

- detecting colonic lesions requiring surgical treatment. *Int J Colorectal Dis*, 26(12), 1531-1540.
6. **Longcroft-Wheaton G.R, Higgins B, Bhandari P (2011).** Flexible spectral imaging color enhancement and indigo carmine in neoplasia diagnosis during colonoscopy: a large prospective UK series. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 23(10), 903-911.
7. **Matsuda T, Fujii T, Saito Y et al (2008).** Efficacy of the invasive/non-invasive pattern by

- magnifying chromoendoscopy to estimate the depth of invasion of early colorectal neoplasms. *Am J Gastroenterol*, 103(11), 2700-2706.
8. **Iwatate M, Ikumoto T, Sano Y et al (2011).** Diagnosis of neoplastic and non-neoplastic lesions and prediction of submucosal invasion of early cancer during colonoscopy. *Revista Colombiana de Gastroenterologia*, 26, 43-57.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM

Nguyễn Thị Nam Phong*, Nguyễn Khắc Minh*, Nguyễn Thị Tâm*,
Phạm Viết Tín*, Ngô Thị Nga*, Nguyễn Thị Đoan Trinh*,
Nguyễn Thanh Quang*, Trần Thị Thúy Nga*, Đỗ Thị Hồng Tươi**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kháng sinh là liệu pháp điều trị chính trong viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) ở trẻ em. Hiện nay, vi khuẩn gây VPCĐ thường có tỷ lệ đa kháng thuốc cao; do đó cần cập nhật tình hình sử dụng kháng sinh nhằm quản lý, đảm bảo sử dụng an toàn và hiệu quả. **Mục tiêu:** Phân tích tình hình sử dụng các liệu pháp kháng sinh đơn trị và phối hợp, hiệu quả điều trị và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị VPCĐ ở trẻ em 2 – 60 tháng tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu 360 bệnh án bệnh nhi từ tháng 09/2018-09/2019. **Kết quả:** Liệu pháp đơn trị nhóm betalactam chiếm ưu thế (92.6%). Trong các đơn trị, amoxicilin có tần suất sử dụng cao nhất (25,2%). Liệu pháp phối hợp betalactam và macrolid chiếm tỷ lệ cao nhất (53,7%) so với các phối hợp khác. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định kháng sinh có liều và nhịp đưa thuốc phù hợp với các hướng dẫn lần lượt là 81,4% và 94,4%. Hiệu quả điều trị VPCĐ trong vòng 48-72 giờ đầu thành công đạt 89,2%. Tiền sử bệnh, mức độ viêm phổi, tiền sử dùng kháng sinh và tính hợp lý về liều dùng thuốc là các yếu tố có liên quan với hiệu quả điều trị. **Kết luận:** Nhìn chung, việc chỉ định các liệu pháp kháng sinh, liều và nhịp dùng thuốc tại các bệnh viện đa phần phù hợp với khuyến cáo. Xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu để có thể cải thiện kết quả trên bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng, trẻ em, liệu pháp kháng sinh, hiệu quả điều trị

SUMMARY

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN: USED ANTIMICROBIAL THERAPIES

*Trường Đại học Kỹ thuật Y-Dược Đà Nẵng

**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hồng Tươi

Email: hongtuoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2021

Ngày duyệt bài: 23.8.2021

AND THE FACTORS INFLUENCING THE TREATMENT EFFECTIVENESS

Introduction: Antimicrobial therapies are the main treatment for Community-acquired pneumonia (CAP) in children. Nowadays, the high ratio of multidrug-resistant bacteria leads to updating the actual antibiogram to control and use antibiotics safely as well as effectively. **Objectives:** To study the use of mono and combination therapy, related factors of the effectiveness of the CAP treatment in children from 2-60 months of age. **Materials and methods:** A cross-sectional, retrospective study on 360 medical records of children hospitalized from September 2018 to September 2019 was conducted at some hospitals in Quang Nam province. **Results and discussions:** Mono-therapy with β -lactams (92.6%) predominates over combination therapy. Among the monotherapy, amoxicillin has the highest frequency of use (25.2%). Combination therapy with beta-lactam and macrolide accounted for the highest rate (53.7%) compared with other combinations. The rate of antibiotic use with an appropriate dose and timing administration was 81.4% and 94.4%, respectively. The success rate of CAP treatment reached 89.2% within the first 48-72 hours. The factors influencing the effectiveness of the treatment include the history of the patient, the severity of disease, the history of antibiotic use, and the appropriateness of the dose. **Conclusions:** In general, the indications of antibiotic therapy, dosage, and timing administration in hospitals are mostly under current guidelines. Factors affecting treatment effectiveness within 48-72 hours should be taken into consideration to improve patient outcomes.

