

A SURVEY ON ANTIBIOTIC USE AMONG SURGICAL PATIENTS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2020

Ha Anh Duc¹, Pham The Dung², Nguyen Thi Hoai Thu^{3*}

¹Ministry of Health - 138A Giang Vo, Ba Dinh district, Hanoi, Vietnam

²Thai Binh provincial General Hospital - 530 Ly Bon, Thai Binh city, Thai Binh province, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Dong Da district, Hanoi, Vietnam

Received: 11/4/2025

Revised: 17/4/2025; Accepted: 06/5/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the current status of antibiotic usage among surgical patients at Thai Binh provincial General Hospital in 2020.

Method: Cross-sectional descriptive study reviewing 350 medical records of patients from the Departments of General Surgery and Departments of Orthopedics - Burns from May 1, 2020 to July 31, 2020.

Results: Male patients accounted for 56.3%; patients over 60 years old accounted for 44.3%. Average length of hospital stay was 10.7 days. The most frequently used antibiotics were third-generation Cephalosporins (87.4%), followed by 5-nitro Imidazole (46.9%). The intravenous route was predominant (84.5%). Antibiotic combination therapy was used in 44.6% of cases, primarily combining third-generation Cephalosporins with Metronidazole. Antibiotic usage exceeding seven days was observed in 44.3% of cases.

Conclusion: Antibiotic usage at the hospital remains suboptimal, with frequent prolonged and combined antibiotic therapies. Developing and implementing appropriate antibiotic stewardship program is necessary to enhance treatment effectiveness, prevent antibiotic resistance, and decrease treatment costs.

Keywords: Antibiotic use, antibiotic prophylaxis, surgical procedures, antibiotic resistance, Thai Binh provincial General Hospital.

*Corresponding author

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn Phone: (+84) 903211266 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2454>

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN NGƯỜI BỆNH HỆ NGOẠI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2020

Hà Anh Đức¹, Phạm Thế Dũng², Nguyễn Thị Hoài Thu^{3*}

¹Bộ Y tế - 138A Giảng Võ, quận Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình - 530 Lý Bôn, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/4/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/4/2025; Ngày duyệt đăng: 06/5/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh hệ ngoại tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 350 hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị tại Khoa Ngoại tổng hợp và Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bông trong khoảng thời gian từ 1/5/2020 đến 31/7/2020.

Kết quả: Người bệnh nam chiếm 56,3%; nhóm tuổi trên 60 chiếm 44,3%. Trung bình thời gian nằm viện là 10,7 ngày. Nhóm kháng sinh được dùng phổ biến nhất là Cephalosporin thế hệ 3 (87,4%), kế đến là 5-nitro Imidazole (46,9%). Đa số sử dụng kháng sinh theo đường tĩnh mạch (84,5%). Tỷ lệ người bệnh dùng kháng sinh phối hợp 2 loại là 44,6%, trong đó chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 kết hợp Metronidazol. Thời gian sử dụng kháng sinh kéo dài trên 7 ngày chiếm 44,3%.

Kết luận: Việc sử dụng kháng sinh tại bệnh viện còn một số bất cập, phổ biến tình trạng dùng kháng sinh dài ngày và phối hợp nhiều loại kháng sinh. Cần rà soát quy định quản lý sử dụng kháng sinh phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ kháng thuốc và tiết kiệm chi phí.

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh, kháng sinh dự phòng, phẫu thuật ngoại khoa, kháng kháng sinh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vài thập kỷ gần đây, tình hình kháng kháng sinh (KS) của vi khuẩn gây bệnh đã trở thành mối lo ngại hàng đầu trong lĩnh vực y tế của nhiều quốc gia. Theo thống kê của Cơ quan Quản lý Dược phẩm châu Âu (EMA), ước tính hàng năm có khoảng 25.000 trường hợp tử vong do nhiễm vi khuẩn đa kháng thuốc và gánh nặng kinh tế của đề kháng KS lên đến 1,5 tỉ EURO [1]. Sự gia tăng các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc trong bối cảnh nghiên cứu phát triển KS mới ngày càng hạn chế, làm cho việc điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn ngày càng khó khăn hơn.

