

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Trần Thị Hà Phương

Bùi Văn Dũng Anh

Đặng Hà Hữu Phước

NỘI DUNG

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

2 MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

3 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

4 KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

5 KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ



ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV):

- Là nhiễm khuẩn bệnh viện *thường gặp nhất*
- Là nguyên nhân gây **tử vong hàng đầu** và gây ra gánh nặng y tế cao, đặc biệt trước tình hình đề kháng kháng sinh hiện nay.

Để giải quyết vấn đề này cần tuân theo 2 nhóm giải pháp chiến lược đó là *phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm hợp lý* và giải pháp dự phòng bao gồm *kiểm soát nhiễm khuẩn và chiến lược sử dụng kháng sinh*.



MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1

Khảo sát đặc điểm dân số nghiên cứu và tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.

2

Đánh giá sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.



ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Đưa vào	Loại trừ
<ul style="list-style-type: none">- Bệnh nhân được chẩn đoán VPBV hay VPTM hay VP liên quan đến chăm sóc y tế ở một trong các mục chẩn đoán vào viện, chẩn đoán xuất viện, tổng kết xuất viện của hồ sơ bệnh án.- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi sau 48 giờ kể từ khi nhập viện (tính cả tuyến trước nếu có)	<p>Bệnh nhân tiên lượng tử vong trong vòng 48 giờ.</p> <p>Viêm phổi do nấm.</p>

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang mô tả

Trình bày và xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập vào máy tính (Epidata) và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0 và số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.



Phương pháp thực hiện

STT	Mục tiêu	Phương pháp thực hiện
1	Khảo sát đặc điểm dân số nghiên cứu và tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPBV	Cắt ngang mô tả; thời gian từ 10/2017 đến 07/2018.
2	Đánh giá sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.	<p>Nghiên cứu hồi cứu, đánh giá dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.</p> <p>Đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dựa vào phác đồ điều trị Bộ Y tế 2015, bệnh viện ĐHYD TP. Hồ Chí Minh 2015 và ATS/IDSA 2016- Đánh giá theo Bảng đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

