

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 Thành phố Hồ Chí Minh

Investigation on primary management of community-acquired pneumonia on patients admitted via the Emergency Department from 06/2018 to 04/2019 at University Medical Center Hochiminh City

Trần Quỳnh Như*, Trần Hoàng Tiên**,
Đặng Nguyễn Đoàn Trang*,**

*Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh,
**Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tác nhân gây bệnh, tình hình sử dụng kháng sinh và đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành từ 6/2018 đến 4/2019 trên 300 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tại Khoa Cấp cứu và được điều trị nội trú tại Khoa Hô Hấp hoặc Khoa Hồi sức tích cực. Dữ liệu được thu thập và phân tích từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. **Kết quả:** Chúng vi khuẩn phân lập chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* (37,7%) và *Klebsiella pneumoniae* (30,4%). B-lactam đơn trị là liệu pháp sử dụng phổ biến nhất (39% tại Khoa Cấp cứu và 42% tại các khoa lâm sàng). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh phù hợp các hướng dẫn điều trị tại Khoa Cấp cứu và khoa lâm sàng lần lượt là 64,8% và 64,3%. Có 86% bệnh nhân điều trị thành công. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không phù hợp tại khoa lâm sàng có liên quan đến việc giảm tỷ lệ điều trị thành công (OR = 0,209, 95% CI: 0,061-0,711; p=0,012). **Kết luận:** Các kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ các hướng dẫn điều trị viêm phổi cộng đồng chưa cao tại cả khoa Cấp cứu và khoa lâm sàng trong dân số nghiên cứu, từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, Khoa Cấp cứu, kháng sinh, tuân thủ.

Summary

Objective: To investigate the bacterial pathogens, the choice of antibiotics and rationality of antibiotic indication among patients with community-acquired pneumonia (CAP) at University Medical Center Hochiminh City (UMC, HCMC). **Subject and method:** A cross-sectional study was conducted on 300 patients with CAP who were admitted via the Emergency Department (ED) and subsequently transferred to the Respiratory Department or the Intensive Care Unit at UMC, HCMC from June 2018 to April 2019. Medical records were reviewed for data analysis. **Result:** The most common isolated bacteria were *Acinetobacter baumannii* (37.7%) and *Klebsiella pneumoniae* (30.4%). Beta lactam antibiotics were the most common antimicrobial monotherapy observed (39% in the ED and 42% in clinical departments). The proportions of adherence to antimicrobial practice guidelines at the ED and clinical departments were 64.8% and 64.3%, respectively. There were 86% of patients successfully cured. Multivariate logistic regression analysis showed

Ngày nhận bài: 12/4/2022, ngày chấp nhận đăng: 24/5/2022

Người phản hồi: Đặng Nguyễn Đoàn Trang, Email: trang.dnd@umc.edu.vn - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

that non-adherence to guidelines in clinical departments associated with a reduction clinical cure rate (OR = 0.209, 95% CI: 0.061-0.711, p=0.012). *Conclusion:* Results from the study revealed the suboptimal adherence to CAP treatment guidelines at ED and clinical departments in the study population, thus emphasizing the importance of adherence to CAP guidelines in clinical settings.

Keywords: Community-acquired pneumonia, emergency department, antibiotics, adherence.

1. Đặt vấn đề

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một trong những bệnh nhiễm khuẩn phổ biến nguy hiểm đến tính mạng [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc chung của VPCĐ khoảng 5,16-6,11 trên 1000 người - năm, tỷ lệ tử vong chung do VPCĐ lên tới 28% mỗi năm và hay gặp ở nhóm bệnh nhân phải nhập viện điều trị [1]. Số lượng bệnh nhân nhập Khoa Cấp cứu được chẩn đoán VPCĐ chiếm một tỷ lệ lớn [8]. Tuy nhiên, việc tuân thủ kém các phác đồ điều trị nhiễm khuẩn đã được báo cáo tại Khoa Cấp cứu và các khoa lâm sàng ở nhiều bệnh viện (BV) là nguyên nhân quan trọng dẫn đến đề kháng kháng sinh [8].

Tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM), việc kê đơn kháng sinh điều trị VPCĐ tại Khoa Cấp cứu rất phổ biến, tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu nào theo dõi và đánh giá chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh cũng như sự tuân thủ hướng dẫn điều trị. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *khảo sát đặc điểm tác nhân gây bệnh, tình hình sử dụng kháng sinh và đánh giá sự phù hợp trong lựa chọn kháng sinh điều trị VPCĐ tại Khoa Cấp cứu và các khoa lâm sàng tại BV ĐHYD TPHCM.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán VPCĐ tại Khoa Cấp cứu và được điều trị nội trú tại BV ĐHYD TPHCM từ tháng 06/2018 đến tháng 04/2019. Bệnh nhân thay đổi chẩn đoán trong quá trình điều trị, tử vong vì nguyên nhân khác hoặc ngưng điều trị (chuyển BV khác, xin về nhà) khi chưa kết thúc đợt điều trị tối thiểu (< 5 ngày) được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên các đối tượng nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu được ước tính dựa theo công thức:

$$n \geq \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được.

P: Tỷ lệ điều trị VPCĐ thành công, chọn p=0,804 dựa trên kết quả nghiên cứu của Trần Văn Ngọc và cộng sự [3].

Z là trị số ứng với khoảng tin cậy mong muốn.

Chọn độ tin cậy 95%: Z = 1,96; d = 0,05.

Cỡ mẫu tối thiểu ước tính theo công thức trên là $n \geq 242$. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn 300 mẫu để đưa vào khảo sát. Các mẫu được chọn toàn bộ cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Các tiêu chí khảo sát

Các tiêu chí khảo sát của nghiên cứu bao gồm:

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (tuổi, giới, bệnh lý mắc kèm, tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện).

Đặc điểm vi sinh của các mẫu bệnh phẩm phân lập được (Mẫu bệnh phẩm được thu thập tại khoa lâm sàng, đa phần sau khi bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước đó).

Tình hình sử dụng kháng sinh và sự phù hợp của việc sử dụng kháng sinh với các hướng dẫn điều trị VPCĐ.

Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến việc giảm tỷ lệ thành công trong điều trị.

Bệnh nhân được xác định là VPCĐ nếu đáp ứng các tiêu chuẩn cận lâm sàng và lâm sàng theo hướng dẫn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp" của Bộ Y tế (2012) [2].

Tính hợp lý khi chỉ định kháng sinh được đánh giá dựa trên các tiêu chí: loại kháng sinh, liều dùng

và đường dùng và hợp lý chung (3 tiêu chí trên đều hợp lý).

Chỉ định và đường dùng được đánh giá là phù hợp khi tuân thủ một trong các hướng dẫn sau đây: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp" của Bộ Y tế (2012) [2], Phác đồ điều trị VPCĐ BV ĐHYD TPHCM (2015) [3].

Đối với chỉ định kháng sinh khi có kháng sinh đồ: Kháng sinh được xem là chỉ định phù hợp khi vi khuẩn còn nhạy với kháng sinh đó dựa trên kết quả kháng sinh đồ.

Liều kháng sinh được đánh giá là phù hợp khi tuân thủ ít nhất một trong ba phác đồ trên, tờ hướng dẫn sử dụng hoặc cơ sở dữ liệu Lexicomp.

Thời gian đến khi ổn định lâm sàng được đánh giá dựa trên tiêu chuẩn Halm's.

Các kết quả của nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20, các kết quả

được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định tần số, tỷ lệ phần trăm, số trung bình. Phép kiểm chi bình phương được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Các giá trị trung bình được so sánh bằng phép kiểm T-test nếu phân phối chuẩn hoặc Mann Whitney test nếu phân phối không chuẩn. Các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị được xác định bằng phương trình hồi quy logistic.

3. Kết quả

Sau thời gian khảo sát từ 06/2018 đến 04/2019, có 300 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó 244 bệnh nhân (81,3%) nhập Khoa Hô hấp và 56 bệnh nhân (18,7%) được nhập Khoa Hồi sức tích cực.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 300)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần suất	Tỷ lệ %
Tuổi (Trung vị (IQR 1, IQR 3))		77 (67-85)	
Tuổi \geq 65 tuổi		242	19,3
Nam giới		146	48,7
Bệnh kèm	Số lượng (Trung vị (IQR 1, IQR 3))	4 (3-6)	
	Bệnh tim mạch	234	78,0
	Đái tháo đường	105	35,0
	Bệnh đường hô hấp khác	93	31,0
	Bệnh thận mạn	60	20,0
	Bệnh gan mạn (viêm gan mạn, xơ gan)	48	16,0
	Bệnh mạch máu não	46	15,3
	COPD	38	12,7
	Nhiễm khuẩn ngoài đường hô hấp	34	11,3
	Hen	21	7,0
	Ung thư	19	6,3
Tình trạng bệnh nhân	Suy hô hấp	41	13,7
	Sốc nhiễm khuẩn	15	5,7
	Nằm viện trước đây	53	17,7
	Dùng kháng sinh trước đây	47	15,7
	Dùng corticosteroid trước đây	26	8,7
	PSI (Trung bình \pm SD)	100,2 \pm 1,8	
	CURB-65 (Trung vị (IQR 1, IQR 3))	2 (1-2)	

