

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐK HUYỆN MÈO VẠC

BÁO CÁO ĐỀ TÀI NCKH CẤP CƠ SỞ

TÊN ĐỀ TÀI:

**ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI
CỘNG ĐỒNG TẠI BVĐK HUYỆN MÈO VẠC**

NHÓM TÁC GIẢ:

Chủ nhiệm: Bs Vương Thị Chung

Thành viên: Ds Nguyễn Tuấn Tú

Ds Nguyễn Thị Hồng Tươi

SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN ĐK HUYỆN MÈO VẠC

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI
CỘNG ĐỒNG TẠI KHOA NỘI – TRUYỀN
NHIỄM BVĐK HUYỆN MÈO VẠC
NĂM 2020

Thời gian hoàn thành đề tài từ tháng 06 đến tháng 10 năm 2020

NHÓM TÁC GIẢ:

Chủ nhiệm: Bs Vương Thị Chung

Thành viên: Ds Nguyễn Tuấn Tú

Ds Nguyễn Thị Hồng Tươi

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
------------------------	----------

CHƯƠNG I

TỔNG QUAN.....	3
-----------------------	----------

1.1. Đại cương về viêm phổi mắc phải cộng đồng.....	3
---	---

1.1.1. Định nghĩa	3
-------------------------	---

1.1.2. Dịch tễ học và tác nhân gây bệnh.....	3
--	---

1.1.4. Triệu chứng.....	4
-------------------------	---

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng[6][7]	4
---	---

1.1.5. Các xét nghiệm trực tiếp[1]	5
--	---

1.1.6. Định hướng căn nguyên gây bệnh.....	5
--	---

1.1.8. Tổng quan về điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng.[1]	6
---	---

1.2. Hướng dẫn điều trị bằng kháng sinh cho bệnh nhân VPMPCĐ[1].....	7
--	---

1.2.1. Nguyên tắc điều trị	7
----------------------------------	---

1.2.2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng theo hướng dẫn của BHYT.....	7
---	---

1.3. Một số nhóm kháng sinh sử dụng trong điều trị VPMPCĐ.[3]	9
---	---

1.3.1. Nhóm β - lactam	9
------------------------------------	---

1.3.2. Nhóm macrolid	11
----------------------------	----

1.3.3.Nhóm aminoglycosid (aminosid)	12
--	----

1.3.4.Nhóm fluoroquinolon	12
---------------------------------	----

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	14
---	-----------

2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	14
--------------------------------	----

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	14
---------------------------------	----

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	14
---------------------------------	----

2.2. Phương pháp nghiên cứu	14
-----------------------------------	----

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	14
----------------------------------	----

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu	14
2.3. Nội dung nghiên cứu	15
2.4. Các tiêu chuẩn để phân tích kết quả	16
2.4.1. Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân: theo thang điểm CURB65.	16

CHƯƠNG III

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....19

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân VPMPCĐ điều trị tại Bệnh viện ĐK Mèo Vạc.....	19
3.1.1. <i>Đặc điểm về tuổi và giới</i>	19
3.1.2. Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65	19
3.1.4. Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm.....	20
3.1.5. Đặc điểm bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện	20
3.2. Khảo sát việc sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ tại Bệnh viện ĐK Mèo Vạc .	21
3.2.1. Tổng hợp các kháng sinh trong mẫu nghiên cứu.....	21
3.2.2. Đặc điểm của các phác đồ kháng sinh khởi đầu.....	22
3.2.2.1. Đặc điểm của phác đồ kháng sinh ban đầu	22
3.3. Đánh giá việc lựa chọn và sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ	23
3.3.1. Đánh giá sự lựa chọn KS trong phác đồ khởi đầu trong điều trị VPMPCĐ	23
3.3.2. Hiệu quả điều trị	24

CHƯƠNG IV

BÀN LUẬN.....26

4.1. Bàn luận về đặc điểm của bệnh nhân VPMPCĐ.....	25
4.1.1. Mối liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của bệnh	25
4.1.4. Yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm	25
4.1.5. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện	25
4.2. Bàn luận về việc khảo sát sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ.	26
4.2.1. Danh mục kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng.....	26
4.2.2. Đánh giá việc lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu.	26

4.3. Bàn luận về đánh giá việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng.....	27
4.3.1. Đánh giá sự lựa chọn kháng sinh trong phác đồ khởi đầu.	27

CHƯƠNG V	
KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT.....	29
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BYT :	Bộ Y tế
HDĐT :	Hướng dẫn điều trị
HĐT&ĐT:	Hội đồng thuốc và điều trị
C1G :	Cephalosporin thế hệ 1
C2G :	Cephalosporin thế hệ 2
KS :	Kháng sinh
PD :	Phác đồ
VPMPCD :	Viêm phổi mắc phải cộng đồng
BVĐK :	Bệnh viện đa khoa
BN :	Bệnh nhân
VK:	Vi khuẩn
NK:	Nhiễm khuẩn
TDKMM:	Tác dụng không mong muốn

**DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY BỆNH
VPMPCĐ**

<i>H. influenzae:</i>	<i>Hemophilus influenzae</i>
<i>M. pneumoniae:</i>	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>
<i>S. pneumoniae:</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
<i>C. pneumoniae:</i>	<i>Chlamydia pneumoniae</i>
<i>K. pneumoniae:</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
<i>S. aureus:</i>	<i>Streptococcus aureus</i>
<i>P. aeruginosa :</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<i>L. pneumophila :</i>	<i>Legionella pneumophila</i>

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Thang điểm CURB65

Bảng 2.1. Phân loại mức độ nặng theo thang điểm CURB65

Bảng 2.2. các chỉ số trong thang điểm CURB65

Bảng 2.3. các phác đồ sử dụng KS khuyến cáo điều trị theo kinh nghiệm

Bảng 3.1: Độ tuổi và giới tính của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân loại bệnh nhân theo mức độ nặng

Bảng 3.3. Sự liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của bệnh nhân

Bảng 3.4. Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm

Bảng 3.5. Đặc điểm của bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện

Bảng 3.6. Tổng hợp các kháng sinh sử dụng và đường dùng

Bảng 3.7. Đặc điểm chung của phác đồ kháng sinh ban đầu.

Bảng 3.8. Các loại kháng sinh dùng trong phác đồ khởi đầu

Bảng 3.9. Lựa chọn phác đồ ban đầu theo hướng dẫn của Bộ Y Tế

Bảng 3.10. Thời gian nằm viện và thời gian sử dụng KS của BN VPMPCĐ

Bảng 3.11. Hiệu quả điều trị VPMPCĐ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp thường gặp ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Không kể lao phổi các bệnh viêm phổi do vi khuẩn hiện vẫn chiếm vị trí hàng đầu trong bệnh học phổi cả về tỉ lệ mắc bệnh lẫn tử vong . Viêm phổi do vi khuẩn (VK) thay đổi nhiều ở những nước phát triển và những nước đang phát triển, có xu hướng không điển hình, nhiều thể kéo dài.[8][9]

Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện chiếm khoảng 20 - 30% nhiễm khuẩn bệnh viện, trẻ em và người già có tỷ lệ mắc cao hơn, Nam mắc nhiều hơn nữ.[1][8]

Viêm phổi có thể do nhiều nguyên nhân (vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng, virut..) nhưng chủ yếu do VK vì vậy kháng sinh đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị.[1][8]

Ngày nay cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các kháng sinh thế hệ mới ra đời làm cho việc lựa chọn kháng sinh của các thầy thuốc trở nên dễ dàng hơn, tỷ lệ tử vong giảm hẳn. Bên cạnh những mặt tích cực đó, việc lạm dụng kháng sinh cũng trở thành vấn đề bức xúc làm đau đầu các nhà quản lý. Trong quá trình điều trị viêm phổi hiện nay, xu hướng sử dụng kháng sinh quá rộng rãi và phối hợp kháng sinh quá thường xuyên một cách không cần thiết luôn là điều quan ngại của các nhà lâm sàng, nhà vi khuẩn học và luôn gây nhiều bàn cãi. [8][9]

Khoa Nội-Truyền nhiễm bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc là khoa có số lượng bệnh nhân đông với nhiều bệnh nhân từ các tuyến dưới chuyển lên. Mỗi năm khoa tiếp nhận khoảng 200-250 bệnh nhân viêm phổi, mặt khác việc sử dụng kháng sinh ở đây là phổ biến.

Để hiểu rõ hơn về tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện từ đó góp phần vào việc hình thành các biện pháp quản lý nhằm sử dụng kháng sinh hợp lý - an toàn - hiệu quả, chúng tôi thực hiện đề tài "**Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc**". Với các mục tiêu sau:

1. Mô tả được đặc điểm của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) điều trị tại bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

2. Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ tại Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc .

***3. Đánh giá việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh trong điều trị
VPMPCĐ tại Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.***

CHƯƠNG I

TỔNG QUAN

1.1. Đại cương về viêm phổi mắc phải cộng đồng.