Keywords: Community-acquired pneumonia, children, antibiotic therapy, treatment effectiveness

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là tình trạng nhiễm khuẩn nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện tần suất bệnh thay đổi theo mùa [1]. Viêm phổi có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng nặng nhất ở trẻ em và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối ở những bệnh nhi dưới 5 tuổi [2]. WHO

và nhiều phác đồ điều trị hiện nay khuyến cáo sử dụng kháng sinh để điều trị các trường hợp viêm phổi ở trẻ em [1], [3]. Tuy nhiên việc xác định tác nhân gây bệnh đa phần khó khăn ở những nơi ít khi dựa vào chẩn đoán vi sinh ban đầu, việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh điều trị chủ yếu là dựa theo kinh nghiệm. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp góc nhìn chi tiết về các kháng sinh đang được sử dụng tại địa phương, hiệu quả điều trị của các kháng sinh này trên VPCĐ ở trẻ em và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị. Từ đó làm cơ sở cho các nghiên cứu sâu hơn về độ nhạy cảm của các kháng sinh đang sử dụng với các vi khuẩn gây VPCĐ và xây dựng các chiến lược sử dụng kháng sinh hiệu quả tại miền Trung Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhi từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi được chẩn đoán VPCĐ điều trị nội trú ≥ 2 ngày, từ tháng 09/2018-09/2019 tại Khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Khu vực Quảng Nam (BVĐKKVQN), khoa Nội – Bệnh viện Nhi Quảng Nam (BVNQN), khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa miền núi phía Bắc Quảng Nam (BVĐKMNPBQN) theo quyết định số 2078/QĐ-UBND ngày 06/07/2018 và hợp đồng số 55/HĐ-SKHCN ngày 25/09/2018. Công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

tính cỡ mẫu: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$, với: p=0,15 (tần suất bệnh viêm phổi [4]; ε: mức độ chính xác mong muốn từ 0,1 đến 0,4; chọn ε = 0,25; $Z_{1-\alpha/2}^2$: là giá trị tin cậy có ý nghĩa thống kê 95%, Z = 1,96. Thực tế chọn n = 360 (120 bệnh nhân/bệnh viện).

Tiêu chí đánh giá và các biến số trong nghiên cứu

-Việc đánh giá liều dùng và khoảng cách giữa các lần dùng (nhịp đưa thuốc) dựa trên khuyến cáo của hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế [1], hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội bệnh nhiễm trùng nhi khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ 2011 (IDSA) [3],

Bảng 2: Kháng sinh đơn trị được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Tên kháng sinh	BVNQN	BVĐKMNPBQN	BVĐKKVQN	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Amoxicillin	29 (20,6)	4 (3,0)	69 (53,1)	102 (25,2)
Amoxicillin/Clavulanat	20 (14,2)	18 (13,4)	12 (9,2)	50 (12,3)
Ampicillin/Sulbactam	7 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (1,7)
Cephalexin	3 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,7)
Cefaclor	2 (1,4)	30 (22,4)	0 (0,0)	32 (7,9)

Dược thư quốc gia Việt Nam [5], Dược thư Anh (BNFC) [6]. Kháng sinh được sử dụng trong đơn nếu không thỏa mãn các qui định ghi trong hướng dẫn thì được đánh giá “chưa hợp lý”.

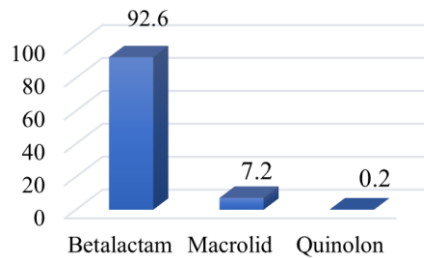
- Đánh giá hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu tiên dựa vào các triệu chứng ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Thành công khi các triệu chứng lâm sàng cải thiện giảm hoặc hết các dấu hiệu nguy hiểm (sốt, thở nhanh, co lõm lồng ngực). Thất bại khi các triệu chứng lâm sàng chính không cải thiện hoặc nặng hơn hoặc xuất hiện các dấu hiệu nguy hiểm lúc đầu không có [1].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1.1. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

Bảng 1: Liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm tại 3 bệnh viện trong vòng 48-72 giờ đầu