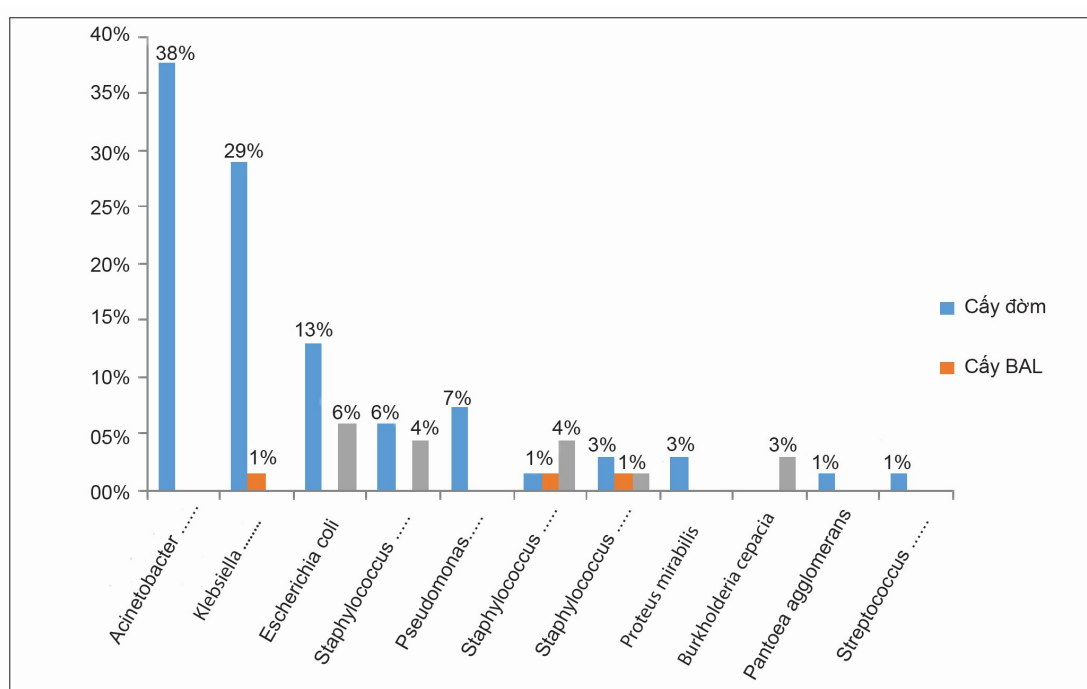
IQR (Interquartile Range): Tứ phân vị, SD (standard deviation): Độ lệch chuẩn, PSI (Pneumoniae Severity Index): Chỉ số đánh giá độ nặng viêm phổi

Bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên chiếm 19,3% dân số nghiên cứu. Có 18,3% số bệnh nhân đã được điều trị tuyến trước. Hầu hết bệnh nhân (98%) mắc ít nhất một bệnh kèm, bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm PSI thuộc nhóm IV chiếm tỷ lệ cao nhất, sự phân bố bệnh nhân theo thang điểm PSI theo thứ tự giảm dần là IV > III > V > II > I.

3.2. Đặc điểm vi sinh của mẫu nghiên cứu

Mẫu bệnh phẩm và các chủng vi khuẩn phân lập được

Có 252 bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh bao gồm cấy đờm định lượng (73,3%), cấy máu (39%), cấy dịch rửa phế quản- phế nang (BAL) (4,7%) và cấy dịch màng phổi (0,6%). Đa số các trường hợp (77%) cho kết quả âm tính. Các chủng vi khuẩn phân lập được trong các mẫu cấy đờm và BAL được trình bày trong Hình 1.



Hình 1. Các chủng vi khuẩn phân lập được trong các mẫu cấy đờm và BAL của mẫu nghiên cứu

Hình 1 cho thấy các vi khuẩn chủ yếu phân lập được là vi khuẩn gram âm với tỷ lệ 80,5%, trong đó phổ biến là *A. baumannii* và *K. pneumoniae*, vi khuẩn gram dương phân lập được chủ yếu là các *Staphylococci*.