1.1.1. Định nghĩa

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là hiện tượng nhiễm trùng của nhu mô phổi xảy ra ngoài bệnh viện, bao gồm viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận cùng hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi, kèm theo tăng tiết dịch phế nang gây ra đông đặc nhu mô phổi. Tác nhân gây viêm phổi có thể là các vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm, nhưng không phải là trực khuẩn lao .[1]

1.1.2. Dịch tễ học và tác nhân gây bệnh.

VPMPCĐ là nguyên nhân đứng đầu gây tử vong trên thế giới. Bệnh viêm phổi có thể xảy ra ở tất cả các mùa, nhưng tập trung nhiều nhất là vào những tháng mùa xuân và mùa đông. Bệnh có thể xảy ra ở mọi đối tượng nhưng hay gặp nhất là trẻ nhỏ (đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi) và người cao tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, tử vong do viêm phổi mắc phải ở cộng đồng hay gặp ở nhóm phải nhập viện điều trị tỉ lệ tử vong chung lên tới 28% mỗi năm. [1]

Tại Việt Nam, viêm phổi là bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất chiếm 12% trong các bệnh về phổi, đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây tử vong cao nhất.[1][8][9]

VPMPCĐ có thể xảy ra quanh năm và với mọi lứa tuổi. Tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy rằng bệnh thường xảy ra vào mùa lạnh, tỷ lệ mắc bệnh cũng như độ nặng của bệnh thường cao hơn trên đối tượng trẻ nhỏ, người cao tuổi có bệnh mạn tính như bệnh viêm phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim mạch, nghiện rượu hoặc đái tháo đường. [1][8][9]

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh.

Bệnh dễ khởi phát khi các cơ chế bảo vệ của cơ thể không có khả năng chống đỡ lại các tác nhân gây nhiễm khuẩn (NK). Khả năng này có thể xảy ra do một số yếu tố nguy cơ như tổn thương hệ miễn dịch và biến chứng của các bệnh mắc kèm (suy tim xung huyết, đái tháo đường, suy thận...), các dị tật đường thở (tắc nghẽn phế quản, giãn phế quản..), do các bệnh suy giảm miễn dịch, hoặc sử dụng các thuốc gây ức chế miễn dịch. Các yếu tố nguy cơ này có thể được sử dụng trong việc định hướng căn nguyên gây bệnh. [1]

Vi khuẩn (VK) có thể xâm nhập vào phổi theo nhiều con đường khác nhau, trong đó hay gặp nhất là hít phải các vi khuẩn ký sinh ở hầu họng. Trong điều kiện hệ miễn

dịch cơ thể đáp ứng đầy đủ, các vi khuẩn này sẽ bị tiêu diệt trước khi gây ra các tổn thương cho phổi.

1.1.4. Triệu chứng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng[6][7]

Có thể khởi phát đột ngột hoặc âm ỉ, phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh, diễn biến của bệnh và đặc điểm cơ địa của bệnh nhân:

- Sốt: thành cơn hoặc liên tục, toát mồ hôi, có thể kèm theo cơn rét run hoặc không. Có thể sốt cao trên 40°C hoặc chỉ sốt nhẹ 38°C - 38.5°C. Với các đối tượng bệnh nhân là người già, trẻ nhỏ, hay suy giảm miễn dịch, thân nhiệt thường chỉ ở mức sốt nhẹ.

- Ho: là triệu chứng xuất hiện sớm, tăng dần, lúc đầu ho khan, về sau ho có đờm đặc, màu vàng, xanh hoặc máu gỉ sắt. Có khi nôn, chướng bụng, đau bụng.

- Đau: thường có (đôi khi là triệu chứng nổi bật) đau ngực đau bên tổn thương.

- Thở: khó thở nhẹ hoặc vừa, có xu hướng ngày càng tăng, những trường hợp nặng bệnh nhân thở nhanh, nông, có thể co kéo cơ hô hấp.

- Khám:

- + Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao, hơi thở hôi, môi khô lưỡi bẩn.

- + Hội chứng đông đặc ở phổi, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương.

- + Trường hợp đặc biệt: người nghiện rượu có thể có lú lẫn, trẻ con có co giật, người cao tuổi triệu chứng thường không rõ ràng, có khi bắt đầu bằng lú lẫn, mê sảng (tỷ lệ tử vong cao do suy hô hấp cấp, hạ nhiệt độ).

- + Thể không điển hình: Biểu hiện ho khan, nhức đầu, đau cơ. Khám thường không rõ hội chứng đông đặc. Thấy rải rác ran ẩm, ran nổ. XQ phổi tổn thương không điển hình (mờ không đều, giới hạn không rõ thùy).

- Hô hấp: tần số thở tăng, khám phổi có dấu hiệu đông đặc, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương ở trường hợp viêm phổi thùy. Rì rào phế nang giảm, có thể nghe thấy tiếng cọ màng phổi.

- Tim mạch: mạch nhanh, huyết áp bình thường. Trường hợp nặng có sốc (huyết áp thấp, mạch nhỏ khó bắt).

- Thần kinh: đau đầu, rối loạn ý thức.

1.1.4.2. Triệu chứng cận lâm sàng[1]

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng > 10 Giga/l, bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 75 %. Khi số lượng bạch cầu < 4,5 Giga/l thì hướng tới viêm phổi do virus.

- Tốc độ máu lắng tăng.

- X-quang phổi thường quy: trên phim chụp thẳng, nghiêng xuất hiện hội chứng lấp đầy phế nang, đám mờ hình tam giác đỉnh ở phía rốn phổi, đáy ở phía ngoài hoặc các đám mờ có hình phế quản hơi, có thể tràn dịch màng phổi.

- Chức năng hô hấp: thường rối loạn thông khí kiểu hạn chế.

- Khí máu: không có biến đổi hoặc biến đổi nhẹ. Trường hợp nặng, có SaO₂ giảm tới 90% có kèm theo PaO₂ tăng hoặc không.

- Chụp cắt lớp vi tính ngực: có hội chứng lấp đầy phế nang với dấu hiệu phế quản hơi, tổn thương mới xuất hiện ở một bên hoặc cả hai bên, có hội chứng lấp đầy phế nang với dấu hiệu phế quản hơi, có thể kèm theo tràn dịch màng phổi.

1.1.5. Các xét nghiệm trực tiếp[1]

- Soi nhuộm Gram đờm: mẫu đờm có thể chứa các vi khuẩn thường trú ở vùng hầu họng của đường hô hấp trên. Một mẫu đờm chuẩn để thực hiện nhuộm Gram sẽ cho chẩn đoán với độ nhạy từ 60 - 85 % và có giá trị chẩn đoán ban đầu đối với bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng.

- Cây máu: xác định được vi khuẩn gây bệnh khi xét nghiệm dương tính .

-Cây tìm vi khuẩn từ bệnh phẩm đường hô hấp dưới (cấy dịch màng phổi, cấy dịch phế quản) nhất là trong các trường hợp nặng

- Cấy dịch màng phổi hoặc dịch phế quản.

1.1.6. Định hướng căn nguyên gây bệnh

- Có khoảng 100 chủng vi sinh vật khác nhau có thể gây VPMPCĐ, song trên thực tế lâm sàng chỉ gặp một số chủng nhất định. Tỷ lệ của các tác nhân gây bệnh này thay đổi tùy theo mùa, vùng địa lý. Tuy nhiên, viêm phổi xác định được nguyên nhân gây bệnh chỉ chiếm từ 30 - 50 % tổng số trường hợp VPMPCĐ.

- Khi chưa có kết quả xét nghiệm VK, cần định hướng căn nguyên gây

bệnh theo kinh nghiệm (theo tuổi, theo cơ địa, tiền sử và đặc điểm lâm sàng....)

1.1.7. Đặc điểm của các vi sinh vật chủ yếu gây bệnh VPMPCĐ

Qua nghiên cứu của nhiều tác giả tác nhân gây bệnh thường gặp chủ yếu nhất trong VPMPCĐ là *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *L.pneumophila*.

Ở Việt Nam một số nghiên cứu phân lập vi khuẩn gây bệnh VPMPCĐ, tuy nhiên chưa có sự thống nhất hoàn toàn về nguyên nhân gây bệnh.

1.1.8. Tổng quan về điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng.[1]

***Tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của bệnh**

Việc đánh giá mức độ nặng của VPMPCĐ là hết sức quan trọng để đưa ra cách thức chăm sóc và điều trị thích hợp, bao gồm điều trị ngoại trú, nhập viện hay điều trị tại khoa HSTC.

Bảng 1.1. Thang điểm CURB65

Ký hiệu	Tiêu chuẩn
C	Rối loạn ý thức.
U	Ure máu > 7 mmol/l.
R	Tần số thở > 30 lần/ phút.
B	Huyết áp thấp (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60 mmHg)
65	Tuổi > 65 tuổi.

Cách tính điểm: bệnh nhân có một trong các yếu tố nêu trên được tính 1 điểm. Điểm CURB65 là tổng các điểm theo các yếu tố, như vậy thang điểm là từ 0 đến 5.

