Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 352-356

ANTIBIOTIC USE CHARACTERISTICS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT AND REGIMEN CHANGES UPON TRANSFER TO CLINICAL WARDS AT LE VAN THINH HOSPITAL

Hoang Thy Nhac Vu[1,2,*], Dieu Ha Lam[2], Pham Ngoc Thuy Tien[1], Tran Qui Phuong Thuy[2], Do Quang Duong[1]

[1]*University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City-217 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

[2]*Le Van Thinh Hospital-130 Le Van Thinh Street, Binh Trung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 10/04/2026
Reviced: 06/08/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe antibiotic use patterns in the emergency department and regimen changes upon transfer to inpatient wards.

Subject and method: A retrospective descriptive study was conducted on 135 patients aged ≥18 years diagnosed with infection in the emergency department and admitted to Le Van Thinh Hospital from January 1 to December 31, 2024. Data were extracted from electronic medical records and analyzed using R.

Results: Median age was 71 (63–78.5) years; 57.0% were female; 63.0% had CCI ≥ 1; and 71.9% were admitted to the ICU. Median time from admission to the first antibiotic dose was 120 minutes (81–156); only 13.3% received antibiotics within the first hour. Microbiological testing was performed in 75.6% of cases; culture positivity was 21.6%, and all 14 isolated bacterial strains were Gram-negative rods. In the emergency department, monotherapy predominated; after transfer to inpatient wards, most regimens were intensified.

Conclusion: The findings support earlier microbiological sampling, standardized reassessment after 48–72 hours, and strengthening of antimicrobial stewardship at hospital level.

Keywords: antibiotic, emergency department, antibiotic escalation, antimicrobial stewardship, Le Van Thinh Hospital

*Corresponding author
Email: hoangthynhacvu@ump.edu.vn **Phone**: (+84) 913110200 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7183

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI KHOA CẤP CỨU VÀ SỰ THAY ĐỔI PHÁC ĐỒ KHI CHUYỂN KHOA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Hoàng Thy Nhạc Vũ[1,2*], Diêu Hà Lam[2], Phạm Ngọc Thủy Tiên[1], Trần Quí Phương Thùy[2], Đỗ Quang Dương[1]

[1]Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh-217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bệnh viện Lê Văn Thịnh-130 Lê Văn Thịnh, phường Bình Trưng, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/04/2026
Ngày chỉnh sửa: 06/08/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sử dụng kháng sinh tại khoa Cấp cứu và sự thay đổi phác đồ khi người bệnh chuyển lên khoa lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 135 người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán nhiễm khuẩn tại khoa Cấp cứu, nhập điều trị nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Dữ liệu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử và phân tích bằng phần mềm R.

Kết quả: Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 71 (63–78,5) tuổi, nữ chiếm 57,0%; 63,0% người bệnh có chỉ số bệnh đồng mắc Charlson ≥ 1; 71,9% được nhập Khoa Hồi sức tích cực. Thời gian trung vị từ nhập viện đến khi dùng liều kháng sinh đầu tiên là 120 phút (81–156), với 13,3% người bệnh được dùng kháng sinh trong vòng 1 giờ đầu. Có 75,6% trường hợp được chỉ định xét nghiệm vi sinh; tỷ lệ nuôi cấy dương tính là 21,6%. Trong các trường hợp có vi khuẩn phân lập, ghi nhận 14 chủng vi khuẩn và toàn bộ đều thuộc nhóm trực khuẩn Gram âm. Tại Khoa Cấp cứu, đơn trị liệu chiếm ưu thế; khi chuyển lên khoa lâm sàng, đa số phác đồ được điều chỉnh theo hướng mở rộng phổ.