Tình hình đề kháng của các chủng vi khuẩn phân lập được

Các vi khuẩn gram âm phân lập được phần lớn đề kháng với các kháng sinh điều trị VPCĐ thuộc nhóm β-lactam và fluoroquinolon. Tỷ lệ đề kháng của *A. baumannii* với cephalosporin thế hệ 3, piperacillin/tazobactam, meropenem và levofloxacin lần lượt là 92,3%, 80,8%, 84,6% và 84,6%. *Staphylococci* hầu hết đề kháng với erythromycin và các kháng sinh nhóm fluoroquinolon, nhưng vẫn nhạy cảm với vancomycin và linezolid.

Tình hình sử dụng kháng sinh và sự phù hợp của việc sử dụng kháng sinh với các hướng dẫn điều trị VPCĐ

Tình hình sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu: Các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Các kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Kháng sinh sử dụng		Tại Khoa Cấp cứu (n = 300)		Tại các Khoa lâm sàng (n = 300)	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Không sử dụng kháng sinh		70	23,3	0	0,0
Đơn trị	β-lactam	117	39,0	126	42,0
	- Meropenem	51	17,0	36	12,0
	- Ceftriaxon	42	14,0	28	9,3
	- Cefoperazon/sulbactam	19	6,3	13	4,3
	- Các KS β-lactam khác*	5	1,3	49	16,3
	Fluoroquinolon	69	23,0	29	9,8
Đơn trị	- Moxifloxacin	42	14,0	14	4,7
	- Levofloxacin	27	9,0	5	1,7
	Phối hợp 2 kháng sinh				
Phối hợp 2 kháng sinh	β-lactam + fluoroquinolon	42	14,1	112	37,4
	- Meropenem + levofloxacin	8	2,7	27	9,0
	- Ceftriaxon + levofloxacin	6	2,0	12	4,0
	- Cefoperazon/sulbactam + levofloxacin	5	1,7	6	2,0
	- β-lactam khác* + levofloxacin	4	1,3	36	12,0
	- β-lactam + moxifloxacin	19	6,3	25	8,3
	- β-lactam + ciprofloxacin	0	0	6	2,0
	β-lactam + glycopeptid	1	0,3	8	2,7
	β-lactam + lincosamid	1	0,3	4	1,3
	β-lactam + oxazolidinon	0	0	3	1,0
	β-lactam + polypeptid	0	0	1	0,3
	β-lactam + macrolid	0	0	1	0,3
	Fluoroquinolon + lincosamid	0	0	1	0,3
Phối hợp 3 thuốc	β-lactam + Fluoroquinolon + glycopeptid	0	0	7	2,3
	β-lactam + Fluoroquinolon + oxazolidinon	0	0	6	2,0
	β-lactam + aminosid + glycopeptid	0	0	1	0,3
	β-lactam + oxazolidinon + sulfamid	0	0	1	0,3

* Ceftazidim, ertapenem, cefdinir, piperacillin/tazobactam, ampicillin/sulbactam, imipenem/cilastatin

Dựa trên số liệu tại Bảng 2, có thể thấy tại Khoa Cấp cứu, có 230 bệnh nhân (76,7%) được chỉ định kháng sinh kinh nghiệm với liệu pháp β-lactam đơn trị là liệu pháp phổ biến nhất. Phần lớn kháng sinh kinh nghiệm được chỉ định thuộc nhóm β-lactam là meropenem, ceftriaxon và kháng sinh thuộc nhóm fluoroquinolon là moxifloxacin và levofloxacin.

Tại Khoa lâm sàng, có 55,7% bệnh nhân được thay đổi liệu pháp kháng sinh đã được chỉ định tại Khoa Cấp cứu. β-lactam đơn trị là liệu pháp kháng sinh được chỉ định nhiều nhất (42%), tiếp theo là β-lactam phối hợp fluoroquinolon (37,4%) (Bảng 2). Kháng sinh được chỉ định nhiều nhất (xét theo loại kháng sinh) là levofloxacin (37,3%), meropenem và ceftriaxon cũng chiếm tỷ lệ cao (26,3% và 20,7%).

Sự phù hợp của việc sử dụng kháng sinh với các hướng dẫn điều trị VPCĐ: Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn điều trị tại Khoa Cấp Cứu là 64,8%, tại khoa lâm sàng là 64,3%.