Mức độ nặng của viêm phổi được đánh giá dựa trên CURB65 như sau:

- Viêm phổi nhẹ: CURB65 = 0 - 1, nguy cơ tử vong < 3%, có thể điều trị ngoại trú.
- Viêm phổi trung bình: CURB65 = 2, nguy cơ tử vong 9%, cần nhập viện điều trị.
- Viêm phổi nặng: CURB65 = 3-5, nguy cơ tử vong 15 - 40%, nhập viện điều trị ngay

****Các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPMPCĐ***

- Tuổi cao (≥ 65), Nghiện thuốc lá, thuốc lào và nghiện rượu.
- Bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn (COPD), bệnh tiểu đường.

1.2. Hướng dẫn điều trị bằng kháng sinh cho bệnh nhân VPMPCĐ[1]

1.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Xử trí tùy theo mức độ nặng.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân: lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh, nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.
- Thời gian dùng kháng sinh: từ 7 đến 10 ngày nếu do các tác nhân gây bệnh điển hình, 14 ngày nếu do tác nhân gây bệnh không điển hình, trực khuẩn mủ xanh.

1.2.2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng theo hướng dẫn của BHYT.

Cách tiếp cận trong điều trị VPMPCĐ hiện nay là tập trung vào điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm với các kháng sinh phổ rộng do các bệnh viện tuyến dưới thường gặp khó khăn và chậm trễ trong việc xác định căn nguyên gây bệnh cũng như mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh. Về nguyên tắc, phác đồ kháng sinh khởi đầu tối ưu là phác đồ có thể bao phủ các vi khuẩn có khả năng là nguyên nhân gây bệnh, đồng thời xem xét đến phân bố vi khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn tại từng địa phương. Bên cạnh đó, những yếu tố cần xem xét để đưa ra phác đồ phù hợp còn bao gồm tuổi, lối sống, các bệnh lý mắc kèm cũng như tình trạng cư trú của bệnh nhân.

**** Viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nhẹ***

BN mắc VPMPCĐ mức độ nhẹ khi có điểm CURB65 = 0 -1. Đối với các đối tượng này có thể áp dụng điều trị ngoại trú bằng các KS đường uống theo kinh nghiệm.

HDĐT của Bộ Y tế khuyến cáo amoxicilin là kháng sinh lựa chọn đầu tay trong điều trị theo kinh nghiệm đối với trường hợp này. Kháng sinh thay thế trong trường hợp bệnh nhân bị dị ứng với penicilin là clarithromycin.

- Ở người bệnh khỏe mạnh không điều trị kháng sinh trong vòng 3 tháng gần đây:

+ Amoxicillin 500mg - 1g: uống 3 lần/ ngày (hoặc Amoxicillin 500mg tiêm tĩnh mạch 3 lần/ ngày).

+ Clarithromycin 500mg x 2 lần/ ngày

+ Hoặc Doxycylin 200mg/ ngày sau đó dùng 100mg/ ngày

- Ở người có bệnh phổi hợp như: suy tim, suy hô hấp, nghiện rượu, suy gan

+ Fluoroquinolon (moxifloxacin 400mg/ ngày) hoặc levofloxacin (500-750mg/ ngày).

+ Hoặc có thể dùng β - lactam/ ức chế men β - lactamase (amoxicilin-clavulanat 1g x 3 lần/ ngày).

+ Hoặc dùng nhóm Cephalosporin thế hệ 2 : Cefuroxim 500mg x 2 lần/ ngày hoặc kết hợp với một nhóm macrolid.

- Đảm bảo cân bằng nước – điện giải và thăng bằng kiềm toan.

*** Viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ trung bình:**

Các bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm CURB65 có số điểm bằng 2 được xếp vào nhóm có mức độ bệnh trung bình và cần được điều trị tại bệnh viện.

Các HDĐT đều khuyến cáo lựa chọn đầu tay là phác đồ phối hợp kháng sinh nhóm beta-lactam với macrolid, tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân có thể sử dụng đường uống hoặc tiêm. Tuy nhiên các HDĐT có sự khác biệt khi lựa chọn loại kháng sinh nhóm beta-lactam BHYT Việt Nam khuyến cáo sử dụng amoxicilin/ acid clavulanic.

+ Amoxicillin: 1g x 3 lần/ ngày (uống) phối hợp với clarithromycin 500mg uống 2 lần/ ngày).

+ Amoxicillin: 1g x 3 lần/ ngày (tiêm TM) kết hợp nhóm macrolid theo đường tĩnh mạch (clarithromycin 500mg x 2 lần/ ngày).

+ Hoặc một β - lactam kết hợp với macrolid hoặc một fluoroquinolon.

- Đảm bảo cân bằng điện nước – điện giải và thăng bằng kiềm – toan.

- Dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ $> 38,5^{\circ}\text{C}$.

*** Viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng:**

Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm phổi mức độ nặng khi thang điểm CURB65 = 3 - 5 điểm, và cần nhập viện điều trị ngay.

Phác đồ kháng sinh được các HDĐT khuyến cáo trong trường hợp này đều là các phác đồ phối hợp với các phác đồ lựa chọn đầu tay là beta-lactam + macrolid hoặc beta-lactam + fluoroquinolon. Trong đó các beta-lactam được khuyến cáo gồm: penicilin A + chất ức chế beta-lactamase (amoxicilin/ acid clavulanic, ampicilin/

sulbactam) và các C3G (cefotaxim, ceftriaxon). Các fluoroquinolon hô hấp được khuyến cáo là levofloxacin và moxifloxacin.

+ Amoxicillin - acid clavulanic: 1g-2g x 3 lần/ ngày (tiêm TM) kết hợp nhóm clarithromycin 500mg/ngày tiêm tĩnh mạch 2 lần/ ngày.

+ Hoặc benzylpenicilin (penicilin G) 1-2g x 4 lần/ ngày (tiêm TM) kết hợp với levofloxacin 500mg x 2 lần/ ngày (tiêm TM).

+ Cephalosporin phổ rộng (cefotaxim 1g x 3 lần/ ngày hoặc ceftriaxon 1g x 3 lần/ ngày kết hợp macrolid hoặc fluoroquinolon (levofloxacin 0.75g/ngày, moxifloxacin 400mg/ngày).

- Thở oxy, thông khí nhân tạo, đảm bảo huyết động, điều trị biến chứng nếu có.

*** Điều trị một số VP đặc biệt (phác đồ điều trị cho người bệnh nặng khoảng 60kg).**

- Viêm phổi do *Pseudomonas aeruginosa*:

+ Ceftazidim 2g x 3 lần/ ngày + Gentamicin hoặc tobramycin.

+ hoặc ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ ngày + piperacilin 4g x 3 lần/ ngày + tobramycin .

-Viêm phổi do *Legionella*:

+ Clarithromycin 0,5g x 2 lần/ ngày ± rifampicin 0,6g x 1-2 lần/ ngày (14 đến 21 ngày).

+ Hoặc fluoroquinolon (ofloxacin, levofloxacin...).

- Viêm phổi do cúm:

+ dùng hạ sốt, giảm đau. Dùng kháng sinh khi có biểu hiện bội nhiễm vi khuẩn.

- Một số vi khuẩn khác:

1.3. Một số nhóm kháng sinh sử dụng trong điều trị VPMPCĐ.[3]

Bốn nhóm kháng sinh chính được sử dụng theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế

1.3.1. Nhóm β - lactam

β -lactam là nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong điều trị VPMPCĐ, có thể sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với các kháng sinh khác. β -lactam được lựa chọn tùy theo mức độ nặng của bệnh , bao gồm: penicilin nhóm A, β -lactam/ β -lactamase (amoxicilin/ acid clavulanic, ampicillin/ sulbactam), hoặc một số C2G và C3G (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon...).

Cơ chế tác dụng: Các β -lactam có khả năng gắn với các enzym transpeptidase, là enzym xúc tác cho sự nối các peptidoglycan, ức chế quá trình tổng hợp vách tế bào VK, làm VK không tạo được vách tế bào. Mặt khác các penicilin còn hoạt hóa enzym tự phân giải murein hydroxylase làm tăng phân hủy vách tế bào vi khuẩn. Kết quả là VK bị tiêu diệt.

***Các penicilin**

+ *Penicilin nhóm A (Penicilin phổ rộng)*

Các penicilin nhóm A bao gồm ampicilin và amoxicilin. Phổ tác dụng của chúng trên vi khuẩn Gram (+) có tác dụng tương tự penicilin G nhưng có thêm tác dụng trên một số chủng vi khuẩn Gram (-), trong đó có *H. influenzae* - là một trong các tác nhân gây VPMPCĐ thường gặp. Penicilin nhóm A bị mất hoạt tính bởi β - lactamase nên việc kết hợp với các chất ức chế β -lactamase giúp mở rộng phổ tác dụng của các kháng sinh này. Các kháng sinh dạng phối hợp thường gặp là amoxicilin/ acid clavulanic và ampicilin/ sulbactam.

+ *Penicilin kháng penicilinase*

Bao gồm methicilin, cloxacilin, dicloxacilin...là những kháng sinh có khả năng kháng penicilinase do cầu khuẩn tiết ra. Các thuốc nhóm này có thời gian và phổ tác dụng tương tự penicilin G, nhưng cường độ tác dụng yếu hơn. Thuốc có thể dùng tốt cả dạng tiêm và dạng uống do không bị phân hủy bởi dịch dạ dày (trừ methicilin). Thức ăn làm giảm hấp thu của thuốc, do đó nên dùng thuốc trước hoặc sau bữa ăn 1 giờ

+ *Penicilin kháng Pseudomonas aeruginosa*

Carboxypenicilin : carbecicilin, ticarcilin, temocilin...