Điều trị KS có khả năng làm tăng sức đề kháng của vật chủ, phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn. Tuy nhiên, những chỉ định chưa đúng rất thường gặp như điều trị không theo loài vi khuẩn gây bệnh, điều trị theo kinh nghiệm không có những thông tin tối ưu về các vấn đề liên quan đến KS và nhiễm khuẩn, phối hợp KS không thích hợp... Hậu quả không thể tránh khỏi của việc lạm dụng này chính là sự lan tràn các vi khuẩn kháng thuốc [2], [3]. KS dự phòng từ lâu đã chứng minh được hiệu quả làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nhiều loại

phẫu thuật, thủ thuật. Tuy nhiên, việc sử dụng KS dự phòng không hợp lý, bao gồm lựa chọn KS có phổ kháng khuẩn rộng và thời gian sử dụng kéo dài có thể gây chọn lọc vi khuẩn đề kháng cũng như gia tăng thời gian nằm viện [2].

Khảo sát tình hình sử dụng KS tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe là một trong các giải pháp góp phần đưa ra các đề xuất giúp cho việc sử dụng KS an toàn hơn, hợp lý hơn, nâng cao hiệu quả và rút ngắn thời gian điều trị. Qua khảo sát nhanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, việc kê đơn KS vẫn chủ yếu theo kinh nghiệm, thói quen của bác sĩ, ít hoặc không tuân theo phác đồ do hướng dẫn còn chung chung, chưa cụ thể cho từng trường hợp, nhất là phác đồ cho KS dự phòng. Do đó việc khảo sát thực trạng sử dụng KS tại bệnh viện hiện nay là cần thiết cho việc đánh giá, quản lý sử dụng KS. Kết quả này sẽ được dùng làm cơ sở cho việc xây dựng bổ sung, chỉnh sửa phác đồ điều trị nhằm nâng cao hiệu quả sử dụng KS, giảm nhiễm khuẩn bệnh viện, hạn chế tình trạng kháng KS, từ đó nâng cao hiệu quả kinh tế. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng KS trên người bệnh hệ ngoại tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenhwaithu@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 903211266 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2454>

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2020-5/2021.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của người bệnh điều trị tại Khoa Ngoại tổng hợp (NTH) và Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng (CTCH-B) ra viện trong khoảng thời gian từ ngày 1/5/2020 đến 31/7/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: hồ sơ bệnh án tại các khoa lựa chọn được kê đơn điều trị bằng ít nhất 1 loại KS trong thời gian nằm viện; bệnh nhân có thời gian nằm viện tối thiểu 3 ngày.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh án của người bệnh dưới 18 tuổi; hồ sơ bệnh án của người bệnh mắc các bệnh lý về tâm thần, gan, thận và bệnh tự miễn.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1 - p) / d^2$$

Trong đó: + p là tỉ lệ bệnh án sử dụng KS với mục đích điều trị. Theo một khảo sát nhanh trên 100 bệnh án chọn ngẫu nhiên từ 2 khoa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, tỉ lệ này là 70%. Chọn $p = 0,7$.

+ Z là độ tin cậy 95%, tra bảng có $Z = 1,96$.

+ d là sai số dự kiến, $d = 0,05$.

Thay vào công thức tính được $n = 323$, làm tròn lên 350 bệnh án.

- Cách thức chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

+ Trung bình 1 tháng Khoa NTH có 1500 bệnh án ra viện, Khoa CTCH-B có 1000 bệnh án ra viện. Lấy danh sách toàn bộ bệnh án ra viện của 2 khoa trong khoảng thời gian từ 1/5/2020 đến 31/7/2020. Như vậy trong 3 tháng có khoảng 7500 hồ sơ bệnh án.

+ Xác định khoảng cách mẫu $k = N/350 \approx 20$. Các bệnh án có số thứ tự 1, 21, 41,... được chọn vào mẫu cho đến khi cỡ mẫu đủ 350. Bệnh án được chọn phải đảm bảo theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Các biến số, chỉ số cho mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng KS trên người bệnh hệ ngoại tại Bệnh viện Đa

khoa tỉnh Thái Bình năm 2020 gồm: phân loại người bệnh, phân bố người bệnh theo loại phẫu thuật, các loại KS đã dùng, phân bố đường dùng KS, thời gian sử dụng KS, phối hợp KS

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Điều tra viên trực tiếp thu thập số liệu từ bệnh án lấy từ kho lưu trữ của Phòng Kế hoạch tổng hợp. Bảng thu thập số liệu được dùng để thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của người bệnh tại 2 khoa ra viện từ 1/5/2020 đến 31/7/2020.