Liệu pháp KS	BVNQN n (%)	BVĐKMNPBQN n (%)	BVĐKKVQN n (%)	Tổng n (%)
Đơn trị	104 (86,7)	69 (57,5)	111 (92,5)	284 (78,9)
Phối hợp	16 (13,3)	51 (42,5)	9 (7,5)	76 (21,1)
Tổng	120 (100,0)	120 (100,0)	120 (100,0)	360 (100,0)



Hình 1: Các nhóm kháng sinh đơn trị được chỉ định tại ba bệnh viện

Ghi chú: n: số bệnh nhân được chỉ định liệu pháp kháng sinh đơn trị/phối hợp, KS: kháng sinh

Nhận xét: Liệu pháp đơn trị chiếm ưu thế (78,9%) trong toàn mẫu nghiên cứu. Đa số bệnh nhân được chỉ định nhóm betalactam (92,6%), gấp nhiều lần so với các nhóm còn lại.

Cefuroxim	12 (8,5)	1 (0,7)	19 (14,6)	32 (7,9)
Ceftizoxim	8 (5,7)	8 (6,0)	0 (0,0)	16 (4,0)
Ceftriaxon	10 (7,1)	21 (15,7)	3 (2,3)	34 (8,4)
Cefixim	2 (1,4)	4 (3,0)	3 (2,3)	9 (2,2)
Cefotaxim	39 (27,6)	29 (21,6)	0 (0,0)	68 (16,8)
Cefpodoxim	1 (0,7)	2 (1,5)	0 (0,0)	3 (0,7)
Cefoxitin	1 (0,7)	0 (0,0)	18 (13,8)	19 (4,7)
Erythromycin	7 (5,0)	2 (1,5)	0 (0,0)	9 (2,2)
Azithromycin	0 (0,0)	15 (11,2)	0 (0,0)	15 (3,7)
Clarithromycin	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (3,8)	5 (1,3)
Levofloxacin	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	1 (0,3)
Tổng	141 (100,0)	134 (100,0)	130 (100,0)	405 (100,0)

Ghi chú: n: số bệnh nhân được chỉ định kháng sinh.

Nhận xét: Các hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là amoxicillin, cefotaxim, amoxicillin/ clavulanat với tỷ lệ lần lượt là 25,2%, 16,8%, 12,3%. Những kháng sinh khác chiếm tỷ lệ nhỏ.

Bảng 3: Tính hợp lý về liều dùng và nhịp đưa thuốc trong vòng 48-72 giờ đầu

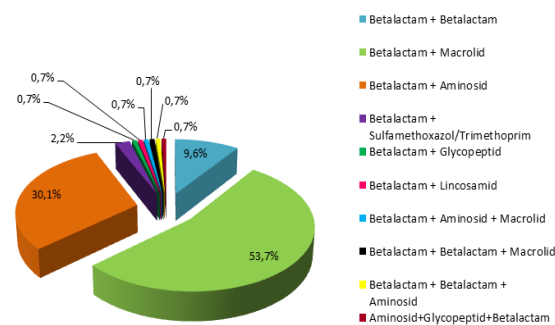
Đặc điểm liều/nhịp dùng	BVNQN	BVĐKMNPBQN	BVĐKKVQN	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Liều dùng	Hợp lý	106 (88,3)	85 (70,8)	102 (85,0)
	Không hợp lý	14 (11,7)	35 (29,2)	18 (15,0)
Tổng	120 (100,0)	120 (100,0)	120 (100,0)	360 (100,0)
Nhịp dùng	Hợp lý	105 (87,5)	116 (96,7)	119 (99,2)
	Không hợp lý	15 (12,5)	4 (3,3)	1 (0,8)
Tổng	120 (100,0)	120 (100,0)	120 (100,0)	360 (100,0)

Ghi chú: n: số bệnh nhân được chỉ định kháng sinh hợp lý/không hợp lý về liều dùng và nhịp đưa thuốc.

Nhận xét: Đa số kháng sinh được chỉ định đúng liều, chiếm 81,4%. Ở 2 bệnh viện BVNQN và BVĐKKVQN tỷ lệ này khá tương đồng. 94,4% trường hợp ở 3 bệnh viện có nhịp đưa thuốc kháng sinh phù hợp với khuyến cáo.

