại học Tây Đô - 68 Trần Chiên, Lê Bình, Cái Răng, Cần Thơ, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 28 tháng 04 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 31 tháng 05 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 01 tháng 07 năm 2022

TÓM TẮT

Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do viêm phổi cao nhất. Vi khuẩn là căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất. Do vậy, kháng sinh đóng vai trò quan trọng và không thể thiếu trong điều trị để giảm tỷ lệ tử vong của viêm phổi. Việc phân tích đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh hiện nay là cực kỳ cần thiết, giúp cho các thầy thuốc lâm sàng, các nhà quản lý trong việc xây dựng và thực hiện chiến lược sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý. Đồng thời, cũng chính là nâng cao hiệu quả điều trị viêm phổi cộng đồng cho trẻ em. Trong nghiên cứu có 63 trẻ mắc viêm phổi, gồm 37 (58,73%) nam và 26 (41,27%) nữ. Trẻ 6-12 tháng tuổi mắc bệnh nhiều nhất 25 (39,68%), trẻ 48-60 tháng mắc bệnh ít nhất 4 (6,35%). Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán mã J18 (viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu) là cao nhất 28 (44,44%). Trẻ viêm phổi nhập viện chủ yếu vào tháng 2 (31,75%). Nhóm kháng sinh được sử dụng để điều trị là nhóm Beta- lactam, Amoxicillin/ acid clavuclanic là kháng sinh được chỉ định nhiều nhất 55 (87,3%). Kháng sinh này có 4 biệt dược, trong đó Klamentin của được sử dụng nhiều nhất 27 (42,86%). Nguồn gốc của các biệt dược chủ yếu từ Việt Nam. Các kháng sinh sử dụng 100% là đường uống. Kháng sinh dạng gói chiếm tỷ lệ cao nhất (68,25%).

Từ khóa: Viêm phổi, trẻ em, Bạc Liêu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là một nhóm bệnh thường gặp và hiện là một trong những bệnh lý có gánh nặng y tế cao trên thế giới cũng như Việt Nam, trong đó viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ em. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới WHO, viêm phổi đã giết chết 920.136 trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2015, chiếm 15,5% tổng số trẻ em dưới 5 tuổi tử vong. Hàng năm có khoảng 150 triệu đợt viêm

*Tác giả liên hệ
Email: cuonghqpasteur@gmail.com
Điện thoại: (+84) 933 918 918
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i4.366

phổi xảy ra ở trẻ em các nước đang phát triển, trong đó có khoảng 11 triệu trẻ nhập viện [9]. Riêng tại Việt Nam, hàng năm có khoảng 2,9 triệu lượt trẻ mắc viêm phổi và do vậy nước ta được xem là 1 trong 15 quốc gia có số lượng trẻ em mắc viêm phổi nhiều nhất thế giới. Mỗi năm vẫn có khoảng 4000 trẻ em Việt Nam chết vì viêm phổi [4]. Tình trạng gia tăng các chủng vi khuẩn đa kháng kèm theo sự thiếu hụt kháng sinh mới là thách thức lớn với thực hành lâm sàng trong điều trị các bệnh nhiễm trùng hô hấp ở nước ta, đòi hỏi phải tối ưu hóa và sử dụng hợp lý các kháng sinh hiện có và cần phải chú trọng, quan tâm đến vấn đề sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý trong điều trị các nhiễm khuẩn, đặc biệt là viêm phổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Quân Dân Y Bạc Liêu, trên cơ sở thu thập thông tin trên đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhi đến khám trong khoảng từ 01/01/2020 đến 20/11/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa trên các số liệu và thông tin thu thập từ đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Khảo sát một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu và tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ngoại trú ở trẻ em từ 6 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được tổng hợp bằng phần mềm Microsoft Excel 2016, mô tả kết quả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	6-12 tháng	25	39,68%
	>12-24 tháng	15	23,81%
	>24-36 tháng	12	19,05%
	>36-48 tháng	7	11,11%
	>48-60 tháng	4	6,35%
Tổng		**63**	**100%**
Giới tính	Nam	37	58,73%
	Nữ	26	41,27%
Tổng		**63**	**100%**

Tỷ lệ trẻ mắc viêm phổi ở nhóm 6-12 tháng tuổi là cao nhất với 25 trẻ chiếm 39,68%. Tỷ lệ này giảm dần theo lứa tuổi và thấp nhất ở nhóm 48-60 tháng với 4 trẻ chiếm 6,35%. Giới tính nam mắc bệnh viêm phổi nhiều hơn giới tính nữ. Cụ thể, 37 nam, chiếm 58,73% và 26 nữ, chiếm 41,27%.