**Khảo sát đặc điểm dân số nghiên cứu
và tình hình sử dụng KS trên bệnh nhân VPBV**



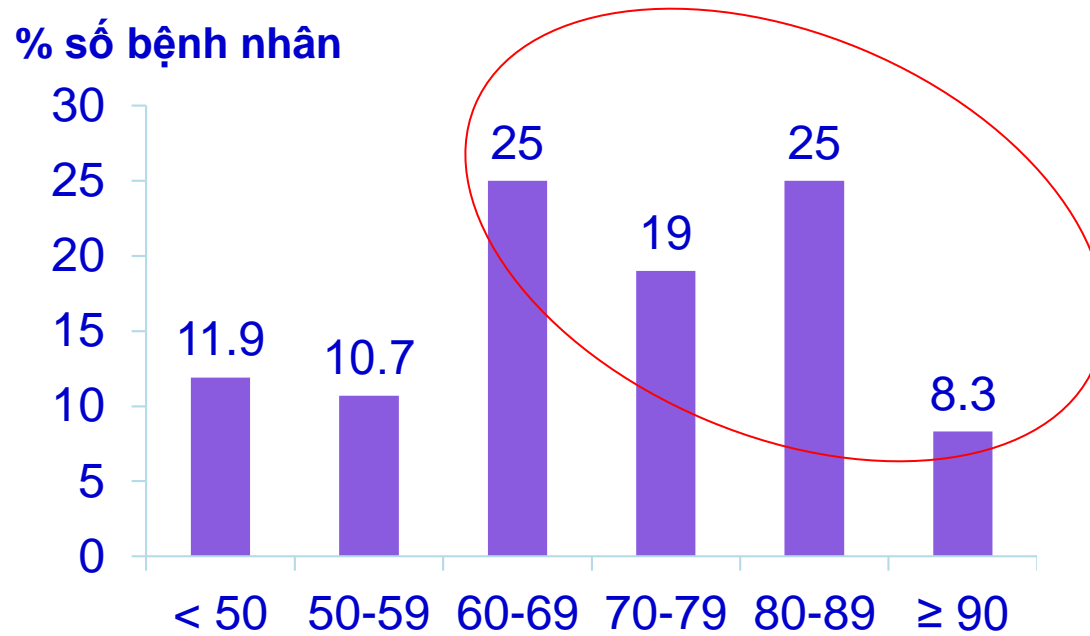
Phân bố viêm phổi bệnh viện theo khoa

Khoa	Tần số (N=84)	Tỷ lệ (%)
Hô hấp	7	8,3
Ngoại thần kinh	4	4,8
HSTC-CĐ	64	76,2
Ngoại tổng quát	1	1,2
CTCH	1	1,2
Nội tim mạch	7	8,3
Tổng	84	100,0

Tỷ lệ VPBV tại khoa HSTC-CĐ chiếm tỷ lệ rất cao (76,2%).
Tương tự nghiên cứu 2016 [1].



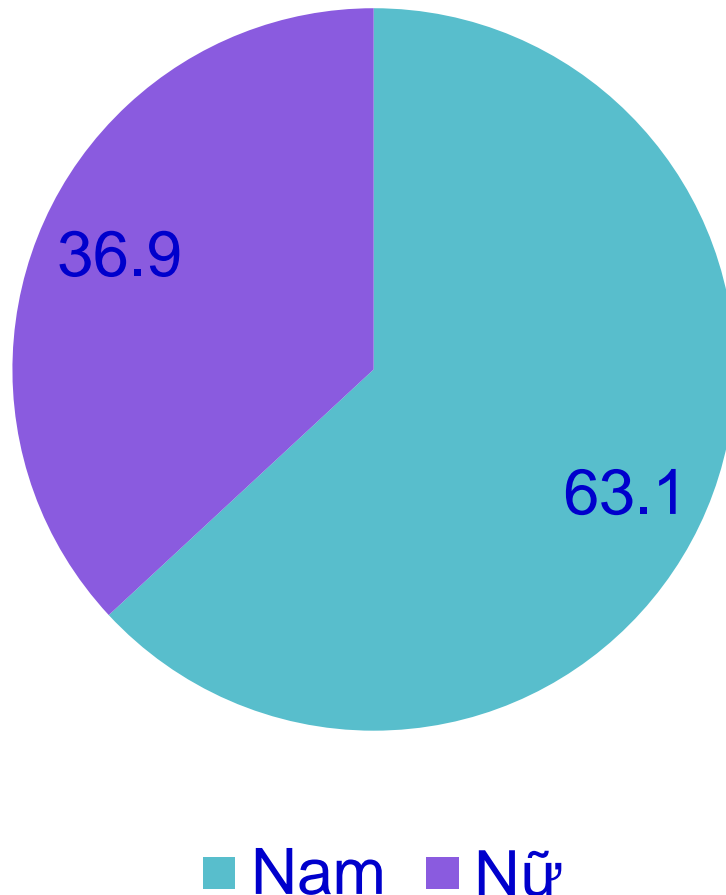
Phân bố viêm phổi bệnh viện theo tuổi



Độ tuổi nhỏ nhất mắc VPBV là 39 tuổi, lớn nhất là 96 tuổi.
Độ tuổi trung bình: là $70,17 \pm 15,57$ tuổi. Kết quả này cao hơn NC tại Thái Lan, với tuổi trung bình là $64,2 \pm 18,0$ [46].



Phân bố viêm phổi bệnh viện theo giới



Tỷ lệ nam giới gấp 1,7 lần nữ giới.

Kết quả này tương đồng với NC của Đoàn Xuân Quảng, 2013 (nam chiếm tỷ lệ 63,3% và nữ chiếm 36,7%; tỷ lệ nam giới gấp 1,7 lần tỷ lệ nữ giới) [1] và NC tại Thái Lan, phần lớn bệnh nhân là nam giới (185/307) [2].