Kết luận: Kết quả gợi ý nhu cầu tăng cường lấy bệnh phẩm vi sinh sớm, chuẩn hóa đánh giá lại phác đồ sau 48–72 giờ, và củng cố chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

Từ khóa: kháng sinh, khoa cấp cứu, lên thang kháng sinh, quản lý sử dụng kháng sinh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Khoa Cấp cứu, việc khởi đầu kháng sinh kinh nghiệm sớm có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng của người bệnh nghi ngờ nhiễm khuẩn [1]. Sau giai đoạn xử trí ban đầu, phác đồ kháng sinh cần được đánh giá lại dựa trên đáp ứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm, và các yếu tố nguy cơ đề kháng để bảo đảm sử dụng hợp lý [1,2]. Theo Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam với số liệu năm 2020, tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3 ở *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* vẫn ở mức cao; đồng thời, tỷ lệ kháng carbapenem của một số tác nhân Gram âm tại bệnh viện cũng là vấn đề đáng lưu ý [3]. Thực trạng này làm cho việc lựa chọn và điều chỉnh kháng sinh trong điều trị ban đầu trở nên đặc biệt quan trọng, bởi điều trị không phù hợp có thể làm tăng nguy cơ thất bại điều trị và tử vong [4]. Trong bối cảnh đó, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn sử dụng kháng sinh theo Quyết định 708/QĐ-BYT năm 2015 và Hướng dẫn thực hiện Chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo Quyết định 5631/QĐ-BYT năm 2020 nhằm chuẩn hóa thực hành kê đơn và kiểm soát đề kháng kháng sinh [2,5].

Tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh (BVLVT), thực hành khởi trị kháng sinh tại Khoa Cấp cứu và điều chỉnh sau chuyển khoa diễn ra thường xuyên, song chưa có nghiên cứu nào mô tả một cách hệ thống đặc điểm sử dụng kháng sinh ban đầu, sự thay đổi phác đồ khi chuyển lên khoa lâm sàng. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn phục vụ các can thiệp quản lý sử dụng kháng sinh tại BVLVT.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên toàn bộ dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử. Thiết kế này phù hợp với mục tiêu mô tả thực hành sử dụng kháng sinh và các thay đổi phác đồ trong điều kiện thực hành thường quy; nghiên cứu không nhằm phân tích quan hệ nhân quả hay đánh giá hiệu quả điều trị.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên, có ghi nhận chẩn đoán nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu của BVLVT và sau đó tiếp tục điều trị nội trú trong giai đoạn từ 01/01/2024 đến 31/12/2024. Nghiên cứu loại trừ những trường hợp người bệnh tử vong, hoặc sử dụng kháng sinh chưa đủ 48 giờ; người bệnh được chẩn đoán nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp cứu nhưng không tiếp tục điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng (chuyển viện, xuất viện vì lý do cá nhân); hồ sơ bệnh án thiếu thông tin về y lệnh kháng sinh.

Nghiên cứu áp dụng chọn mẫu toàn bộ. Tổng số người bệnh ban đầu đáp ứng tiêu chí nhiễm khuẩn tại Khoa Cấp

*Tác giả liên hệ
Email: hoangthynhacvu@ump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 913110200 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7183

cứu trong năm 2024 là 187 người. Sau khi loại trừ 52 trường hợp không đủ điều kiện, mẫu nghiên cứu còn 135 người bệnh đủ tiêu chí lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Các tiêu chí khảo sát

Các tiêu chí khảo sát của nghiên cứu bao gồm:

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: tuổi, giới tính, chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI), chức năng thận (creatinine huyết thanh – Scr, mức lọc cầu thận – GFR), chức năng gan (AST, ALT, bilirubin), chỉ số nhiễm trùng tại thời điểm nhập viện (số lượng bạch cầu WBC, C-reactive protein CRP, procalcitonin PCT), chẩn đoán ban đầu tại Khoa Cấp cứu, Khoa lâm sàng tiếp nhận điều trị.

Đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu (loại bệnh phẩm, tỷ lệ dương tính, tác nhân phân lập).

Loại kháng sinh và phác đồ kháng sinh tại Khoa Cấp cứu và Khoa lâm sàng; thời gian từ nhập viện đến liều kháng sinh đầu tiên.