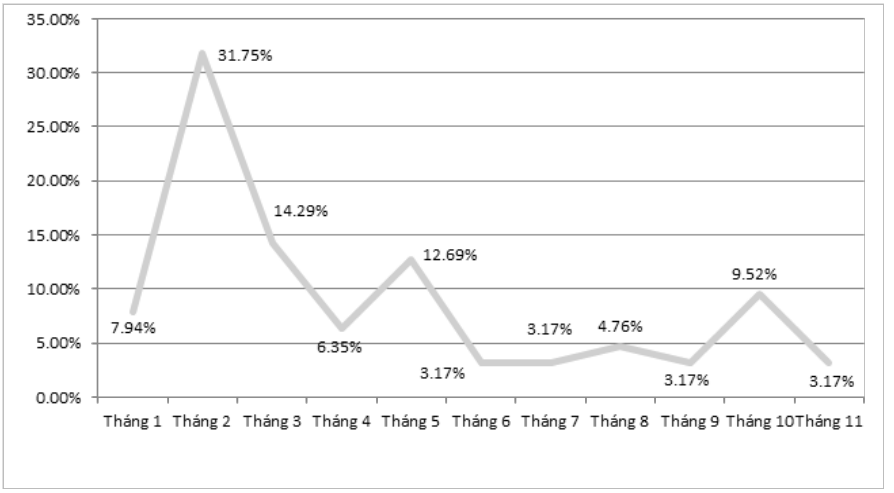
Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh viêm phổi trong mẫu nghiên cứu

STT	Mã bệnh	Chẩn đoán	Số lượng bệnh	Tỷ lệ (%)
1	J18	Viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu	28	44,44%
2	J18.0	Viêm phế quản phổi, không phân loại	24	38,1%
3	J18.9	Viêm phổi, không phân loại	11	17,46%
Tổng			**63**	**100%**

Trẻ chủ yếu mắc viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu (J18) với 28 trẻ, chiếm tỉ lệ cao nhất 44,44%. Số lượng trẻ mắc viêm phế quản phổi, không phân loại (J18.0) ít hơn với 24 trẻ, chiếm tỉ lệ 38,1% và thấp nhất là viêm phổi, không phân loại (J18.9) với 11 trẻ, chiếm 17,46%.

3.2. Phân bố ca bệnh theo tháng trong năm

Hình 3.1. Số lượng bệnh nhân đến khám tại bệnh viện trong từng tháng



Số lượng bệnh nhân đến khám nhiều nhất là vào tháng 2 chiếm 31,75%, kế tiếp là tháng 3 và tháng 5 với 14,29% và 12,69% bệnh nhân đến khám. Các tháng còn lại, số lượng bệnh nhân ít và chia đều.

3.2. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong mẫu nghiên cứu

3.2.1. Tình hình sử dụng thuốc kháng sinh

Bảng 3.3. Các kháng sinh được sử dụng

Nhóm kháng sinh	Phân nhóm kháng sinh	Tên kháng sinh	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Beta - lactam	Penicillin	Amoxicillin/acid clavulanic	55	87,3%
	Cephalosporin thế hệ 2	Cefuroxim	4	6,35%
	Cephalosporin thế hệ 3	Cefixime	4	6,35%
Tổng			**63**	**100%**

100% trẻ được chẩn đoán viêm phổi đều được chỉ định sử dụng kháng sinh. Có 3 loại kháng sinh được sử dụng, thuộc nhóm Beta-lactam, bao gồm: Amoxicillin/acid clavulanic, Cefuroxim, Cefixime. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Amoxicillin/acid clavulanic 55 lần, chiếm 87,3%. Kháng sinh

được sử dụng ít hơn là Cefuroxim, Cefixime tần suất lần lượt là 4 lần, chiếm 6,35%.