1. Huỳnh Văn Huệ & Trần Đỗ Hùng, (2012), Tạp chí Y học Thực hành (855) - số 12/2012, Tr 107-113.
2. Apatcha Pungjitprapai, Terapong Tantawichien (2011) "Assessment of appropriateness of restricted antibiotic use in Charoenkrung Pacharak Hospital, a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand". Southeast Asian J Trop Med Public Health, 42 (4), pp. 926-935.

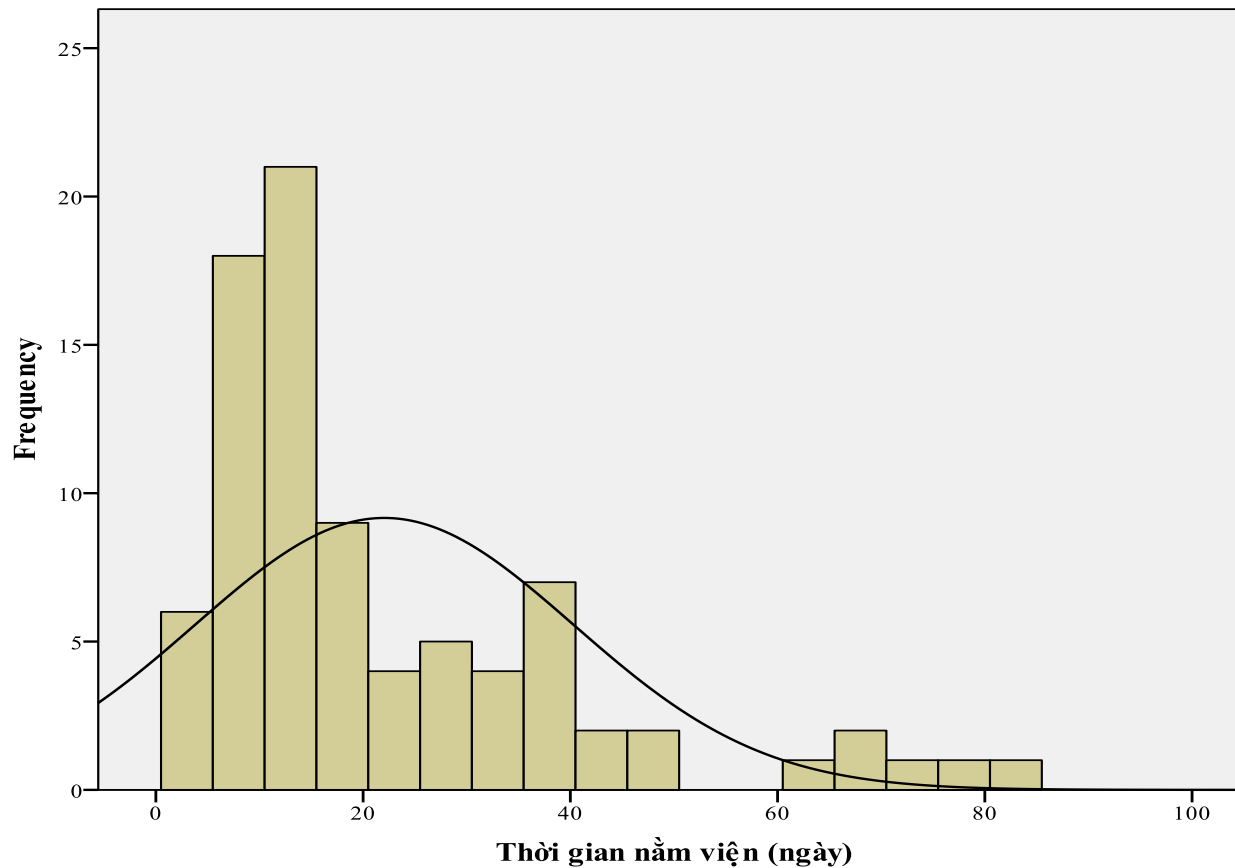
Phân bố viêm phổi bệnh viện theo bệnh kèm

Bệnh mạn tính mắc kèm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Suy kiệt	10	11,5
ĐTĐ	16	18,4
COPD	9	10,3
TM/THA	31	36,0
Gan/thận	8	9,2
Bệnh khác	13	14,6

Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân VPBV có bệnh nền kèm theo, đây cũng là **yếu tố nguy cơ** làm tăng tỷ lệ VPBV.