Thay đổi kháng sinh khi chuyển khoa (từ Khoa Cấp cứu sang Khoa lâm sàng): phân loại theo chiến lược điều trị (giữ nguyên/lên thang/xuống thang) và theo hình thức can thiệp (giữ nguyên kháng sinh, thêm kháng sinh, thay thế kháng sinh, bỏ bớt kháng sinh). Quy ước đánh giá thay đổi kháng sinh sử dụng trong nghiên cứu như sau:

Lên thang kháng sinh: thêm ít nhất một kháng sinh mới vào phác đồ đang sử dụng, hoặc thay thế kháng sinh phổ hẹp hơn bằng kháng sinh có phổ tác dụng rộng hơn, hoặc tăng số lượng kháng sinh phối hợp trong phác đồ.

Xuống thang kháng sinh: giảm số lượng kháng sinh, thay thế kháng sinh phổ rộng bằng kháng sinh phổ hẹp hơn phù hợp với kết quả vi sinh, hoặc ngừng một hoặc nhiều kháng sinh dựa trên đáp ứng lâm sàng.

Giữ nguyên phác đồ: không có thay đổi nào đối với loại, số lượng, và liều kháng sinh khi chuyển từ Khoa Cấp cứu lên Khoa lâm sàng.

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và tổng hợp bằng Microsoft Excel 365, phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.3.2. Các biến phân loại được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị *(Q1 – Q3)* (nếu phân phối không chuẩn).

2.5. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Lê Văn Thịnh số 72/HĐĐĐ-BVLVT ký ngày 13 tháng 4 năm 2026.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập được 135 người bệnh nhập viện tại Khoa Cấp cứu với tuổi trung vị là 71 tuổi (63–78,5), nữ chiếm 57,0%; 63,0% có CCI ≥ 1. Tại thời điểm nhập viện, 31,9% có chẩn đoán ban đầu là sốc nhiễm khuẩn. Có 71,9% người bệnh nhập Khoa Hồi sức tích cực. (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=135)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Giá trị ghi nhận
		Tần số (%)
Giới tính	Nam	58 (43,0%)
	Nữ	77 (57,0%)
Chẩn đoán ban đầu tại Khoa Cấp cứu	Sốc nhiễm khuẩn	43 (31,9%)
	Suy hô hấp cấp	15 (11,1%)
	Viêm phổi	13 (9,6%)
	Sốc khác (sốc giảm thể tích...)	10 (7,4%)
	Nhiễm trùng huyết	8 (5,9%)
	Nhiễm trùng tiêu hóa	4 (3,0%)
	Nhiễm trùng da/mô mềm/mật	4 (3,0%)
	Triệu chứng/bệnh lý khác	38 (28,1%)
Khoa lâm sàng sau khi chuyển từ Khoa Cấp cứu	Khoa Hồi sức tích cực	97 (71,9%)
	Khoa nội tim mạch – lão học	14 (10,4%)
	Khoa nội tổng hợp	14 (10,4%)
	Đơn vị hồi sức ngoại	5 (3,7%)
	Khoa ngoại tổng hợp	2 (1,5%)
	Khoa nội hô hấp	2 (1,5%)
	Khoa ngoại chấn thương	1 (0,7%)
Phân nhóm theo chỉ số bệnh đồng mắc Charlson	CCI = 0	50 (37,0%)
	CCI = 1–2	58 (43,0%)
	CCI = 3–4	20 (14,8%)
	CCI ≥ 5	7 (5,2%)
Trung vị (Q1 – Q3)		
Tuổi		71 (63–78,5)
Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI)		1 (0–2)
Chức năng thận ban đầu	Scr (mg/dL)	1,17 (0,83–1,66)
	GFR (mL/ph/1,73m^2)	57 (36–80)
Chức năng gan ban đầu	AST (U/L)	36,5 (22,8–60)
	ALT (U/L)	26 (15–50)
	Bilirubin (mg/dL)	0,65 (0,50–1,06)
Chỉ số nhiễm trùng khi nhập viện	WBC (G/L)	14,2 (10,6–17,5)
	CRP (mg/L)	77 (28–162)
	PCT (ng/mL)	1,5 (0,4–12,0)