3.2.2. Biệt dược và nguồn gốc xuất xứ thuốc kháng sinh được sử dụng tại bệnh viện

Bảng 3.4. Các biệt dược thuốc kháng sinh được sử dụng

STT	Tên kháng sinh	Tên thương mại	Nguồn gốc xuất xứ	Tần suất sử dụng	Tỷ lệ (%)
1	Amoxicillin/acid clavulanic	Klamentin	DHG Pharma (Việt Nam)	27	42,86%
		Imefed	Imexpharma (Việt Nam)	21	33,33%
		Curam Tab	Lek Pharmaceuticals D.D (Slovenia)	4	6,35%
		Cledomox	Medofarm (Ấn độ)	3	4,76%
2	Cefuroxim	Rylid 250	Pharmaniaga Manufacturing Berhad (Mỹ)	4	6,35%
3	Cefixime	Mecefix B.E 150	Công ty cổ phần tập đoàn Merap (Việt Nam)	4	6,35%
Tổng				**63**	**100%**

Có tất cả 6 biệt dược kháng sinh được sử dụng. Trong đó, kháng sinh Amoxicillin/acid clavulanic chiếm 4 tên. Klamentin là thuốc được sử dụng nhiều nhất 27 lượt, chiếm 42,86%. Ít nhất là Cledomox 3 lượt, chiếm 4,76%. Kháng sinh Cefuroxime và Cefixime mỗi loại chỉ sử dụng 1 biệt dược và cùng có tần suất sử dụng là 4 lượt, chiếm 6,35%. Các thuốc kháng sinh có nguồn gốc xuất xứ chủ yếu tại Việt Nam. Có 52 lượt chỉ định thuốc kháng sinh có nguồn gốc Việt Nam trên tổng số 63 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu, chiếm 82,6%.

3.2.3. Dạng bào chế kháng sinh được sử dụng tại bệnh viện

Bảng 3.5. Các dạng bào chế của thuốc kháng sinh đang được sử dụng

STT	Tên kháng sinh	Dạng bào chế	Tần suất sử dụng	Tỷ lệ (%)
1	Amoxicillin/acid clavulanic	Gói	43	68,25%
		Viên	12	19,05%
2	Cefuroxim	Viên	4	6,35%
3	Cefixime	Viên	4	6,35%
Tổng			**63**	**100%**

Có 2 dạng thuốc kháng sinh được sử dụng là dạng gói và dạng viên. Dạng gói được sử dụng nhiều nhất 43 lần, chiếm 68,25%. Dạng viên được sử dụng ít hơn 20 lần, chiếm 31.85%.

4. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, tỷ lệ các bệnh đường hô hấp đang có xu hướng tăng, trong đó viêm phổi cộng đồng là bệnh lý phổ biến, có tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong cao, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Nguyên nhân gây bệnh thường gặp nhất là vi khuẩn và kháng sinh chính là vũ khí lợi hại trong điều trị căn bệnh này. Một trong các

nguyên nhân làm cho viêm phổi có tỷ lệ tử vong cao là hệ quả của việc lạm dụng kháng sinh. Bên cạnh đó, một phần do bác sĩ điều trị thường khó có thể chỉ định được kháng sinh phù hợp với căn nguyên gây bệnh do các vấn đề về chi phí, thời gian và cơ sở vật chất của một số cơ sở y tế không đủ đáp ứng [8]. Do vậy, đa số hiện nay, việc kê đơn kháng sinh trong điều trị viêm phổi chủ yếu là dựa vào kinh nghiệm của bác sỹ và độ tuổi của bệnh nhân.