Phân bố theo thời gian nằm viện



Thời gian nằm viện ít nhất (3 ngày), lâu nhất (85 ngày), trung bình $22,05 \pm 18,28$ ngày. Thời gian nằm viện kéo dài nguy cơ VPBV càng cao.



Phân bố theo thủ thuật xâm lấn

Can thiệp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đặt sonde tiêu	48	57,1
Đặt đường truyền TM	32	38,1
Đặt catheter mạch máu TT	4	4,8
Thở máy	19	22,6
Nội khí quản	46	54,8
Mở khí quản	8	9,5
Thở oxy qua mũi miệng	15	17,9
Can thiệp khác	7	8,3

VPBV liên quan đến thủ thuật xâm lấn: thở máy (22,6%), nội khí quản (54,8%), tương tự NC của Kim Nga [1].



Phân bố theo vi khuẩn gây bệnh

Vi khuẩn	Tần số	Tỷ lệ (%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	21	25,0
<i>Burkholderia cepacia</i> complex	2	2,4
<i>Escherichia coli</i>	7	8,3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	8,3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	2,4
<i>Proteus mirabilis</i>	4	4,8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	2,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	7,1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	3,6
Vi khuẩn khác	7	8,3



Phân bố kháng sinh và thời gian sử dụng


Kháng sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)	Thời gian
B-Lactam/Lactamase	44	52,4	$10,02 \pm 7,56$
Aminosid	24	28,6	$10,09 \pm 7,64$
Quinolon	74	88,1	$17,15 \pm 7,23$
Netilmycin	3	3,6	$7,33 \pm 2,51$
Vancomycin	9	10,7	$8,56 \pm 4,30$
Cotrimoxazol	8	9,5	$7,88 \pm 6,99$
Cephalosporin	37	44,0	$7,59 \pm 5,45$
Carbapenem	50	59,5	$10,98 \pm 7,94$

Nhóm **quinolon** được sử dụng nhiều nhất (88,1%), kế đến là carbapenem, β -Lactam/ β -lactamase (lần lượt 59,5% & 52,4%).

Phân bố kháng sinh và thời gian sử dụng

Kháng sinh	Tần số	Tỷ lệ (%)	Thời gian
Teicoplanin	19	22,6	11,42 ± 6,50
Linezolid	11	13,1	6,73 ± 4,88
Colistin	15	17,9	11,33 ± 6,88
Metronidazol	3	3,6	7,01 ± 5,56
Macrolid	2	2,4	7,01 ± 4,24
Clindamycin	9	10,7	6,44 ± 4,03
Cyclin	1	1,2	14

Thời gian sử dụng ngắn nhất 6,44 ± 4,03 (clindamycin); dài nhất 17,15 ± 7,23 (quinolon) ngắn hơn so với thời gian nằm viện trung bình (22,05 ± 18,28 ngày),



KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

**Đánh giá sử dụng kháng sinh hợp lý
trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện**



Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giảm/khỏi	24	28,6
Không thay đổi	1	1,2
Xuất viện theo yêu cầu	50	59,5
Nặng hơn	15	17,9
Tử vong	1	1,2
Chuyển viện	9	10,7

Kết quả điều trị kháng sinh hợp lý giúp bệnh nhân giảm/khỏi bệnh chỉ chiếm tỷ lệ 28,6%. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nặng hơn, xin về và tử vong chiếm 78,6%