Biến nghiên cứu định lượng bao gồm:

- Nhóm biến về người bệnh: tuổi, giới tính, đối tượng người bệnh, số ngày điều trị, bệnh kèm theo, chẩn đoán phẫu thuật, loại phẫu thuật, kết quả điều trị.

- Nhóm biến về sử dụng KS: KS đồ, loại vi khuẩn/nấm, loại KS, đường dùng, ngày sử dụng, phối hợp KS, thay đổi KS, mục đích sử dụng, lý do sử dụng KS.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Làm sạch số liệu trước khi nhập vào máy vi tính. Sử dụng chương trình Epi Data để nhập số liệu, phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 16.0, sử dụng phép phân tích thống kê mô tả.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Xét duyệt đề cương nghiên cứu của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội. Đề tài nghiên cứu được sự hỗ trợ của lãnh đạo bệnh viện và được tiến hành dưới sự giám sát của các thầy cô hướng dẫn. Các thông tin thu thập không bao gồm thông tin cá nhân và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong số 350 hồ sơ bệnh án được nghiên cứu, người bệnh nam (56,3%) có tỉ lệ nhiều hơn người bệnh nữ (43,7%). Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là trên 60 tuổi (44,3%), nhóm 18-35 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (17,7%). Đối tượng người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu là người bệnh có bảo hiểm y tế (89,7%), trong đó tỉ lệ có bảo hiểm y tế ở Khoa NTH (95,5%) cao hơn so với Khoa CTCH-B (82%). Thời gian điều trị trung bình là 10,7 ngày, người bệnh điều trị từ 5-14 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất (57,7%), tiếp đến là 3-5 ngày (29,7%) và thấp nhất là trên 14 ngày (12,6%). Hầu hết người bệnh có kết quả điều trị là đỡ hoặc khỏi bệnh (90,9%), 5,1% chuyển viện và có 4% người bệnh tử vong hoặc xin về.

Bảng 1. Phân loại người bệnh (n = 350)

Khoa	Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Khoa NTH	Viêm ruột thừa cấp	60	17,1
	Sỏi mật có hoặc không kèm viêm túi mật	41	11,7
	Đau bụng chưa rõ nguyên nhân	35	10
	Viêm tụy cấp	9	2,6
	Khác	55	15,7

Khoa	Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Khoa CTCH-B	Đa chấn thương không xác định	30	8,6
	Vết thương hở	27	7,7
	Tháo dụng cụ kết hợp xương	12	3,4
	Gãy xương chi	33	9,4
	Khác	48	13,7

Nhận xét: Các phẫu thuật ở Khoa NTH chủ yếu là phẫu thuật viêm ruột thừa cấp (17,1%) cao nhất trong các loại bệnh có chỉ định phẫu thuật; tại Khoa CTCH-B, tỉ lệ cao nhất trong các loại bệnh có chỉ định phẫu thuật là gãy xương chi (9,4%).

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	NTH (n = 200)		CTCH-B (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sạch	20	10,0%	17	11,3%	37	10,6%
Sạch - nhiễm	123	61,5%	0	0	123	35,2%
Nhiễm	57	28,5%	133	88,7%	190	54,3%
Bẩn	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Phẫu thuật tại Khoa NTH đa phần là phẫu thuật viêm ruột thừa cấp, do đó loại phẫu thuật sạch - nhiễm là chủ yếu, chiếm 61,5%; tiếp đến là phẫu thuật nhiễm chiếm 28,5%; phẫu thuật sạch chiếm 10%. Tại Khoa CTCH-B, hầu hết là phẫu thuật nhiễm (88,7%) do đa phần là phẫu thuật vết thương hở, đa chấn thương; phẫu thuật sạch chỉ chiếm 11,3%; không có trường hợp nào thuộc loại phẫu thuật sạch - nhiễm và bẩn trong thời gian nghiên cứu.