Theo kết quả nghiên cứu, trẻ dưới 12 tháng tuổi mắc bệnh nhiều nhất (39,68%), trẻ càng lớn tỉ lệ này càng giảm. Điều này chứng tỏ có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh và lứa tuổi hay khả năng đề kháng của trẻ. Ở trẻ nhỏ, sức đề kháng kém và thường có thói quen nút tay, ngậm đồ chơi. Ngoài ra, lứa tuổi này bé thường biết bò và chập chững biết đi, thích khám phá thế giới xung quanh, do đó bé dễ tiếp xúc với nhiều vi khuẩn nên dễ mắc bệnh hơn. Khi trẻ lớn hơn, sức đề kháng dần được nâng cao, cơ quan hô hấp dần phát triển và hoàn thiện, do vậy ở trẻ hơn 48 tháng tuổi, tỷ lệ mắc bệnh cũng giảm hẳn. Trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. Theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế năm 2015 có nhận định rõ trong viêm phổi cộng đồng thì nam mắc nhiều hơn nữ [4]. Tuy nhiên điều này chỉ mới được chứng minh ở người lớn, do tình trạng hút thuốc lá ở phái nam. Còn đối với trẻ em, theo WHO năm 2007 cho rằng vấn đề này có liên quan đến gen điều hòa miễn dịch trên nhiễm sắc thể X (X-link), ở nữ có gấp đôi số gen này vì vậy khả năng điều hòa miễn dịch cao hơn nam. Bên cạnh đó cùng lứa tuổi thì phổi của nữ trưởng thành hơn ở nam giới vì vậy trẻ nữ ít bị viêm phổi hơn [10]. Ngoài ra sự khác biệt này còn có thể liên quan đến vấn đề mất cân bằng giới tính ở Việt Nam trong những năm gần đây. Một lý do khác, trẻ nam hiếu động hơn trẻ nữ, nên có nhiều nguy cơ tiếp xúc với tác nhân gây bệnh nhiều hơn.

Tỉ lệ trẻ mắc viêm phổi đến khám vào tháng 2 cao nhất trong năm có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó thời tiết có thể là một yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ mắc bệnh do nhiệt độ thấp nhất trong năm. Ngoài ra, tháng 2 là thời điểm tết nguyên đán thì việc tụ tập đông người và đi lại nhiều cũng có thể là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng mắc bệnh.

Bệnh nhi chủ yếu được chẩn đoán là viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu (J18) hay còn gọi là viêm phổi không điển hình (44.44%). Như vậy, theo các tài liệu hướng dẫn của Việt Nam và quốc tế trong những năm gần đây thì đối với viêm phổi không điển hình, chúng ta nên sử dụng kháng sinh nhóm Macroclid, cụ thể là Azithromycin, Clarithromycin hoặc Erythromycin. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Quân Dân Y Bạc Liêu, kháng sinh được sử dụng trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em đều thuộc nhóm Beta-lactam, không thấy có bất kì kháng sinh nào thuộc nhóm Macrolid được chỉ định cho bệnh nhân. Như vậy, với những trẻ được chẩn đoán là viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu thì các bác sỹ đã chỉ định kháng sinh chưa phù hợp với các hướng dẫn. Còn đối với hai chẩn đoán còn lại là viêm phế quản phổi, không phân loại (J18.0) và viêm phổi, không phân loại (J18.9), thì các bác sỹ đã tuân thủ đúng theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế khi chỉ định Amoxicillin – clavulanic là kháng sinh đầu tay. Do đó tỉ lệ sử dụng kháng sinh Amoxicillin – clavulanic trong nghiên cứu là cao nhất.

Tuy nhiên, có vài trường hợp bác sỹ chỉ định Cefuroxim và Cefixime là kháng sinh nhóm cephalosporine thế hệ 2 và thế hệ 3 cho bệnh nhân. Theo khuyến cáo chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng hô hấp trẻ em của Hội hô hấp, Hội Nhi khoa Việt Nam năm 2018, trong điều trị viêm phổi nhẹ hoặc trung bình ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi thì dùng Amoxicillin hay Amoxicillin+clavulanate và điều trị thay thế bằng Cefuroxim, Cefpodoxim, Cefdinir hay Azithromycin, Clarithromycin [5]. Theo Phác đồ điều trị Nhi khoa – Bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2020, đối với điều trị viêm phổi ở trẻ 2 tháng đến 5 tuổi, nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): đổi sang kháng sinh uống thứ 2 (cefaclor hoặc cefuroxime) và hẹn tái khám sau 2 ngày [1]. Như vậy, những trường hợp bác sĩ kê đơn kháng sinh Cefuroxim và Cefixime có thể do trước khi đến khám trẻ đã có điều trị nhưng không khỏi, do đó bác sỹ lựa chọn kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 2 và 3 để điều trị thay thế, mở rộng thêm phổ kháng khuẩn, nhằm điều trị nhanh chóng cho bệnh nhân. Do vậy, tỉ lệ kháng sinh Cefuroxim và Cefixime ít hơn Amoxiciline/acid clavuclanat.