3.2. Đặc điểm vi sinh

Trong 135 người bệnh của mẫu nghiên cứu, 75,6% được chỉ định xét nghiệm vi sinh, với các loại bệnh phẩm chính là máu (49,0%), đàm (26,4%), nước tiểu (17,6%). 78,4% trong số được xét nghiệm cho kết quả nuôi cấy âm tính. Trong số 22 trường hợp dương tính, có 13 ca nhiễm vi khuẩn đơn thuần, 8 ca nhiễm nấm đơn thuần (tế bào hạt men), 1 ca đồng nhiễm vi khuẩn và nấm. Tổng số chủng vi khuẩn phân lập được là 14 chủng (13 ca đơn thuần + 1 ca đồng nhiễm), đều là trực khuẩn Gram âm, với 21,4% là *Klebsiella pneumoniae* (3 chủng), 14,3% là *Acinetobacter baumannii* (2 chủng) và 14,3% là *Enterobacter cloacae* (2 chủng). Bảy chủng còn lại bao gồm *Achromobacter sp., Enterobacter sp., Escherichia coli, Klebsiella aerogenes, Ochrobactrum anthropi, Proteus mirabilis và Stenotrophomonas maltophilia*.

3.3. Tình hình sử dụng kháng sinh và thay đổi phác đồ khi chuyển khoa

Thời gian trung vị từ khi nhập viện đến khi dùng liều kháng sinh đầu tiên tại Khoa Cấp cứu là 120 phút (81–156). Tỷ lệ người bệnh được dùng kháng sinh trong vòng 1 giờ đầu là 13,3%. Về phác đồ tại Khoa Cấp cứu, đơn trị liệu được ghi nhận ở 109/135 người bệnh, chiếm 80,7%. Trong số các phác đồ đơn trị, moxifloxacin chiếm 52,3%, beta-lactam

chiếm 42,2% và nitroimidazol chiếm 5,5%. Phác đồ phối hợp hai kháng sinh chiếm 19,3%; không ghi nhận trường hợp phối hợp từ ba kháng sinh trở lên tại Khoa Cấp cứu.

Khi người bệnh được chuyển đến khoa lâm sàng, tỷ lệ đơn trị liệu là 2,2%; phác đồ phối hợp kháng sinh chiếm 97,8%. Phổ biến nhất là phối hợp 3 kháng sinh (48,9%), tiếp đến là phối hợp 2 kháng sinh (36,3%), và phối hợp 4 kháng sinh (12,6%). Trong mẫu nghiên cứu, 92,6% người bệnh (125/135) được điều chỉnh phác đồ kháng sinh theo hướng lên thang; không ghi nhận trường hợp nào xuống thang. Thời gian nằm viện có trung vị là 9 ngày (Q1–Q3: 7–12,5 ngày). Chi tiết phác đồ so sánh được trình bày tại Bảng 2; phân loại can thiệp tại Bảng 3 và Bảng 4.

Bảng 2. Mô tả phác đồ kháng sinh ban đầu tại Khoa Cấp cứu và phác đồ sau can thiệp tại Khoa lâm sàng (n=135)

Phác đồ	Khoa Cấp cứu (n=135)	Khoa lâm sàng (n=135)
ĐƠN TRỊ	109 (80,7%)	3 (2,2%)
Beta-lactam	46	3
Cefoperazon	1	0
Imipenem/Cilastatin	22	1
Cefoperazon/Sulbactam	0	2
Meropenem	23	0
Fluoroquinolon – Moxifloxacin	57	0
Nitroimidazol (Metronidazol, Tinidazol)	6	0
PHỐI HỢP 2 kháng sinh	26 (19,3%)	49 (36,3%)
Aminoglycosid + Beta-lactam	0	1
Beta-lactam + Fluoroquinolon	13	42
Imipenem/Cilastatin + Levofloxacin	0	8
Meropenem + Levofloxacin	0	10
Beta-lactam + Moxifloxacin	13	12
Beta-lactam + Ciprofloxacin	0	5
Beta-lactam khác* + Levofloxacin	0	7
Beta-lactam + Nitroimidazol	12	6
Fluoroquinolon + Nitroimidazol	1	0
PHỐI HỢP 3 kháng sinh	0	66 (48,9%)
Aminoglycosid + Beta-lactam + Fluoroquinolon	—	3
Beta-lactam + Fluoroquinolon + Glycopeptid	—	19
Beta-lactam + Fluoroquinolon + Nitroimidazol	—	22
Beta-lactam + Fluoroquinolon + Oxazolidinon	—	15
Beta-lactam + Glycopeptid + Nitroimidazol	—	3
Các phối hợp 3 kháng sinh khác	—	4
PHỐI HỢP 4 kháng sinh	0	17 (12,6%)
Beta-lactam + Fluoroquinolon + Glycopeptid + Nitroimidazol	—	11
Beta-lactam + Fluoroquinolon + Nitroimidazol + Oxazolidinon	—	4
Các phối hợp 4 kháng sinh khác	—	2