3.3. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị của các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả điều trị của mẫu nghiên cứu

Kết quả điều trị	Tần số	Tỷ lệ %
Thời gian nằm viện: Ngày (Trung vị (IQR 1-IQR 3))	12 (8-18)	
Thời gian điều trị kháng sinh: Ngày (Trung vị (IQR 1-IQR 3))	11 (8-16)	
Điều trị thành công	258	86,0
Ổn định lâm sàng	234	78,0
Ổn định lâm sàng ≤ 4 ngày	168	56,0
Tử vong tại bệnh viện	1	0,3
Tái nhập viện trong 30 ngày	23	7,7

Các yếu tố liên quan đến việc giảm tỷ lệ thành công trong điều trị

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không hợp lý tại khoa lâm sàng (không hợp lý về chỉ định và/hoặc liều dùng và/hoặc đường dùng) có liên quan đến giảm tỷ lệ thành công trong điều trị VPCĐ (OR=0,209; 95% CI: 0,061-0,711; p=0,012). Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố có liên quan đến giảm tỷ lệ thành công trong điều trị VPCĐ bao gồm bệnh kèm nhiễm khuẩn khác ngoài đường hô hấp (OR = 0,149; 95% CI: 0,038-0,579; p=0,006), tình trạng sốc nhiễm khuẩn (OR = 0,082; 95% CI: 0,010-0,708; p=0,023), điều trị hỗ trợ thở máy xâm lấn qua nội khí quản (OR = 0,026; 95% CI: 0,001-0,533; p=0,018).

4. Bàn luận

Kết quả đáng chú ý ghi nhận trong nghiên cứu là các vi khuẩn gây bệnh được phân lập phổ biến nhất là các vi khuẩn bệnh viện, các vi khuẩn gây bệnh cộng đồng thường gặp như *S. pneumoniae* (1,4%), *H. influenzae* (0%) và *M. catarrhalis* (0%) chiếm tỷ lệ rất thấp hoặc không phát hiện được. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của nghiên cứu REAL [4]. Điều này có thể lý giải bởi 54% mẫu vi sinh dương tính được phân lập sau 48 giờ nhập viện, dẫn đến một tỷ lệ lớn chủng vi khuẩn phân lập được có thể nhiễm từ môi trường bệnh viện. Tuy nhiên, khi phân tích các mẫu vi sinh được cấy trong vòng 48 giờ kể từ lúc nhập viện, tỷ lệ phân lập các vi khuẩn bệnh viện vẫn chiếm đa số. Từ các dữ liệu trên cho thấy ngày càng có sự gia tăng rõ rệt các nhóm vi khuẩn gram âm bệnh viện từ ngoài cộng đồng hay nhiễm từ bệnh viện. Ngoài ra do các vi khuẩn gây

bệnh đường hô hấp thường gặp là các vi khuẩn khó nuôi cấy đòi hỏi môi trường phân lập thích hợp mà nhiều phòng thí nghiệm vi sinh lâm sàng không có sẵn. Hơn nữa, việc chậm gửi mẫu đến phòng thí nghiệm cũng làm giảm khả năng phân lập các tác nhân này. Ngoài ra, sử dụng kháng sinh rộng rãi trước khi đến bệnh viện dẫn đến vi khuẩn không thể mọc mặc dù vẫn tồn tại trong cơ thể [4].

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh phù hợp khuyến cáo tại Khoa Cấp cứu và các Khoa lâm sàng khá tương đồng (64,8% và 64,3%). Tuy nhiên, khó có thể so sánh về mức độ tuân thủ điều trị giữa 2 khoa do chỉ định kháng sinh tại Khoa Cấp cứu chỉ chiếm 76,7%. Bên cạnh đó, tại Khoa Cấp cứu, việc sử dụng kháng sinh không phù hợp phần lớn liên quan đến chỉ định (27%) nhưng ở các khoa lâm sàng lại liên quan chủ yếu đến liều dùng (21,7%).

Theo khuyến cáo IDSA, với những bệnh nhân nhập viện từ Khoa Cấp cứu, kháng sinh nên kê đơn càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán (trong vòng 4 giờ và 8 giờ), sự chậm trễ trong điều trị kháng sinh có gây hậu quả bất lợi trong nhiều bệnh nhiễm khuẩn [9]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chỉ có 76,7% bệnh nhân được kê đơn kháng sinh tại Khoa Cấp cứu và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sử dụng kháng sinh và tỷ lệ thành công giữa nhóm được kê đơn kháng sinh và không được kê đơn kháng sinh tại Khoa Cấp cứu (p=0,346 và p=0,387). Đồng thời, tỷ lệ lựa chọn loại kháng sinh chưa phù hợp cao hơn ở khoa Cấp cứu có thể đến từ khối lượng công việc quá nặng tại Khoa Cấp cứu, bệnh nhân có thể chưa được đánh giá đầy đủ các yếu tố nguy cơ nhiễm tác nhân không điển hình hoặc các tác nhân kháng thuốc.