3.2. Thực trạng sử dụng KS

Bảng 3. Các loại KS dùng cho người bệnh

Loại KS		NTH (n = 200)		CTCH-B (n = 150)		Tổng (n = 350)	
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Cephalosporin	Thế hệ 1	0	0	57	38,0	57	16,3%
	Thế hệ 3	186	93,0%	120	80,0%	306	87,4%
	Thế hệ 4	3	1,5%	3	2,0%	6	1,7%
Quinolon thế hệ 3		6	3,0%	1	0,7%	7	2,0%
5-nitro Imidazole		164	82,0%	0	0	164	46,9%
Nhóm khác	Vancomycin	0	0	3	2,0%	3	0,9%
	Imipenem	3	1,5%	2	1,3%	5	1,4%

Nhận xét: Nhóm KS sử dụng nhiều nhất là nhóm Beta-lactam, trong đó chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 với tỉ lệ 87,4%, trong đó tại Khoa NTH là 93% và Khoa CTCH-B là 80%. Nhóm 5-nitro Imidazol (Metronidazole) có tỉ lệ sử dụng cao cho người bệnh phẫu thuật tại Khoa NTH với 82% nhưng lại không sử dụng tại Khoa CTCH-B.

Bảng 4. Phân bố đường dùng KS trong nhóm nghiên cứu (n = 350)

Đường dùng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đường tĩnh mạch	296	84,5%
Đường uống	24	6,9%
Đường tĩnh mạch và uống	30	8,6%

Nhận xét: Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu sử dụng KS đường tĩnh mạch chiếm 84,5%, chỉ 8,6% người bệnh sử dụng cả đường uống và tĩnh mạch.

Bảng 5. Thời gian sử dụng KS (n = 350)

Số ngày	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 7 ngày	195	55,7%
≥ 7 ngày	155	44,3%

Nhận xét: Trong 350 hồ sơ bệnh án nghiên cứu có 195 người bệnh có thời gian sử dụng KS dưới 7 ngày chiếm 55,7%, 155 người bệnh có thời gian sử dụng KS kéo dài từ 7 ngày trở lên chiếm 44,3%. Thời gian điều trị KS kéo dài hơn 1 tuần thường là những ca nặng, phẫu thuật nhiễm hoặc những người bệnh khi phẫu thuật có các ổ mủ.

Bảng 6. Phối hợp KS

Số loại KS	NTH (n = 200)		CTCH-B (n = 150)		Tổng (n = 350)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1 loại	50	25,0%	144	96,0%	194	55,4%
2 loại	150	75,0%	6	4,0%	156	44,6%

Nhận xét: Mục đích của việc phối hợp KS là mở rộng phổ tác dụng, giảm kháng thuốc và tăng hiệu quả điều trị. Tỉ lệ sử dụng 1 loại KS là cao nhất với 96% tại Khoa CTCH-B, tại Khoa NTH chỉ chiếm 25% người bệnh; tuy nhiên 75% người bệnh tại khoa này lại sử dụng phối hợp 2 loại KS, tại Khoa CTCH-B tỉ lệ sử dụng phối hợp 2 loại KS chỉ chiếm 4%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Các loại KS được sử dụng tại hệ ngoại

Tất cả người bệnh phẫu thuật trong nghiên cứu đều được sử dụng KS sau mổ, bao gồm cả các trường hợp phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm (43,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Anh Thư (2009), cho thấy tại 9 bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, có đến 94,6% người bệnh được sử dụng KS sau phẫu thuật, trong đó 34,7% là phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm [4]. Điều này phản ánh thực trạng phổ biến của việc sử dụng KS kéo dài sau mổ tại các bệnh viện ở Việt Nam.

Theo Martin P.B và hướng dẫn của CDC Hoa Kỳ, KS điều trị chỉ nên áp dụng cho phẫu thuật nhiễm và bẩn, còn đối với các trường hợp chưa có biểu hiện nhiễm khuẩn thì không nên sử dụng KS điều trị sau mổ [5], [6]. Một số nghiên cứu trong nước cũng chỉ ra rằng việc sử dụng KS kéo dài sau phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm không có lợi ích rõ rệt trong việc giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, nhưng lại làm tăng chi phí điều trị và nguy cơ kháng thuốc [7], [8].

Tuy các phẫu thuật viên đều nhận thức được nguyên tắc sử dụng KS, nhưng thực tế rất ít bác sĩ áp dụng KS dự phòng đúng chuẩn trong phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm. Những nguyên nhân chủ yếu bao gồm: môi trường phòng mổ chưa đảm bảo, điều kiện chăm sóc sau mổ còn hạn chế, tình trạng quá tải người bệnh và thói quen sử dụng KS từ trước. Một khảo sát tại bệnh viện tuyến tỉnh năm 2022 cho thấy 78,4% bác sĩ vẫn ưu tiên dùng KS điều trị thay vì dự phòng do tâm lý lo ngại nhiễm khuẩn [9].