Ureidopenicilin : azlocilin, mezlocilin, piperacilin.

Là nhóm kháng sinh quan trọng để điều trị các nhiễm khuẩn nặng do trực khuẩn Gram (-) như trực khuẩn mủ xanh, vi khuẩn kháng penicillin, ampicilin. Thường là NK mắc phải tại bệnh viện, nhiễm khuẩn sau bông, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi

***Các cephalosporin**

Dựa vào phổ tác dụng, các cephalosporin có thể chia thành 4 thế hệ, trong đó các cephalosporin thế hệ trước tác dụng trên vi khuẩn Gram(+) mạnh hơn, nhưng trên Gram (-) yếu hơn thế hệ sau và ngược lại

+ *Cephalosporin thế hệ I*

- Gồm: cephalixin, cephalothin, cefazolin, cefradin...

- Tác dụng tốt trên cầu khuẩn và trực khuẩn Gram (+), kháng được penicillin của tụ cầu. Có tác dụng trên một số trực khuẩn Gram (-) như *Salmonella*, *Shigella*. Tuy nhiên các cephalosporin thế hệ I vẫn bị cephalosporinase (β -lactamase) phá hủy.

+ *Cephalosporin thế hệ II*

- Gồm: cefaclor, cefuroxim, cefoxitin, cefotetan...

- Phổ tác dụng tương tự cephalosporin thế hệ I, tuy nhiên tác dụng trên vi

khuẩn Gram (+) yếu hơn, còn trên Gram (-) mạnh hơn so với thế hệ I. Các cephalosporin thế hệ II đã kháng được β -lactamase.

+ *Cephalosporin thế hệ III*

- Gồm: cefotaxim, cefixim, ceftazidim
- Ưu điểm lớn nhất của các cephalosporin thế hệ III là có tác dụng tốt trên vi khuẩn Gram (-), bền vững với β -lactamase và đạt được nồng độ diệt khuẩn trong dịch não tủy. Tuy nhiên, tác dụng trên vi khuẩn Gram (+) lại kém cephalosporin thế hệ I và penicilin. Thuốc tác dụng với cả trực khuẩn mủ xanh.

+ *Cephalosporin thế hệ IV*

- Gồm: cefepim, cefpirom
- Các cephalosporin thế hệ IV có phổ rộng và vững bền với β -lactamase hơn so với thế hệ III. Có thể dùng trong những trường hợp nhiễm trực khuẩn Gram (-) hiệu quả đã kháng cephalosporin thế hệ III

+ *Cephalosporin thế hệ V*

- Gồm: Ceftobiprol, Ceftarolin
- Các cephalosporin thế hệ V có phổ đặc biệt với nhiễm trùng bệnh viện của *Pseudomonas* ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Ceftobiprol là một cephalosporin với hoạt động chống lại *Staphylococcus aureus* kháng methicilin.

***Các chất ức chế β -lactamase**

Các chất ức chế β -lactamase là những chất có cấu trúc tương tự β -lactamase nhưng có hoạt tính kháng khuẩn rất yếu, vì vậy không dùng đơn độc trong lâm sàng. Khi gắn vào β -lactamase, chúng làm mất hoạt tính của các enzyme này nên bảo vệ các kháng sinh có cấu trúc β -lactama khỏi bị phân hủy. Chính vì thế, các chất ức chế β -lactamase chỉ dùng phối hợp với nhóm penicillin để mở rộng phổ tác dụng của penicillin với các vi khuẩn tiết ra β -lactamase.

- Các chất trong nhóm gồm acid clavulanic, sulbactam và tazobactam
- Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là các phản ứng dị ứng thuốc, bao gồm các biểu hiện: mẩn ngứa, mày đay, nặng hơn là sốc phản vệ, phù Quink, hội chứng Steven - Johnson. Ngoài ra, các thuốc thuộc nhóm kháng penicilinase và các cephalosporin còn có thể gặp một số tác dụng phụ khác như vàng da, ứ mật, độc với gan, thận...

1.3.2. Nhóm macrolid

Gồm: erythromycin, clarithromycin, azithromycin, roxithromycin, telithromycin.

- Cơ chế tác dụng: Macrolid ức chế sự tổng hợp protein của vi khuẩn do gắn vào tiểu đơn vị 50S của ribosome, ngăn cản sự chuyển vị peptidyl - ARNt

từ vị trí tiếp nhận sang vị trí cho nên các aminoacyl - ARNt mới không thể vào vị trí tiếp nhận, làm cho các acid amin không gắn vào chuỗi peptid đang thành lập, làm gián đoạn quá trình tổng hợp protein của vi khuẩn.

- Phổ tác dụng: các macrolid có phổ tác dụng trung bình, chủ yếu tác dụng trên các vi khuẩn Gram (+) và chỉ tác dụng trên một số ít các vi khuẩn Gram (-) tương tự penicillin. Tuy nhiên, ưu điểm của các macrolid so với các kháng sinh khác là có tác dụng với các vi khuẩn nội bào, các xoắn khuẩn và các vi khuẩn cơ hội ở bệnh nhân AIDS. Erythromycin hầu như không có tác dụng trên vi khuẩn ưa khí Gram (-).

- Tác dụng không mong muốn: các tác dụng không mong muốn chủ yếu là rối loạn tiêu hóa: nôn nao, khó chịu, tiêu chảy.. Trong các phác đồ điều trị VPMPCĐ, macrolid thường được khuyến cáo sử dụng cùng kháng sinh β -lactam để bao trùm cả tác nhân gây bệnh điển hình và không điển hình.

1.3.3.Nhóm aminoglycosid (aminosid)

Gồm: Streptomycin, gentamycin, tobramycin, amikacin, kanamycin, neomycin.

- Cơ chế tác dụng: các aminosid gắn vào tiểu đơn vị 30S của ribosom làm sai lệch quá trình tổng hợp protein cần thiết của VK nên có khả năng tiêu diệt vi khuẩn.

- Phổ tác dụng: KS nhóm aminosid có phổ tác dụng rộng, chủ yếu trên các vi khuẩn ưa khí Gram (-) và một số ít vi khuẩn Gram (+) như liên cầu, phế cầu, tụ cầu.

- Tác dụng không mong muốn: + các kháng sinh aminosid thường gây rối loạn về thính giác (ù tai, mất thính lực, tổn thương không hồi phục), độc với thận do thuốc thải trừ qua thận, tích lũy ở vỏ thượng thận và gây bệnh thận cấp. Ngoài ra, thuốc làm giãn cơ vân, có thể gây liệt mềm làm ảnh hưởng đến hô hấp.

- + Aminosid chỉ được sử dụng kết hợp kháng sinh β -lactam để mở rộng phổ tác dụng trên vi khuẩn Gram(-) trong trường hợp phác đồ khởi đầu hướng tới vi khuẩn Gram(+) không hiệu quả hoặc nghi ngờ viêm phổi do P.aeruginosa với bệnh nhân cần nhập khoa hồi sức cấp cứu.

- + Đây là kháng sinh có khoảng điều trị hẹp, vì vậy, liều kháng sinh aminosid được tính theo cân nặng và cần theo dõi chặt chẽ chức năng thận của bệnh nhân. Thận trọng trong trường hợp phối hợp aminosid với các kháng sinh có tiềm năng độc với thận như vancomycin, C3G..

1.3.4.Nhóm fluoroquinolon

- Cơ chế tác dụng: các fluoroquinolon ức chế AND-yrase (là enzyme tham gia vào quá trình tổng hợp acid nhân) làm mất hoạt tính của enzyme. Do đó, vi khuẩn không có khả năng mở vòng xoắn, thực hiện việc sao chép mã di truyền và bị tiêu diệt.

- Phổ tác dụng: các fluoroquinolon tác dụng mạnh trên cả vi khuẩn Gram (-) và vi khuẩn Gram (+) như *Staphylococcus*, *Streptococcus*. Thuốc ít tác dụng trên vi khuẩn kỵ khí.

- Tác dụng không mong muốn: Các kháng sinh nhóm này gây rối loạn tiêu hóa, đau thượng vị, buồn nôn và nôn, nhức đầu, chóng mặt, ảo giác... Ngoài ra, thuốc còn gây tác dụng phụ nặng nề trên sự phát triển xương khớp. Do những tác hại trên, thuốc chống chỉ định với các trường hợp có thai (ba tháng đầu, ba tháng cuối), cho con bú, trẻ em dưới 16 tuổi, người suy gan thận, người làm việc trên cao, tiếp xúc với máy móc.