3.2. Phân tích hiệu quả điều trị VPCĐ trong vòng 48-72 giờ đầu và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị

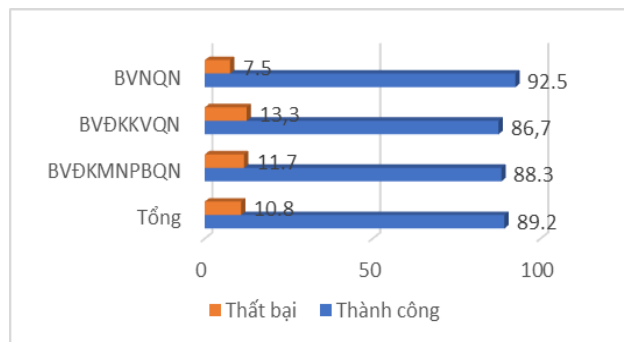
3.2.1. Hiệu quả điều trị VPCĐ trong vòng 48-72 giờ đầu



Hình 2: Các nhóm kháng sinh phối hợp

Nhận xét: Hình 2: Ở ba bệnh viện chủ yếu phối hợp 2 nhóm kháng sinh, trong đó betalactam + macrolid chiếm phần lớn (53,7%). Các loại kết hợp nhóm kháng sinh khác chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ.

Hình 3: Tỷ lệ điều trị thành công trong vòng 48-72 giờ đầu khá cao (89,2%), trong đó BVNQN đạt cao nhất (92,5%) và thấp nhất là BVĐKKVQN (86,7%).



Hình 3: Hiệu quả điều trị VPCĐ trẻ em trong vòng 48-72 giờ đầu

Bảng 4: Liên quan giữa các yếu tố và hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu

Các yếu tố	Hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu			
	Thành công (n)	Thất bại (n)	P	
1. Tuổi (tháng)	2 – dưới 12 tháng	105	17	0,175
	12 – 60 tháng	216	22	

2. Giới	Nam	172	26	0,121
	Nữ	149	13	
3. Kiểu sinh	Sinh thường	250	30	0,892
	Sinh mổ	71	9	
4. Tình trạng khi sinh	Sinh non	34	2	0,401*
	Sinh đủ tháng	287	37	
5. Tiền sử viêm phổi	Có	6	4	0,015*
	Không	315	35	
6. Mức độ viêm phổi	Viêm phổi	311	34	0,004
	Viêm phổi nặng	10	5	
7. Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	4	10	0,438*
	Không	317	38	
8. Bệnh kèm	Có	113	19	0,467
	Không	208	20	
9. Sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện	Có	49	12	0,048
	Không	182	10	
	Không rõ	90	29	
10. Liệu pháp kháng sinh	Đơn trị	254	30	0,750
	Phối hợp	67	9	
11. Liều dùng thuốc	Hợp lý	266	27	0,039
	Không hợp lý	55	12	
12. Nhịp đưa thuốc	Hợp lý	304	36	0,466*
	Không hợp lý	17	3	

Ghi chú: n: số bệnh nhân, *p < 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (Fisher's exact test), p < 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm (Chi-square test).

Nhận xét: Mức độ viêm phổi, tiền sử viêm phổi, sử dụng kháng sinh trước nhập viện, tính hợp lý về liều dùng là các yếu tố có liên quan đến hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm sử dụng kháng sinh. Đơn trị liệu kháng sinh chiếm 78,9% trong vòng 48-72 giờ đầu tại 3 bệnh viện (bảng 1). Ở những đối tượng không bệnh sử, không bệnh kèm hoặc không dùng kháng sinh trước đó, hay đã xác định được tác nhân gây bệnh, đơn trị vẫn là liệu pháp ưu tiên. Liệu pháp phối hợp chỉ đạt hiệu quả tốt hơn trong các trường hợp VPCĐ nặng hoặc đã điều trị bằng kháng sinh khoảng 3 tháng trước đó. Sử dụng phối hợp kháng sinh không phải lúc nào cũng đem lại hiệu quả và độ an toàn vượt trội, do đó, các bác sĩ cần nhắc đặc điểm của bệnh nhi và tình trạng bệnh trước khi sử dụng liệu pháp phối hợp.