Về loại KS, nhóm Beta-lactam, đặc biệt là Cephalosporin thế hệ 3, được sử dụng phổ biến nhất với tỉ lệ 87,4%. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và quốc tế cho thấy vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế trong phẫu thuật tiêu hóa [2], [10]. Kết quả phân lập vi sinh tại bệnh viện nghiên cứu cũng củng cố điều này.

Tỉ lệ sử dụng Quinolon tương đối thấp (2%), phù hợp với xu hướng giảm sử dụng nhóm KS này do có nhiều tác dụng phụ và yêu cầu hiệu chỉnh liều theo cân nặng. Một nghiên cứu gần đây tại Hà Nội cũng ghi nhận xu hướng tương tự với tỉ lệ sử dụng Quinolon chỉ chiếm 4,4% [11].

Thực tế trên phù hợp với các khuyến cáo cập nhật của Tổ chức Y tế Thế giới và các tổ chức quản lý dược, trong đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn KS dựa trên mô hình vi sinh địa phương và bằng chứng khoa học [12]. Việc tăng cường đào tạo, xây dựng phác đồ phù hợp và triển khai chương trình quản lý sử dụng KS là cần thiết để cải thiện hiệu quả và giảm tình trạng kháng thuốc tại các bệnh viện ở Việt Nam [13], [14].

4.2. Cách thức sử dụng KS

Theo khuyến cáo từ các tổ chức y tế quốc tế như CDC Hoa Kỳ và Tổ chức Y tế Thế giới, việc sử dụng KS dự phòng chỉ được khuyến nghị trong các ca phẫu thuật sạch - nhiễm, còn các ca phẫu thuật sạch không cần sử dụng KS nếu điều kiện kiểm soát nhiễm khuẩn được đảm bảo. Trong khi đó, các phẫu thuật nhiễm và bẩn phải sử dụng đầy đủ phác đồ điều trị bằng KS [5], [12].

Một nghiên cứu gần đây tại tỉnh Nam Định cho thấy hơn 80% bác sĩ không tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng, chủ yếu do lo ngại nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trong bối cảnh kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được đảm bảo [15]. Do vậy, cần thiết lập các phác đồ kháng sinh rõ ràng và khả thi trong điều kiện thực tế tại bệnh viện tuyến tỉnh để tăng khả năng tuân thủ [16].

4.3. Phối hợp KS

Phối hợp KS là một biện pháp thường được áp dụng nhằm mở rộng phổ tác dụng, tăng hiệu quả điều trị và hạn chế kháng thuốc. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ sử dụng phối hợp KS chiếm 44,6%, trong đó Khoa NTH chiếm 75% trường hợp phối hợp, còn lại 25% sử dụng đơn trị liệu. Phác đồ phối hợp phổ biến nhất là Cephalosporin thế hệ 3 kết hợp với Metronidazol (66,9%), giúp kiểm soát cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, phù hợp với mô hình bệnh tật tại Việt Nam và đảm bảo hiệu quả kinh tế.

So sánh với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2014 cho thấy, tỉ lệ phối hợp 2 loại KS là 69,7% [11], cho thấy xu hướng phối hợp KS khá phổ biến tại các bệnh viện tuyến trung ương và địa phương. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng phối hợp KS không hợp lý có thể

làm tăng nguy cơ tương tác thuốc, tác dụng phụ và nguy cơ kháng thuốc.

Việc sử dụng nhóm Quinolon trong phối hợp ít được ghi nhận do đặc tính không tác dụng trên vi khuẩn kỵ khí. Trong khi đó, nhóm 5-nitro Imidazol được sử dụng phổ biến trong các phẫu thuật liên quan đến ổ bụng và tiêu hóa do khả năng tiêu diệt vi khuẩn kỵ khí.

Khuyến cáo của Trung tâm Phòng ngừa và Kiểm soát dịch bệnh châu Âu (ECDC) cũng nhấn mạnh rằng việc phối hợp KS chỉ nên thực hiện khi thật sự cần thiết và cần có hướng dẫn cụ thể để tránh lạm dụng [17].