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 121 bệnh nhân được chẩn đoán điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng
- Thời gian từ 01/01/2020 đến 30/06/2020
- Điều trị nội trú tại khoa Nội - Truyền nhiễm Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định là VPMPCĐ (Mã ICD của chẩn đoán ra viện là J18).
- Thời gian nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/01/2020 đến 30/06/2020.
- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được kê đơn điều trị bằng ít nhất một loại KS trong thời gian nằm viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có các đặc điểm sau:

- Bệnh nhân lao phổi, Bệnh nhân nhiễm HIV.
- Bệnh nhân bị viêm phổi sau thời gian nhập viện 48 giờ.
- Bệnh nhân có thời gian sử dụng kháng sinh điều trị ngắn (1- 2 ngày).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu mô tả.
- Quy trình nghiên cứu: Chọn mẫu, tiến hành thu thập số liệu theo mẫu sau đó tiến hành xử lý, phân tích số liệu.
- Thu thập thông tin từ bệnh án, thông tin thu thập vào phiếu thu thập bệnh án.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu: Từ danh sách toàn bộ BN có chẩn đoán ra viện là viêm phổi nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/01/2020 đến 30/06/2020 tại khoa Nội – Truyền nhiễm Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc, chúng tôi tiến hành rà soát để lấy các bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại bỏ các bệnh án theo tiêu chuẩn loại trừ đã nêu.

Kết quả: Có tất cả 121 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin vào mẫu phiếu thu thập thông tin (phụ lục 1).

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Nhập liệu qua Excel 2010
- Thống kê mô tả : dùng để mô tả các chỉ số trung bình, dùng tỷ lệ biểu đồ hình bánh và hình cột mô tả các biến không liên tục.

2.3. Nội dung nghiên cứu

** Đặc điểm của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng.*

- Tuổi, giới.
- Thời gian nhập viện, mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65.
- Các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân mắc CPMPCĐ.
- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện.

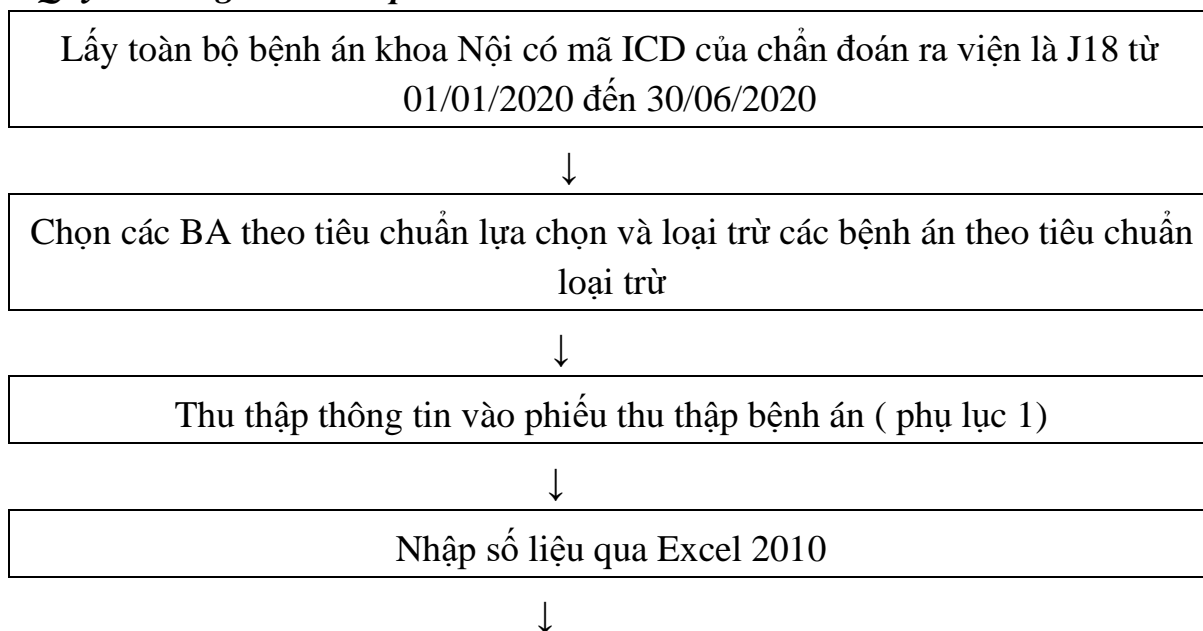
** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ.*

- Danh mục kháng sinh dùng trong điều trị VPMPCĐ.
- Kiểu phối hợp kháng sinh trong phác đồ khởi đầu.
- Số phác đồ kháng sinh sử dụng trong điều trị.

** Đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn và sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ.*

- Đánh giá sự lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm trong phác đồ khởi đầu so với Hướng dẫn của Bộ Y tế: phù hợp hay không phù hợp.
- Hiệu quả trong điều trị VPMPCĐ
- Độ an toàn trong điều trị: TDKMM của thuốc trong điều trị VPMPCĐ

** Quy trình nghiên cứu qua sơ đồ sau:*



- Nhận xét, đánh giá kết quả theo các tiêu chí của nghiên cứu
- Đặc điểm của bệnh nhân VPMPCĐ trong mẫu nghiên cứu
 - Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị
 - Đánh giá việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh trong điều trị

2.4. Các tiêu chuẩn để phân tích kết quả

2.4.1. Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân: theo thang điểm CURB65.[1]

Mức độ nặng của VPMPCĐ trên mỗi bệnh nhân được xác định theo thang điểm CURB65 như bảng sau:

Bảng 2.1. phân loại mức độ nặng theo thang điểm CURB65

Mức độ nặng của VPMPCĐ	Điểm CURB65
VPMPCĐ mức độ nhẹ	0 - 1 điểm
VPMPCĐ mức độ trung bình	2 điểm
VPMPCĐ mức độ nặng	3 - 5 điểm
Không xác định được mức độ nặng	Không đủ thông tin để xác định điểm

Bảng 2.2. Các chỉ số trong thang điểm CURB65

Ký hiệu	Tiêu chuẩn
C	rối loạn ý thức.
U	Ure máu > 7 mmol/l.
R	tần số thở > 30 lần/ phút.
B	Huyết áp thấp (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60 mmHg)
65	tuổi > 65 tuổi.

Điểm CURB65 tính trên 5 yếu tố đã trình bày ở trên, mỗi yếu tố được tính 1 điểm với cách xác định cụ thể từ bệnh án như sau:

- Tuổi của bệnh nhân được xác định dựa vào phần thông tin BN trên bệnh án.
- Tình trạng ý thức, nhịp thở và huyết áp được xác định dựa trên thông tin khám bệnh khi nhập khoa.
- Giá trị ure huyết được xác định dựa trên xét nghiệm hóa sinh máu đầu tiên có tiến hành xét nghiệm ure huyết.

* Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ (tuổi cao; nghiện thuốc lá, thuốc lào; nghiện rượu;

mắc bệnh tiểu đường, tim mạch, COPD) góp phần định hướng vi khuẩn gây bệnh cho bác sỹ trong quá trình điều trị được đối chiếu với hướng dẫn điều trị VPMPCĐ.

2.4.2. Các tiêu chuẩn trong đánh giá sự lựa chọn kháng sinh

Phác đồ sử dụng được so sánh với Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2015: *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp* (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng) và Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị VPMPCĐ ban hành kèm theo quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế).[1]

- Trong nghiên cứu này có 1 phác đồ kháng sinh được tập trung đánh giá là: Phác đồ khởi đầu điều trị theo kinh nghiệm (khi chưa biết căn nguyên gây bệnh).

- Đánh giá lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm: + Phác đồ kháng sinh sử dụng được coi là hợp lý nếu phù hợp với phác đồ được khuyến cáo cho đối tượng bệnh nhân theo thang điểm CURB65.

+ Phác đồ kháng sinh không hợp lý nếu không có trong hướng dẫn điều trị hoặc không phù hợp với đối tượng bệnh nhân theo thang điểm CURB65

Bảng 2.3. Các phác đồ sử dụng KS khuyến cáo điều trị theo kinh nghiệm [1]

Mức độ nặng (CURB65)	Các phác đồ được khuyến cáo				
	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Phác đồ 4	Phác đồ 5
Nhẹ(0-1)	Amoxicilin	Macrolid	Doxycylin	Levofloxaci	Amo/Clav
					Macrolid
Trung bình (2)	Amoxilin	Benzylopenicili	Fluoroquinolo		
	Macrolid	Macrolid			
Nặng (3-5)	Amo/Clav	Benzylopenicili	C3G	C3G	C3G
	Macrolid	Levofloxacin	Macrolid	Aminosid	Fluoroquinolo

(Kí hiệu: Amo/Clav: Amoxicilin + acid clavulanic)

- Căn cứ theo bảng, quy ước gọi các phác đồ kháng sinh được khuyến cáo trong điều trị thành các loại sau:

- + Nhóm PD I: gồm 5 phác đồ khuyến cáo điều trị VPMPCĐ mức độ nhẹ.
- + Nhóm PD II: gồm 3 phác đồ khuyến cáo điều trị VPMPCĐ mức độ trung bình
- + Nhóm PD III: gồm 5 phác đồ khuyến cáo điều trị VPMPCĐ mức độ nặng.
- + Phác đồ khác: là các phác đồ không nằm trong khuyến cáo.

*** *Đánh giá liều dùng của thuốc.***

- Liều dùng kháng sinh sử dụng trên các đối tượng này được so sánh với Hướng dẫn điều trị của BHYT. Nếu kháng sinh sử dụng không thuộc HDĐT, liều dùng được căn cứ vào Dược Thư Quốc Gia, tờ rơi HDSD trong hộp thuốc.