Kết quả các chỉ số phụ đánh giá sử dụng

STT	Các chỉ số phụ	N=84 (%)
1	Lựa chọn kháng sinh hợp lý	48(57,1)
2	Liều dùng và khoảng cách liều hợp lý	27(32,1)
3	Đường dùng và cách dùng hợp lý	83(98,8)
4	Thời gian điều trị hợp lý	69(82,1)
5	Kết hợp kháng sinh cần thiết	70(83,3)
6	TTT không nghiêm trọng- TK có thể tránh được	68(81,0)

Liều dùng và khoảng cách liều hợp lý chiếm tỷ lệ thấp nhất 32,1%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý chiếm 57,1%, cao hơn nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (45,7%), thấp hơn kết quả tại 19 bệnh viện của Hà Lan (84%) và tại 1 bệnh viện Thái Lan (74,6%).

Kháng sinh được lựa chọn không hợp lý

- KS được lựa chọn không hợp lý chủ yếu như **teicoplanin** 17,4%
- Sử dụng KS chưa hợp lý chiếm tỷ lệ 57,1% cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thế Hoàng (40,5%) [2], Huỳnh Văn Ân (24%) [3].
- Thấp hơn nghiên cứu của Lý Ngọc Kính, các khoa ICU trong cả nước tỉ lệ dùng KS không thích hợp là 74% và tăng lên 86% nếu do tác nhân là *Acinetobacter* spp. [4].



Vi khuẩn có lựa chọn kháng sinh không hợp lý

STT	Vi khuẩn	n (%)
1	<i>Acinetobacter baumannii</i>	13(50,0)
2	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3(11,7)
3	<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	1(3,8)
4	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2(7,7)
5	<i>Bulchoderia cepacia</i> complex	2(7,7)
6	<i>Proteus mirabilis</i>	1(3,8)
7	Trực khuẩn Gram (-)	1(3,8)
8	<i>Staphylococcus aureus</i>	2(7,7)
9	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1(3,8)
	Tổng cộng	26(100,0)



Nguyên nhân lựa chọn KS không hợp lý

STT	Lựa chọn kháng sinh không hợp lý	Tần số
1	Do lỗi bác sĩ, số (%)	10(27,8)
2	Do bệnh tiên lượng xấu, số (%)	17(47,2)
3	Do nguyên nhân khác, số (%)	9(25,0)
	Tổng cộng	36(100,0)

- Nguyên nhân lựa chọn kháng sinh không hợp lý do bệnh tiên lượng xấu (47,2%) cao hơn do lỗi bác sĩ và do nguyên nhân khác (27,8% và 25%).



KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. *Khảo sát đặc điểm dân số nghiên cứu và tình hình sử dụng KS trên bệnh nhân VPBV.*

- Tỷ lệ VPBV tại khoa ICU chiếm tỷ lệ rất cao (76,2%). Đa số bệnh nhân có bệnh nền kèm theo, trong đó tim mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao (54,4%).
- VPBV liên quan đến các thủ thuật xâm lấn như thở máy (22,6%), nội khí quản (54,8%).
- *Acinetobacter baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất (25%).
- Nhóm quinolon được sử dụng nhiều nhất (88,1%).



KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

2. Đánh giá sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện.

- Kết quả điều trị giúp bệnh nhân giảm/khỏi bệnh chỉ chiếm tỉ lệ 28,6%.
- Tỷ lệ chọn lựa kháng sinh, liều dùng và khoảng cách liều hợp lý thấp (14,3% và 32,1%).



KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

2. Đánh giá sử dụng KS trên bệnh nhân VPBV (tt)

- Vi khuẩn có lựa chọn kháng sinh không hợp lý chủ yếu là *A. baumannii* (50%) đa kháng.
- Kháng sinh được lựa chọn không hợp lý: teicoplanin 17,4%;
- Nguyên nhân do bệnh **tiền lượng xấu** (47,2%) cao hơn do lỗi bác sĩ và do nguyên nhân khác (27,8% và 25%).





Xin chân thành cảm ơn!