Điều trị VPCĐ tại BV ĐHYD TPHCM đạt hiệu quả cao với 86% trường hợp điều trị thành công, 14% điều trị thất bại và tỷ lệ tử vong tại bệnh viện rất thấp (0,3%) do phần lớn bệnh nhân tiến triển nặng đều xin về hoặc chuyển viện (10,3%). Trong một số nghiên cứu khác tỷ lệ tử vong được ghi nhận cao hơn (7,0-40,0%) [5, 10]. Theo hướng dẫn của IDSA/ATS [9], có đến 2/3 số bệnh nhân cải thiện lâm sàng trong 3 ngày đầu tiên và hầu hết bệnh nhân không nhập ICU đáp ứng các tiêu chí này vào ngày thứ 7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với tỷ lệ 45,1% trường hợp có thời gian ổn định trên lâm sàng trong vòng 3 ngày và trong vòng 7 ngày là 66,5%.

Kết quả từ phân tích hồi quy logistic cho thấy việc sử dụng kháng sinh kinh nghiệm không hợp lý tại khoa lâm sàng có liên quan đến giảm tỷ lệ thành công trong điều trị VPCĐ (OR = 0,209; 95% CI: 0,061-0,711; p=0,012). Kết quả này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu khác [6, 11]. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu giữa các nghiên cứu không tương đồng nên việc so sánh chỉ mang tính chất tương đối.

5. Kết luận

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thông tin về tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ tại cơ sở điều trị với sự khác biệt về lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm tại Khoa Cấp cứu và sau khi chuyển lên các khoa lâm sàng. Nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ sử dụng kháng sinh phù hợp các hướng dẫn điều trị tại Khoa Cấp cứu (64,8%) và khoa lâm sàng (64,3%).

Các kết quả thu được góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát sử dụng kháng sinh và tuân thủ các hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại các cơ sở điều trị.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Bệnh viện ĐHYD TPHCM đã tài trợ kinh phí và Khoa Cấp cứu, Khoa Hô hấp BV ĐHYD TPHCM đã hỗ trợ việc cung cấp dữ liệu cho nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*. Quyết định số 708/QĐ-BYT, tr. 93-98.
2. Bộ Y tế (2012) *Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 3/10/2012 về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp*.
3. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2015) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng*.
4. Phạm Hùng Vân, Nguyễn Văn Thành và Trần Văn Ngọc (2017) *Tác nhân vi sinh gây viêm phổi cộng đồng phải nhập viện*. Kết quả nghiên cứu REAL 2016-2017. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 51-63.
5. Trần Văn Ngọc (2004) *Đánh giá hiệu quả điều trị kháng sinh viêm phổi mắc phải trong cộng đồng*. *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh* 8(1), tr. 22-27.
6. Dean NC, Bateman KA, Donnelly SM, Silver MP, Snow GL, Hale D (2006) *Improved clinical outcomes with utilization of a community-acquired pneumonia guideline*. *Chest* 130(3): 794-799.
7. Julian-Jimenez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Miguez R, Lain-Teres N, Cuena-Boy R, Lozano-Ancin A (2013) *Improved management of community-acquired pneumonia in the emergency department*. *Arch Bronconeumol* 49(6): 230-240.
8. Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al (2012) *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *The Lancet* 380(9859): 2095-2128.
9. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Niederman MS, Torres A, Whitney CG (2007) *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults*. *Clin Infect Dis* 44(2): 27-72.
10. Mocelin CA and dos Santos RP (2013) *Community-acquired pneumonia at the Hospital de Clinicas de Porto Alegre: Evaluation of a care protocol*. *Braz J Infect Dis* 17(5): 511-515.
11. Reyes Calzada S, Martínez Tomas R, Cremades Romero MJ, Martínez Moragón E, Soler Cataluña JJ, Menéndez Villanueva R (2007) *Empiric treatment in hospitalized community-acquired pneumonia. Impact on mortality, length of stay and re-admission*. *Respir Med* 101(9): 1909-1915.