*** *Đánh giá hiệu quả điều trị***

Hiệu quả điều trị được ghi nhận dựa trên kết luận cuối cùng của bác sĩ khi tổng kết bệnh án. Có các mức hiệu quả điều trị sau:

- Khỏi hoàn toàn: hết các triệu chứng lâm sàng.
- Đỡ - giảm: Các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm, BN có thể điều trị ngoại trú.
- Không thay đổi: Tình trạng bệnh nhân không được cải thiện.
- Bệnh nặng hơn: Tình trạng bệnh nhân có chiều hướng xấu đi.
- Tử vong.

CHƯƠNG III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân VPMPCĐ điều trị tại Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1: Độ tuổi và giới tính của các đối tượng nghiên cứu

Bậc tuổi	N	Tỷ lệ %	Nam		Nữ	
			N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
< 65	94	77,7	55	84,6	39	69,6
≥ 65	27	22,3	10	15,4	17	30,4
Tổng	121	100	65	100	56	100

- Nhận xét: Qua bảng 3.1 cho thấy bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm (22,3%). Giới tính nam có tỷ lệ mắc là (65 /121 bệnh nhân, chiếm 53,7%). Ở nhóm tuổi < 65 tuổi BN nam giới có tỷ lệ mắc là 84,6% nhiều hơn BN nữ 1,4 lần (55/39 bệnh nhân).

3.1.2. Phân loại mức độ nặng của bệnh nhân theo thang điểm CURB65

Bảng 3.2. Phân loại bệnh nhân theo mức độ nặng

Phân loại	N	Tỷ lệ %
Viêm phổi nhẹ (CURB65 = 0- 1 điểm)	15	12,4
Viêm phổi trung bình (CURB65 = 2 điểm)	100	82,6
Viêm phổi nặng (CURB65 = 3-5 điểm)	6	5
BN không đủ thông tin tính điểm CURB65	0	0
Tổng	121	100

- Nhận xét: Qua bảng 3.2 trên có 121 BN thuộc mẫu nghiên cứu thì có 82,6% Bn viêm phổi mức độ trung bình, 12,4% BN ở mức độ nhẹ và chỉ có 5% bệnh nhân ở mức độ nặng.

Tiến hành tìm hiểu sự liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của bệnh nhân trong nghiên cứu, kết quả như sau:

Bảng 3.3. Sự liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của bệnh nhân

Tuổi	CURB65 = 0-1		CURB65 = 2		CURB65 = 3-5		Tổng	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %		
< 65	12	12,8	80	85	2	0,2	94	100%
≥ 65	3	1,1	20	74	4	14,9	27	100%
Tổng	15	12,4	100	82,6	6	5	121	100%

- Nhận xét: Qua bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm phổi nhẹ là 12,8% ở lứa tuổi < 65 tuổi. Ở nhóm tuổi ≥ 65 tuổi có 1,1% bệnh nhân mắc viêm phổi nhẹ, có 74% bệnh nhân viêm phổi trung bình và 14,9% bệnh nhân viêm phổi nặng.

3.1.4. Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm

Bảng 3.4. Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm

Các yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm		N	Tỷ lệ %
Một số yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm (N=121)	Tuổi ≥ 65	27	22,3
	Thể trạng gầy yếu, suy nhược	18	14,9
	Nghiện thuốc lá, thuốc lào	17	14
	Nghiện rượu	28	23,2
	Bệnh nhân đái tháo đường	10	8,3
	Bệnh lý phổi	7	5,8
	Bệnh tim mạch	9	7,4
	Bệnh lý gan, thận	5	4,1

- Nhận xét: Qua bảng 3.4 cho thấy trong các mẫu nghiên cứu tỷ lệ BN có yếu tố nguy cơ gặp viêm phổi với tỷ lệ sau: Tuổi cao chiếm 22,3%, bệnh lý tim mạch (tiền sử tai biến mạch máu não, tăng huyết áp) là 7,4%, đái tháo đường là 8,3%, bệnh lý gan thận là 4,1%, bệnh lý phổi là 5,8%. Thể trạng gầy yếu suy nhược là 14,9%. Ngoài ra các yếu tố liên quan về lối sống như: nghiện thuốc lá, thuốc lào là 14%, nghiện rượu là 23,2%.

3.1.5. Đặc điểm bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện

Bảng 3.5. Đặc điểm của bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện

Đặc điểm sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện		N	Tỷ lệ %
Tiền sử sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện	Có sử dụng	10	8,3
	Không sử dụng	111	91,3
	Không có thông tin	0	0

Tổng		121	100
Tiền sử dị ứng kháng sinh	Không khai thác được tiền sử dị ứng kháng sinh	121	100
Tổng		121	100

- Nhận xét: Qua bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng KS trước khi nhập viện với tỷ lệ trong mẫu nghiên cứu 8,3%. Đặc biệt trong tất cả các bệnh án đều không khai thác được loại KS mà BN đã sử dụng trước khi nhập viện. Không có bệnh nhân nào có tiền sử dị ứng với KS.

3.2. Khảo sát việc sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ tại Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc

3.2.1. Tổng hợp các kháng sinh trong mẫu nghiên cứu

Bảng 3.6. Tổng hợp các kháng sinh sử dụng và đường dùng

Stt	Kháng sinh	Đường TB		Đường TTM		Tổng	
		N	%	N	%	N	%
	5-Nitro imidazol					5	2,3
1	Tinidazol			5	2,5	5	
	Penicilin					37	17,2
2	Ampicilin+Sulbactam			25	12,4	25	
3	Piperacillin+Tazobactam			12	5,9	12	
	Cephalosporin					84	39,3
4	Cefoperazol			25	12,4	25	
5	Cefamandol			33	16,3	33	
6	Cefoxitin			26	12,9	26	
	Aminoglycosid					88	41,2
7	Tobramycin	12	100	76	37,6	88	
	Tổng	12	100	202	100	214	100

Tỷ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh minh họa dưới đây.

Có 7 hoạt chất kháng sinh được sử dụng trong điều trị viêm phổi tại khoa Nội-Truyền nhiễm trong thời gian nghiên cứu, tập chung chủ yếu vào nhóm kháng sinh beta-lactam, aminosid. Trong đó nhóm kháng sinh beta-lactam chiếm

tỷ lệ cao với 40,7% lượt chỉ định chủ yếu là cephalosporin thế hệ 2 và thế hệ 3. Nhóm aminosid cũng được chỉ định cao hoạt chất chủ yếu là tobramycin chiếm 41,2%.

Về đường dùng: Kháng sinh dùng đường tiêm, truyền tĩnh mạch hoàn toàn chiếm ưu thế là 100% (214/214 lượt chỉ định).

3.2.2. Đặc điểm của các phác đồ kháng sinh khởi đầu

3.2.2.1. Đặc điểm của phác đồ kháng sinh ban đầu

Bảng 3.7. Đặc điểm chung của phác đồ kháng sinh ban đầu.

Tiêu chí		N	Tỷ lệ %
KS được chỉ định trong vòng 24 giờ đầu nhập viện		121	100
Loại phác đồ kháng sinh ban đầu	Đơn độc 1 KS	28	23,1
	Phối hợp 2 KS	88	72,7
	Phối hợp 3 KS	5	4,2

- Nhận xét: Bảng 3.7 kết quả cho thấy, có 121 bệnh nhân (chiếm 100%) được chỉ định dùng kháng sinh trong ngày đầu nhập viện. Phác đồ khởi đầu là phối hợp 2 kháng sinh là chủ yếu chiếm (72,7%), phác đồ 1 kháng sinh là 23,1%, phác đồ phối hợp 3 kháng sinh sử dụng trên 1 bệnh nhân chiếm 4,2%.

3.2.2.2. Lựa chọn kháng sinh cho phác đồ khởi đầu.

Bảng 3.8. Các loại kháng sinh dùng trong phác đồ khởi đầu

Nhóm kháng sinh	Kháng sinh sử dụng	N	Tỷ lệ %
Phác đồ đơn độc		28	100
Penicilin	Ampicilin+Sulbactam	5	17,9
	Piperacillin+Tazobactam	6	21,4
Cephalosporin	Cefoperazol	5	17,8
	Cefamandol	3	10,7
	Cefoxitin	9	32,2
Phác đồ phối hợp hai kháng sinh		88	100
Penicilin+Aminosid	Ampicilin+Sulbactam+Tobramycin	19	21,6
	Piperacillin+Tazobactam+Tobramycin	12	13,6

Cephalosporin+Aminosid	Cefoperazol+Tobramycin	13	14,8
	Cefamandol+tobramycin	16	18,2
	Cefoxitin+Tobramycin	28	31,8
Phác đồ phối hợp 3 kháng sinh		5	100
Cephalosporin+Aminosid + 5-Nitro imidazole	Cefoxitin+Tobramycin+ Tinidazol	2	40
	Cefamandol+tobramycin+Tini dazol	3	60

- Nhận xét: Qua bảng 3.8 cho thấy:

+ *Lựa chọn kháng sinh phác đồ đơn độc*: Qua bảng số liệu cho thấy Cephalosporin thế hệ 2 là nhóm được sử dụng nhiều trong phác đồ đơn độc (chiếm 75%), trong đó hoạt chất chủ yếu là Cefoxitin(32,2%).