*Beta-lactam khác: Ceftriaxone, Ampicillin/Sulbactam, Piperacillin/Tazobactam.

Bảng 3. Phân loại can thiệp theo chiến lược điều trị kháng sinh (n=135)

Loại can thiệp	Chi tiết thay đổi	Số lượng (n=135)	%
Giữ nguyên phác đồ		10	7,4
	Giữ nguyên đơn trị	3	2,2
	Giữ nguyên phối hợp 2 kháng sinh	7	5,2
Lên thang		125	92,6
	Đơn trị lên 2 kháng sinh	42	31,1
	Đơn trị lên 3 kháng sinh	52	38,5
	Đơn trị lên 4 kháng sinh	12	8,9
	Phác đồ 2 kháng sinh lên 3 kháng sinh	14	10,4
	Phác đồ 2 kháng sinh lên 4 kháng sinh	5	3,7
Xuống thang	Không ghi nhận trường hợp nào	0	0

Bảng 4. Phân loại can thiệp theo hình thức thay đổi kháng sinh (n=135)

Hình thức thay đổi kháng sinh	Tần số (%)
Giữ nguyên kháng sinh	1 (0,7)
Thêm kháng sinh	86 (63,7)
Thêm 1 kháng sinh	36
Thêm 2 kháng sinh	42
Thêm 3 kháng sinh	8
Thay thế kháng sinh	5 (3,7)
Thay bằng kháng sinh nhóm khác	2
Thay bằng kháng sinh cùng nhóm	3
Thay bằng kháng sinh khác đồng thời thêm/bỏ bớt kháng sinh	43 (31,9)
Bỏ bớt kháng sinh	0

4. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu có tuổi trung vị 71 tuổi, 63,0% người bệnh có CCI ≥ 1 và 71,9% được chuyển đến Khoa Hồi sức tích cực, cho thấy phần lớn người bệnh có tuổi cao, nhiều bệnh đồng mắc hoặc tình trạng lâm sàng nặng. Những đặc điểm này có thể liên quan đến xu hướng sử dụng kháng sinh phổ rộng và tỷ lệ điều chỉnh phác đồ cao sau chuyển khoa. Tuy nhiên, do thiết kế mô tả, nghiên cứu không cho phép xác định quan hệ nhân quả giữa đặc điểm người bệnh và quyết định điều chỉnh phác đồ.

Tỷ lệ người bệnh được dùng kháng sinh trong vòng 1 giờ đầu là 13,3%, được tính trên toàn bộ mẫu nghiên cứu. Do nghiên cứu chưa phân tích riêng nhóm sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ này chỉ phản ánh tính kịp thời của khởi trị trên toàn bộ mẫu nghiên cứu và chưa thể được sử dụng để đánh giá mức độ tuân thủ khuyến cáo dùng kháng sinh sớm ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn [6]. Tuy nhiên, với 31,9% mẫu nghiên cứu có chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, kết quả này vẫn gợi ý nhu cầu rà soát quy trình cấp cứu, khả năng sẵn có thuốc và cơ chế phối hợp chuyên môn để rút ngắn thời gian khởi trị.