4.4. Thay đổi KS

Kết quả nghiên cứu cho thấy 72,6% người bệnh được duy trì một liệu pháp KS trong suốt quá trình điều trị, trong khi 27,4% có ít nhất một lần thay đổi KS. Nguyên nhân thay đổi thường xuất phát từ kết quả KS đồ, hết thuốc, dị ứng thuốc hoặc thay đổi theo kinh nghiệm của bác sĩ.

Việc thay đổi KS nếu không dựa trên bằng chứng vi sinh có thể dẫn tới lựa chọn không phù hợp, tăng nguy cơ kháng thuốc và chi phí điều trị. Do đó, các bệnh viện cần xây dựng hệ thống xét nghiệm vi sinh lâm sàng và hệ thống quản lý KS chặt chẽ để hỗ trợ bác sĩ trong việc đưa ra quyết định điều trị hợp lý [14], [18].

Một điểm hạn chế của nghiên cứu định lượng trong nghiên cứu này là có những thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án như phân loại phẫu thuật theo 4 mức độ phẫu thuật sạch, phẫu thuật sạch - nhiễm, phẫu thuật nhiễm và phẫu thuật bẩn hoàn toàn dựa vào thông tin có sẵn như chẩn đoán phẫu thuật, phương pháp tiến hành phẫu thuật, mô tả quá trình phẫu thuật của bác sĩ trong hồ sơ bệnh án, do đó không tránh khỏi những sai số nhất định. Tuy nhiên điều này được chấp nhận vì đây là nghiên cứu hồi cứu số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án và nhiều nghiên cứu cũng đã sử dụng phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] European Medicines Agency, Antimicrobial resistance [Internet], 2017, [cited 2017 Aug 20], Available from: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000439.jsp&mid=WC0b01ac0580a7815d.

[2] Nguyễn Văn Kính, Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam, Global Antibiotic Resistance Partnership, 2010: 3-4.

[3] Nguyễn Thị Hiền Lương, Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009-2011, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ cao cấp, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2012.

[4] Lê Thị Anh Thư, Tình hình sử dụng kháng sinh trong ngoại khoa tại 9 bệnh viện tỉnh và trung ương, Tạp chí Y học Thực hành, 2009, (5): 99-104.

[5] Martin P.B, Thomachot L (Nguyễn Kim Lộc dịch), Liệu pháp kháng sinh dự phòng phẫu thuật - Kháng sinh trị liệu trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004: 330-41.

[6] CDC, Guideline for prevention of surgical site infection, Am J Infect Control, 1999, 27 (2): 247-60.

[7] Nguyễn Quốc Anh, Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008: 40-56.

[8] Nguyễn Văn Hòa, Phạm Hồng Nhung, Thực trạng và giải pháp quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện tuyến tỉnh, Tạp chí Dược học, 2022, (6): 45-52.

[9] Trần Thị Bích Hương, Nguyễn Thị Thảo, Khảo sát thực hành sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại một số bệnh viện miền Bắc, Tạp chí Y học Thực hành, 2022, (4): 30-7.

[10] Sartelli M, Catena F, Ansaloni L et al, Complicated intra-abdominal infections in Europe: preliminary data from the first three months of the CIAO study, World J Emerg Surg, 2012, 1: 7-15.

[11] Hà Thị Thúy Hằng, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn ổ bụng tại khoa ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2014.

[12] Lê Thị Anh Thư, Đặng Thị Vân Trang, Những rào cản trong áp dụng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trên người bệnh ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2011, tập 15, phụ bản số 2, tr. 38-43.

[13] Phạm Đức Mục, Nguyễn Việt Hùng và cộng sự, Nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại 19 bệnh viện của Việt Nam, Tạp chí Y học Lâm sàng, 2008, 6 (17): 26.

[14] Pengler J.D, Samet J.M, McCarthy J.F, Indoor environmental quality in hospitals, In: Indoor Air Quality Handbook, New York, McGraw-Hill, 2001.

[15] Phạm Văn Hưng, Nguyễn Thị Hồng Nhung, Đánh giá thực hành sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, Tạp chí Dược học Lâm sàng, 2022, (3): 20-7.

[16] Nguyễn Thị Thanh Hằng, Hiệu quả triển khai phác đồ kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện tỉnh Hòa Bình, Tạp chí Y học Cộng đồng, 2023, (4): 32-9.

[17] European Centre for Disease Prevention and Control, Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022, Annual report, Stockholm, ECDC, 2023.

[18] World Health Organization, Practical toolkit: Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low and middle-income countries, Geneva, 2019.