+ *Lựa chọn phác đồ phối hợp 2 kháng sinh*: Phác đồ này chiếm 72,7% tổng các phác đồ khởi đầu theo kinh nghiệm. Các kiểu phối hợp hai kháng sinh trên bảng số liệu cho thấy 100% phác đồ có chứa beta-lactam và được phối hợp với aminoglycosid là chủ yếu (100 phác đồ).

+ *Lựa chọn phác đồ phối hợp 3 kháng sinh*: Trong 121 phác đồ kháng sinh điều trị ban đầu có 2 phác đồ phối hợp 3 KS được sử dụng.

3.3. Đánh giá việc lựa chọn và sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ

3.3.1. Đánh giá sự lựa chọn KS trong phác đồ khởi đầu trong điều trị VPMPCĐ

Bảng 3.9. Lựa chọn phác đồ ban đầu theo hướng dẫn của Bộ Y Tế

	Số trường hợp phù hợp		Số trường hợp không phù hợp	
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
CURB65= 0-1	0	0	15	12,3
CURB65= 2	100	82,7	0	0
CURB65= 3-5	6	5	0	0

- Nhận xét: Qua bảng 3.9 cho thấy đa số sự lựa chọn phác đồ KS ban đầu phù hợp với chẩn đoán khi nhập viện và phù hợp với hướng dẫn điều trị của BHYT.

3.3.2. Hiệu quả điều trị

Bảng 3.10. Thời gian nằm viện và thời gian sử dụng KS của BN VPMPCĐ

Thời gian sử dụng kháng sinh	N	Tỷ lệ %
< 7 ngày	116	95,8
7- 10 ngày	5	4,2
Tổng	121	100

- Nhận xét: Qua bảng 3.12 ta thấy phần lớn BN có thời gian dùng KS < 7 ngày (95,8%).

Bảng 3.11. Hiệu quả điều trị VPMPCĐ

Hiệu quả điều trị	N	Tỷ lệ %
Khỏi	27	22,3
Đỡ – giảm	91	75,2
Không thay đổi	3	2,5
Chuyển viện	0	0
Tổng	121	100

- Nhận xét: Qua bảng 3.11 cho tỷ lệ điều trị bệnh nhân khỏi và đỡ rất cao (97,5%). Chỉ có 2,5% BN trong quá trình điều trị không thay đổi.

CHƯƠNG IV

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm của bệnh nhân VPMPCĐ.

4.1.1. *Mối liên quan giữa tuổi và mức độ nặng của bệnh*

Trong số 121 bệnh nhân VPMPCĐ đã điều trị tại khoa Nội – Bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc, chúng tôi gặp đầy đủ các lứa tuổi từ. Các bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm 22,3%.

Mức độ nặng của bệnh tăng theo tuổi. Ở độ tuổi < 65 (1,1%) bệnh nhân viêm phổi nhẹ. Viêm phổi trung bình chủ yếu tập chung ở độ tuổi ≥ 65 . Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi nặng chiếm 5% số bệnh nhân viêm phổi toàn mẫu. Bệnh nhân tuổi càng cao sức khỏe càng suy giảm và mắc kèm theo nhiều bệnh mạn tính vì vậy nguy cơ cũng tăng lên.

4.1.4. *Yếu tố nguy cơ và bệnh lý mắc kèm*

Yếu tố nguy cơ là một trong những tác nhân tạo điều kiện cho bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng xuất hiện. Trong nghiên cứu trên các yếu tố nguy cơ chính gây viêm phổi và làm cho bệnh phát triển nặng hơn là: tuổi cao (≥ 65), nghiện thuốc lá thuốc lào, nghiện rượu, thể trạng gây yếu suy nhược.

+ **Tuổi cao:** yếu tố nguy cơ tuổi cao chiếm 22,3%. Tuổi cao là một nguyên nhân dẫn đến tăng tỷ lệ mắc phải và phát triển của viêm phổi, so với người trẻ thì người già có tỷ lệ cao hơn về các bệnh mắc kèm và biến chứng liên quan đến VPMPCĐ.

+ **Thuốc lá, thuốc lào:** 14% là tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá và thuốc lào.

+ **Nghiện rượu:** trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi có nghiện rượu chiếm 23,2% (do phong tục tập quán sinh hoạt hằng ngày, nhu cầu sử dụng đồ uống có cồn cao nên tỷ lệ nghiện rượu khá cao). Rượu làm giảm hoạt động của các tế bào lông chuyển, làm chậm quá trình hoạt hóa bạch cầu đa nhân trung tính và giảm các hoạt tính của các đại thực bào. Rượu còn làm giảm chức năng hô hấp thông qua làm giảm thể tích phổi, tăng sức cản đường thở. Điều này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu: tỷ lệ lao phổi, viêm phổi, viêm màng phổi, viêm phế quản ở những người nghiện rượu cao hơn ở những người không nghiện rượu.

+ **Thể trạng gây yếu, suy nhược:** do điều kiện kinh tế khó khăn, chế độ ăn uống không đủ dinh dưỡng nên những bệnh nhân nhập viện với thể trạng gây yếu, suy nhược khá cao chiếm tỷ lệ 14,9%.

4.1.5. *Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện*

Việc sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện hiện nay rất phổ biến, người bị bệnh thường tự mua thuốc về nhà điều trị khi có biểu hiện nặng hơn hoặc

không đỡ mới vào viện điều trị. Một phần vì là bệnh viện tuyến huyện nên tiếp nhận nhiều bệnh nhân đã điều trị ở tuyến dưới chuyển lên điều trị (tuyến xã). Theo kết quả nghiên cứu có 8,3% bệnh nhân sử dụng kháng sinh không đạt hiệu quả trước khi nhập viện.

Đa số các kháng sinh người bệnh mua tại các nhà thuốc tư nhân mà không cần đơn của bác sĩ, việc lạm dụng KS trong điều trị làm cho tình trạng kháng kháng sinh ngày một gia tăng. Việc sử dụng kháng sinh ở tuyến dưới và tự mua kháng sinh về sử dụng, không có hiệu quả còn nguy hiểm hơn vì có thể làm cho bệnh nhân nhiễm thêm những vi khuẩn khác làm cho việc điều trị khó khăn hơn.

4.2. Bàn luận về việc khảo sát sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ.

4.2.1. Danh mục kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng

Với kết quả ở bảng 3.7 cho thấy có 7 hoạt chất kháng sinh được sử dụng trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội-Truyền nhiễm trong thời gian nghiên cứu, tập chung chủ yếu vào nhóm penicilin phổ rộng, cephalosporin, aminoglycosid. Trong đó nhóm kháng sinh cephalosporin chiếm tỷ lệ cao với 39,3% lượt chỉ định chủ yếu là cephalosporin thế hệ 2 và thế hệ 3. Nhóm aminoglycosid cũng được chỉ định cao hoạt chất chủ yếu là tobramycin chiếm 41,2 %.

Về đường dùng: Kháng sinh dùng đường tiêm, truyền tĩnh mạch hoàn toàn chiếm ưu thế là 100% (214/214lượt chỉ định). Bệnh viện đa khoa là bệnh viện tuyến huyện, tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm phổi trung bình là chủ yếu (82,6%) vậy tỷ lệ trên là ưu tiên sử dụng các kháng sinh đường tiêm.

Trong 7 hoạt chất được sử dụng thì Tobramycin là hoạt chất được chỉ định nhiều nhất với 88 lượt chỉ định (41,2%).

4.2.2. Đánh giá việc lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu.

+ *Lựa chọn kháng sinh phác đồ đơn độc*: Qua bảng số liệu cho thấy Cephalosporin là nhóm được sử dụng nhiều trong phác đồ đơn độc chiếm(60,7%) chủ yếu là cefoxitin (32,2%).

+ *Lựa chọn phác đồ phối hợp 2 kháng sinh*: Phác đồ này chiếm 72,7% tổng các phác đồ khởi đầu theo kinh nghiệm. Các kiểu phối hợp hai kháng sinh trên bảng số aminoglycosid là chủ yếu.

Phác đồ khởi đầu là phối hợp 2 kháng sinh là chủ yếu chiếm 72,7% đa số các bệnh nhân khi nhập viện đều sử dụng phác đồ phối hợp 2 kháng sinh (thường phối hợp một aminosid với một cephalosporin hoặc penicilin). Các kháng sinh penicillin, cephalosporin và aminosid thường được dùng ở dạng tiêm. Phác đồ 1 kháng sinh là 23,1%, phác đồ phối hợp 3 kháng sinh sử dụng trên 5 bệnh nhân chiếm 4,2%.

4.3. Bàn luận về đánh giá việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng.

4.3.1. Đánh giá sự lựa chọn kháng sinh trong phác đồ khởi đầu.

Từ phân loại bệnh theo mức độ nặng của thang điểm CURB65, phác đồ kháng sinh ban đầu được đánh giá căn cứ theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế. Qua bảng kết quả cho thấy đa số các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu phù hợp với hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế.