Tỷ lệ chỉ định xét nghiệm vi sinh trong nghiên cứu là 75,6%, cao hơn tỷ lệ 15,1% được ghi nhận trong nghiên cứu của Basnet và cộng sự tại Nepal [7], mặc dù cần lưu ý sự khác biệt về đối tượng và bối cảnh nghiên cứu. Trong 22

trường hợp nuôi cấy dương tính, có 14 chủng vi khuẩn được phân lập và toàn bộ đều là trực khuẩn Gram âm; các trường hợp còn lại bao gồm nhiễm nấm đơn thuần hoặc đồng nhiễm vi khuẩn và nấm. Do số chủng vi khuẩn phân lập còn ít và dữ liệu kháng sinh đồ chưa được phân tích đầy đủ, kết quả chỉ có ý nghĩa mô tả, chưa đủ cơ sở để khái quát phổ tác nhân hoặc tình hình đề kháng tại Khoa Cấp cứu và toàn bệnh viện. Klebsiella pneumoniae và Acinetobacter baumannii là những tác nhân Gram âm đáng lưu ý trong giám sát quốc gia [3]; tuy nhiên, nghiên cứu này chưa đủ dữ liệu để nhận định về mức độ đề kháng của các chủng phân lập.

Trong số các phác đồ đơn trị tại Khoa Cấp cứu, moxifloxacin chiếm 52,3% và carbapenem chiếm 41,3%. Riêng trong nhóm beta-lactam đơn trị, carbapenem chiếm 97,8% (45/46 trường hợp), cho thấy các kháng sinh phổ rộng được sử dụng với tỷ lệ đáng kể trong điều trị ban đầu. Tỷ lệ đơn trị liệu của nghiên cứu này là 80,7%, cao hơn tỷ lệ 58,7% ghi nhận trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thảo trên người bệnh nhiễm khuẩn huyết nhập viện từ Khoa Cấp cứu [8]. Trong nghiên cứu của Trần Quỳnh Như trên người bệnh viêm phổi cộng đồng, beta-lactam đơn trị chiếm 39,0% tại Khoa Cấp cứu [9]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu cần được diễn giải thận trọng do không đồng nhất về bệnh cảnh, mức độ nặng và phạm vi lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm.

Việc không ghi nhận trường hợp xuống thang trong nghiên cứu này có thể liên quan đến tỷ lệ nuôi cấy dương tính thấp, thời điểm có kết quả vi sinh muộn so với thời điểm điều chỉnh phác đồ sau chuyển khoa, và tỷ lệ người bệnh nặng nhập Khoa Hồi sức tích cực cao. Trong bối cảnh thiếu dữ liệu vi sinh sớm, xu hướng duy trì hoặc mở rộng phổ kháng sinh ở giai đoạn đầu là điều dễ gặp trong thực hành lâm sàng. Sau khi chuyển lên khoa lâm sàng, 92,6% phác đồ kháng sinh được điều chỉnh theo hướng lên thang và không ghi nhận trường hợp nào xuống thang. Kết quả này cho thấy hoạt động đánh giá lại phác đồ sau chuyển khoa chủ yếu diễn ra theo hướng mở rộng phổ, có thể phản ánh mức độ nặng của người bệnh cũng như hạn chế của bằng chứng vi sinh sớm để hỗ trợ thu hẹp phổ tác dụng. Đây là điểm cần được ưu tiên trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh thông qua cơ chế đánh giá lại phác đồ sau 48–72 giờ.

Ở góc độ quản lý sử dụng kháng sinh, kết quả nghiên cứu gợi ý một số ưu tiên thực hành, bao gồm lấy bệnh phẩm vi sinh trước khi dùng kháng sinh khi tình trạng lâm sàng cho phép, đánh giá lại phác đồ sau 48–72 giờ, giám sát việc sử dụng carbapenem và các phác đồ phối hợp nhiều kháng sinh, đồng thời thực hiện đánh giá kê đơn kèm phản hồi cho bác sĩ điều trị. Những hoạt động này phù hợp với bộ công cụ thực hành của Tổ chức Y tế Thế giới dành cho cơ sở y tế tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [10]. Trong khung chương trình của CDC, giám sát sử dụng kháng sinh thuộc thành tố Theo dõi (Tracking), đánh giá kê đơn kèm phản hồi thuộc thành tố Hành động (Action), còn việc thông tin định kỳ kết quả giám sát thuộc thành tố Báo cáo (Reporting) [11].