Nhóm β -lactam được sử dụng với tần suất rất cao (92,6%) với hai phân nhóm là penicilin và cephalosporin (hình 1). Trong nhóm này, amoxicilin là hoạt chất được chỉ định nhiều nhất (25,2%), tiếp đến lần lượt là cefotaxim, amoxicilin/clavulanat, ceftriaxon, cefuroxim và một số cephalosporin thế hệ 2, 3 khác chiếm tỷ lệ nhỏ hơn (bảng 2). Các khuyến cáo trong nước cũng như trên thế giới đều cho thấy amoxicilin là kháng sinh được lựa chọn đầu tay cho các trường hợp viêm phổi dưới 5 tuổi [1], [3]. Tỷ lệ

nhóm macrolid và quinolon sử dụng ở cả ba bệnh viện thấp (hình 1), chỉ một trường hợp ở BVĐKKVQN được chỉ định levofloxacin. Nhìn chung, hai nhóm kháng sinh này không phải là khuyến cáo đầu tay của các hướng dẫn điều trị hiện nay ở cả trong và ngoài nước. Các kháng sinh macrolid chỉ nên được sử dụng trong trường hợp viêm phổi không điển hình gây ra hoặc nghi ngờ gây ra bởi *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* [1], [3]. Đối với các trường hợp được chỉ định nhiều nhóm kháng sinh, phối hợp β -lactam và macrolid chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,7% (hình 2). Mặc dù nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy phối hợp này có ưu điểm làm giảm tỷ lệ thất bại trong điều trị và làm ngắn hơn thời gian nằm viện ở trẻ lớn từ 6-18 và người trưởng thành [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu mới đây của Williams và cộng (2017) nhận thấy phối hợp β -lactam và macrolid không mang lại lợi ích lâm sàng so với liệu pháp đơn trị β -lactam ở trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện do VPCĐ [8]. Phổ biến thứ hai trong các lựa chọn phối hợp là kháng sinh β -lactam và aminosid với tần suất sử dụng là 30,1%. Mặc dù phối hợp này được khuyến cáo chỉ nên dùng trong trường hợp viêm phổi nặng hoặc các trường hợp trẻ sơ sinh dưới 3 tháng tuổi [1], tuy

nhiên số bệnh nhi viêm phổi nặng trong nghiên cứu ít (4,2%) và kết quả cho thấy việc kết hợp betalactam và aminosid khá phổ biến ở trường hợp viêm phổi nhẹ. Vì vậy, cần khuyến cáo bác sĩ cân nhắc chọn phối hợp này dựa trên độ tuổi của bệnh nhi, tác nhân gây bệnh và mức độ viêm phổi.

Tỷ lệ trung bình bệnh nhân ở ba bệnh viện được chỉ định liều dùng hợp lý là 81,4%, trong đó cao nhất là BVNQ (88,3%). Khoảng 11,7-29,9% bệnh nhi được kê đơn với liều dùng chưa hợp lý (bảng 3), đa phần cao hơn so với liều khuyến cáo như erythromycin, ampicillin/sulbactam, gentamycin, clarithromycin, cefoxitin. Một nghiên cứu cộng đồng tại vùng nông thôn Việt Nam, tỷ lệ các chủng *S. pneumoniae* đa kháng thuốc ở trẻ em tại đây cao đáng kể (60%), đề kháng với sulfamethoxazol 78%, tetracyclin 75%, erythromycin 70% [9]. BVĐKKVQ và BVĐKMNPBQ thuộc vùng nông thôn và miền núi, tình trạng đề kháng có thể xảy ra nhiều hơn do đó bác sĩ có xu hướng dùng liều cao để đáp ứng điều trị. Những trường hợp có nhịp đưa thuốc chưa hợp lý đều có đặc điểm là số lần dùng trong ngày thấp hơn so với các hướng dẫn, cụ thể ở các kháng sinh nhóm β -lactam và macrolid. Một lưu ý về động học của hai nhóm này là những kháng sinh diệt khuẩn phụ thuộc vào thời gian nên tốc độ và mức độ diệt khuẩn của chúng phụ thuộc chủ yếu vào thời gian vi khuẩn tiếp xúc với kháng sinh và ít phụ thuộc vào độ lớn của nồng độ thuốc trong máu [1]. Vì vậy, không tuân thủ nhịp đưa thuốc theo khuyến cáo có thể dẫn đến việc không duy trì được nồng độ thuốc trong máu và không đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất.