Nhìn chung, tại Bệnh viện Quân Dân Y Bạc Liêu, các bác sỹ chủ yếu chỉ định các thuốc kháng sinh có nguồn gốc xuất xứ tại Việt Nam. Có 52 lượt chỉ định thuốc kháng sinh có nguồn gốc Việt Nam trên tổng số 63 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu, chiếm 82,6%. Hai thuốc kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Klamentin và Imefed đều sản xuất ở Việt Nam, một phần do kinh nghiệm của bác sỹ quen chỉ định thuốc này, mặt khác do các thuốc này có giá thành thấp và được bảo hiểm y tế chi trả hoàn toàn nên chiếm tỉ lệ nhiều nhất.

Các kháng sinh được sử dụng 100% là đường uống. Đây chính là đường sử dụng được Bộ Y tế khuyến cáo trong phác đồ điều trị ban đầu của viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. Tuy nhiên, với đường uống thì có nhiều dạng bào chế khác nhau, việc lựa chọn dạng bào chế phù hợp với lứa tuổi bệnh nhân cũng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu, kháng sinh dạng gói được sử dụng nhiều nhất 43 lần, chiếm tỷ lệ 68,25%. Thuốc gói dạng thuốc bột, cốm pha hỗn dịch uống là phù hợp với trẻ em và có nhiều ưu điểm hơn thuốc viên, vì dạng này hấp thu nhanh hơn, dễ uống hơn và không cần phải cà mịn. Đây chính là lý do tỷ lệ thuốc kháng sinh dạng gói chiếm tỷ lệ nhiều nhất.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu có 63 trẻ mắc viêm phổi, gồm 37 (58,73%) nam và 26 (41,27%) nữ. Nhóm tuổi 6-12 tháng mắc bệnh nhiều nhất 25 (39,68%), nhóm 48-60 tháng mắc bệnh ít nhất 4 (6,35%). Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán mã J18 (viêm phổi, tác nhân không đặc hiệu) là cao nhất 28 (44,44%). Trẻ viêm phổi nhập viện chủ yếu vào tháng 2 (31,75%). Nhóm kháng sinh được sử dụng để điều trị là nhóm Beta- lactam, Amoxicillin/ acid clavuclanic là kháng sinh được chỉ định nhiều nhất 55 (87,3%). Kháng sinh này có 4 biệt dược, trong đó Klamentin được sử dụng nhiều nhất 27 (42,86%). Nguồn gốc của các biệt dược chủ yếu từ Việt Nam. Các kháng sinh sử dụng 100% là đường uống. Dạng gói chiếm tỷ lệ cao nhất (68,25%).

REFERENCES

[1] Children's Hospital 1, The treatment regimen of pediatrics. Medical Publishing House, 2020.

[2] Ministry of Health, Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in children, 2014.

[3] Ministry of Health, Guidelines for diagnosis and treatment of some common diseases in children, 2015.

[4] Ministry of Health, Guidelines for using antibiotic in children, 2015.

[5] Vietnam Respiratory Society, Vietnam Pediatric Association, Recommended for diagnosis and treatment of childhood respiratory infections, 2018.

[6] Vietnam Association of Tuberculosis and Lung Disease, Community-acquired Pneumonia and COPD exacerbations, Journal of Respiratory, 2018; 15(5):2-28.

[7] Vietnam Association of Tuberculosis and Lung Disease, Standard practice in hospital and good management in the community in the respiratory specialist, Journal of Respiratory, 2019.

[8] Van HP, Thanh NV, Ngoc TV et al., Pathogens causing hospitalized community acquired pneumonia results from REAL study 2016-2017, Journal of Medical Research, 2017; 22(1).

[9] Tuan TA, Community-acquired pneumonia in children, current inadequacies and solutions. Presented at Hai Phong Respiratory Conference, Vietnam, 2019.

[10] Trang LV, Research on the causes of the disease and risk factors in children with pneumonia lasting more than 2 weeks at the Respiratory Department, Thanh Hoa Children's Hospital, Journal of Pediatric Research and Practice, 2016; 4(1).