Nghiên cứu bổ sung bằng chứng thực tiễn về sử dụng kháng sinh tại Khoa Cấp cứu và giai đoạn chuyển tiếp lên khoa lâm sàng tại một bệnh viện đa khoa tuyến thành phố. Việc mô tả đồng thời mô hình kê đơn và sự thay đổi phác đồ giúp nhận diện các nội dung cần ưu tiên trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh ở cấp bệnh viện, đồng thời cung cấp cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo về tính phù hợp của lựa chọn và điều chỉnh kháng sinh.

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu tại một bệnh viện nên chỉ phản ánh thực hành ở nhóm người bệnh đáp ứng tiêu chí lựa chọn. Việc loại trừ các trường hợp tử vong hoặc sử dụng kháng sinh dưới 48 giờ có thể làm giảm tính đại diện đối với nhóm người bệnh diễn tiến rất nặng hoặc có thời gian điều trị ngắn. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa đánh giá tính phù hợp của từng chỉ định kháng sinh và chưa phân tích các yếu tố liên quan độc lập với quyết định thay đổi phác đồ. Các nội dung này cần được xem xét trong những nghiên cứu có phạm vi dữ liệu rộng hơn và thiết kế phân tích phù hợp.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy thực hành sử dụng kháng sinh tại Khoa Cấp cứu của BVLVT có xu hướng mở rộng phác đồ khi người bệnh chuyển lên khoa lâm sàng, trong bối cảnh dữ liệu vi sinh sớm còn hạn chế. Kết quả này cung cấp cơ sở thực tiễn cho việc củng cố chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện, đặc biệt ở giai đoạn tiếp nhận người bệnh nặng tại Khoa Cấp cứu và thời điểm chuyển tiếp lên khoa lâm sàng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] May L, Martín Quirós A, Ten Oever J, Hoogerwerf J, Schoffelen T, Schouten J. Antimicrobial stewardship in the emergency department: characteristics and evidence for effectiveness of interventions. Clin Microbiol Infect. 2021;27(2):204–209. doi:10.1016/j.cmi.2020.07.026

[2] Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/03/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hà Nội; 2015.

[3] Bộ Y tế, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh. Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam: số liệu năm 2020. Hà Nội; 2023. Truy cập tại: https://amr.kcb.vn/wp-content/uploads/2024/01/Bao-cao-giam-sat-khang-khang-sinh-tai-Viet-Nam-nam-2020.pdf [ngày truy cập: 27/03/2026].

[4] Kollef MH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ. Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients. Chest. 1999;115(2):462–474. doi:10.1378/chest.115.2.462

[5] Bộ Y tế. Hướng dẫn thực hiện Chương trình Quản lý sử dụng kháng sinh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020. Hà Nội; 2020.

[6] Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181–1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y

[7] Basnet S, Koju P, Silwal P, et al. Antibiotic prescription patterns in the emergency department of a tertiary healthcare center in Nepal: a descriptive cross-sectional study. J Int Med Res. 2024;52(9):3000605241274513. doi:10.1177/03000605241274513

[8] Phạm Thị Thu Thảo, Nguyễn Quan Như Hảo, Đặng Nguyễn Đoan Trang. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân nhập viện từ Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp chí Y học TP.HCM. 2025;28(3):61–71. doi:10.32895/hcjm.p.2025.03.07

[9] Trần Quỳnh Như, Trần Hoàng Tiên, Đặng Nguyễn Đoan Trang. Khảo sát việc điều trị viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân nhập viện từ Khoa Cấp cứu từ 06/2018 đến 04/2019 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2022;17(5):49–55. doi:10.52389/ydls.v17i5.1355

[10] World Health Organization. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries: a WHO practical toolkit. Geneva: World Health Organization; 2019.

[11] Centers for Disease Control and Prevention. The core elements of hospital antibiotic stewardship programs: 2019. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2019.