4.3.3. Hiệu quả điều trị

Bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được điều trị đạt kết quả khỏi và đỡ giảm rất cao chiếm 97,5% trên toàn mẫu nghiên cứu. Chỉ có 2,5 % bệnh nhân được đánh giá là không thay đổi.

Tỷ lệ bệnh nhân khỏi là 22,3%, đỡ – giảm là 75,2%, không thay đổi là 2,5%. Tỷ lệ khỏi bệnh trong nghiên cứu là rất cao và tỷ lệ bệnh nhân không khỏi là rất thấp.

Phần lớn bệnh nhân có thời gian dùng kháng sinh trong khoảng từ 7 ngày (95,8%). Bệnh nhân có số ngày sử dụng kháng sinh nhiều nhất là 10 ngày.

CHƯƠNG V

KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

5.1. Kết luận.

5.1.1. Về đặc điểm của mẫu nghiên cứu

- Bệnh VPMPCĐ gặp ở mọi lứa tuổi, bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ 22,3%.
- 121 bệnh nhân thuộc mẫu nghiên cứu thì có 82,6% bệnh nhân viêm phổi mức độ trung bình, 12,4% bệnh nhân ở mức độ nhẹ và chỉ có 5% bệnh nhân ở mức độ nặng.
- Bệnh nhân có sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện với tỷ lệ (tỷ lệ 8,3%) trong mẫu nghiên cứu.

5.1.2. Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị VPMPCĐ.

- Tỷ lệ bệnh nhân khởi đầu sử dụng phác đồ đơn độc là 23,1%, phác đồ phối hợp 2 kháng sinh là 72,7%, phác đồ phối hợp 3 kháng sinh là 4,2%.
- Các phác đồ điển hình là nhóm penicilin, cephalosporin kết hợp aminosid trong đó:
 - + Các β -lactam được sử dụng 100% số bệnh nhân nghiên cứu, cả phác đồ đơn độc và phác đồ phối hợp.
 - + Nhóm aminosid được dùng 38,8% số lượt chỉ định. Hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là tobramycin

5.1.3. Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng KS trong điều trị VPMPCĐ.

- Hiệu quả điều trị chung: tỷ lệ BN được điều trị đạt kết quả khỏi và đỡ giảm rất cao chiếm 97,5% trên toàn mẫu nghiên cứu. Chỉ có 2,5% BN được đánh giá là không thay đổi.
- Đa số sự lựa chọn phác đồ KS ban đầu phù hợp với hướng dẫn điều trị của BHYT.

5.2. Đề xuất.

Với mong muốn được góp phần vào việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người dân của bệnh viện, từ những đánh giá trên chúng tôi xin mạnh dạn có vài ý kiến với ban giám đốc, HĐT&ĐT của bệnh viện đa khoa Mèo Vạc như sau:

- + Khi bệnh nhân nhập viện việc khai thác thuốc đã sử dụng tại nhà của bệnh nhân là thật sự cần thiết, cần hỏi kỹ loại thuốc mà bệnh nhân đã dùng (đặc biệt là kháng sinh) để phục vụ cho việc điều trị tốt hơn.
- + Đề nghị hội đồng thuốc và điều trị thường xuyên cập nhật các phác đồ hướng dẫn điều trị mới của BHYT để phục vụ cho việc điều trị đạt hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2015), "*Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*".
2. Bộ Y Tế (2012), "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp*", NXB Y Học.
3. Bộ Y Tế (2007), *Dược lý học, tập 2*, NXB Y Học, pp. 133-172.
4. Bộ Y Tế (2005), *Hướng dẫn điều trị, tập I*, NXB Y Học.
5. Bộ Y Tế (2005), *Hướng dẫn điều trị, tập II*, NXB Y Học Hà Nội, pp. 199-206.
6. Bộ Y Tế (2002), *Bệnh học Nội khoa, tập I*, NXB Y Học Hà Nội.
7. Bộ Y Tế, Bệnh viện Bạch Mai (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa 2011*, pp. 89-94.
8. Hoàng Thanh Quỳnh (2015), "*Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội - Bệnh viện Bãi Cháy - Tỉnh Quảng Ninh*", Luận văn Thạc sĩ Dược học, Trường Đại Học Dược Hà Nội.
9. Nguyễn Thị Phương Thúy (2013), "*Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng, tại khoa Nội bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang*", Luận văn thạc sĩ Dược học, Trường Đại Học Dược Hà Nội.
10. Trường Đại Học Dược Hà Nội (2016), "*Sử dụng thuốc trong điều trị viêm phổi*", Silde bài giảng, Bộ môn Dược Lâm Sàng.
11. Trường Đại Học Y Hà Nội (2002), *Giải phẫu bệnh học*, pp. 248-305.

PHỤ LỤC I
PHIẾU KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI
TẠI KHOA NỘI – BVĐK HUYỆN MÈO VẠC - TỈNH HÀ GIANG

Stt:.....

Mã bệnh án:.....

I. ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

1. Họ tên:.....

2. Tuổi:..... **3. Cân nặng:**.....kg **4. Giới tính:** Nam ☐ Nữ ☐

5. Bệnh nhân có BHYT : Có ☐ Không ☐

6. Ngày nhập viện:...../...../..... **7. Ngày ra viện:**...../...../.....

8. Số ngày nằm viện:..... Ngày **9. Số ngày sử dụng kháng sinh:**.....ngày

10. Nơi chuyển đến: Tuyến dưới chuyển lên ☐

Tự đến ☐

Khác..... ☐

11. Chẩn đoán vào viện:

+ Bệnh chính:..... + Bệnh kèm theo:.....

12. Chẩn đoán ra viện:

+ Bệnh chính:..... + Bệnh kèm theo:.....

13. Lý do vào viện:.....

- Thời gian bị bệnh trước khi vào viện: 1.....ngày ☐

2. Không rõ ☐

3. Trong vòng 24h ☐

14. Chẩn đoán xác định:.....

15. Tiền sử:

a, Bệnh tật.

- Bản thân.....

- Gia đình

b, Các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPCĐ.....

c, Dùng thuốc trước khi nhập viện:

Dùng thuốc trước khi nhập viện	Có <input type="checkbox"/>	* Thuốc đã dùng:
		1..... <input type="checkbox"/>
	Không <input type="checkbox"/>	2. Không biết <input type="checkbox"/>
		* Số ngày dùng kháng sinh:
	Không biết <input type="checkbox"/>	1..... ngày <input type="checkbox"/>
		2. Không biết <input type="checkbox"/>
		* Đặc điểm của K/S bệnh nhân sử dụng:
		1. Do khám ở các phòng khám tư <input type="checkbox"/>
		2. Do bệnh nhân tự mua về điều trị <input type="checkbox"/>
		3. Do khám tại tuyến dưới <input type="checkbox"/>

16. Triệu chứng lâm sàng:

16.1. Sốt Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	16.2. Thở ≥ 30 lần/ phút Có <input type="checkbox"/> Không /phút <input type="checkbox"/>	16.3. HA tâm thu < 90 mmHg và/ hoặc HA tâm trương \leq 60mmHg Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
16.4. Thay đổi ý thức. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	16.5. Triệu chứng khác:	

17. Các kết quả cận lâm sàng:

17.1. Bạch cầu:	G/L	17.7. Cl^- :	mmol/ l
17.2. Hồng cầu:	T/L	17.8. Ure:	mmol/l
17.3. Huyết sắc tố:	g/l	17.9. Creatinin:	$\mu\text{mol/l}$
17.4. Hematocrit:	%	17.10. Glucose:	mmol/l
17.5. Na^+ :	mmol/l	17.11. SGOT:	U/L
17.6. K^+ :	mmol l	17.12. SGPT:	U/L
17.3. X quang:			
17.14. Khác:			

II. ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ VPMPCĐ

1. Các kháng sinh được sử dụng:

Ngày	Phác đồ sử dụng kháng sinh trong điều trị	Lý do đổi phác đồ
/ → / /		Hết thuốc <input type="checkbox"/>
		Bệnh nhân dị ứng với thuốc <input type="checkbox"/>
		Theo diễn biến bệnh <input type="checkbox"/>
		Khác..... <input type="checkbox"/>
/ → / /		Hết thuốc <input type="checkbox"/>
		Bệnh nhân dị ứng với thuốc <input type="checkbox"/>
		Theo diễn biến bệnh <input type="checkbox"/>
		Khác..... <input type="checkbox"/>
/ → / /		Hết thuốc <input type="checkbox"/>
		Bệnh nhân dị ứng với thuốc <input type="checkbox"/>
		Theo diễn biến bệnh <input type="checkbox"/>
		Khác..... <input type="checkbox"/>

2. Tác dụng không mong muốn:

a, Có ☐ Không ☐

b, Thuốc gặp phải tác dụng không mong muốn.

.....

c, Triệu chứng.....

III, MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC.

1. Tương tác thuốc: Có ☐ Không ☐

STT	Cặp tương tác	Mức độ	Ý nghĩa lâm sàng

2. Hiệu quả điều trị:

Khỏi ☐ Đỡ ☐ Không tiến triển ☐

Nặng hơn ☐ Tử vong ☐ Chuyển viện ☐