4.2. Hiệu quả điều trị VPCĐ trong vòng 48-72 giờ đầu tiên và các yếu tố liên quan.

Hiệu quả điều trị VPCĐ ở trẻ em tại ba bệnh viện đạt tỷ lệ cao (89,2%). Qua phân tích, nghiên cứu cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu tiên và một số yếu tố bao gồm tiền sử mắc viêm phổi, mức độ viêm phổi, sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện và tính hợp lý về liều dùng. Xét đến yếu tố tiền sử viêm phổi, nhóm trẻ em đã từng mắc VPCĐ có tỷ lệ thất bại cao hơn nhóm chưa mắc bệnh trước đó. Khi viêm phổi tái phát (có thể do sự bất thường cấu trúc ở thùy phổi [3]), tình trạng bệnh có thể khác so với lúc mới mắc ban đầu, cụ thể là tiến triển nhanh, bệnh trở nặng, nhiều biến chứng, gây ảnh hưởng đến hiệu quả cho những lần điều trị tiếp theo. Mức độ viêm phổi cũng là một trong các yếu tố

liên quan đến tỷ lệ thành công của điều trị. Kết quả của nhóm Adoo-Yobo (2004) đã khẳng định các trường hợp viêm phổi nặng có tỷ lệ thất bại điều trị cao hơn [10]. Nguyên nhân có thể là do các biểu hiện nghiêm trọng của viêm phổi nặng bao gồm ho, thở nhanh, khó thở, rút hõm lồng ngực, dấu hiệu tím tái, dẫn đến tình trạng bệnh diễn tiến phức tạp [1]. Kết quả cũng cho thấy sự liên quan giữa tiền sử sử dụng kháng sinh và hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu tiên. Báo cáo của Adoo-Yobo và cộng sự (2004) ghi nhận sử dụng kháng sinh trong 48 giờ trước khi nhập viện có liên quan đến thất bại điều trị. Ngoài ra, việc mua và uống kháng sinh không theo chỉ định của bác sĩ khá phổ biến ở Việt Nam. Điều này có thể dẫn đến tình trạng tăng đề kháng của các chủng vi khuẩn gây bệnh. Bên cạnh đó, nghiên cứu đã chứng minh có mối liên quan giữa tính hợp lý về liều dùng và hiệu quả điều trị trong vòng 48-72 giờ đầu. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định liều hợp lý càng cao thì khả năng thành công trong điều trị sẽ càng tăng. Để thực hiện được điều này, cần vận dụng nguyên tắc dược động học/dược lực học kháng sinh trên đối tượng trẻ em cũng như xem khía cạnh kháng sinh phụ thuộc thời gian, phụ thuộc vào nồng độ, tác dụng hậu kháng sinh, mức độ kháng thuốc của địa phương... để chọn chế độ liều dùng phù hợp [1], [3].

V. KẾT LUẬN

Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ ở trẻ em đa số tuân theo các hướng dẫn điều trị trong và ngoài nước. Liều pháp đơn trị được sử dụng phổ biến hơn, cụ thể nhóm kháng sinh β -lactam với hoạt chất amoxicillin. Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận một số trường hợp chọn liều dùng, nhịp đưa thuốc chưa hợp lý. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị là tiền sử bệnh viêm phổi, mức độ viêm phổi, tiền sử dùng kháng sinh và tính hợp lý về liều dùng thuốc. Từ đó, đội ngũ y tế cần liên tục tìm hiểu và cập nhật các phác đồ, chiến lược điều trị mới dựa trên các kháng sinh cũ để giảm tình hình kháng thuốc; tăng cường tiếp cận và tư vấn sử dụng kháng sinh cho người nhà bệnh nhân, góp phần nâng cao hiệu quả và độ an toàn trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. WHO. Antimicrobial resistance 2020 [updated 13 October 2020]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.

3. **Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al (2011).** The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older Than 3 Months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*,53(7),25-76.
4. **Quách Ngọc Ngân, Phạm Thị Minh Hồng (2014).** Đặc điểm lâm sàng và vi sinh của viêm phổi cộng đồng ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*,18(1),294-300.
5. **Hội đồng Dược thư quốc gia Việt Nam (2018).** Dược thư quốc gia Việt Nam. NXB Y học.
6. **The Paediatric Formulary Committee (2019).** BNF for children. Pharmaceutical Press, London.
7. **Ambroggio L, Taylor JA, Tabb LP, et al (2012).** Comparative effectiveness of empiric β -lactam monotherapy and β -lactam-macrolide combination therapy in children hospitalized with community-acquired pneumonia. *The Journal of pediatrics*,161(6),1097-103.
8. **Williams DJ, Edwards KM, Self WH, et al (2017).** Effectiveness of β -Lactam Monotherapy vs Macrolide Combination Therapy for Children Hospitalized With Pneumonia. *JAMA pediatrics*,171(12),1184-91.
9. **Hoa NQ, Trung NV, Larsson M, et al (2010).** Decreased Streptococcus pneumoniae susceptibility to oral antibiotics among children in rural Vietnam: a community study. *BMC infectious diseases*,10:85.

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC Ở NGƯỜI BỆNH NỮ GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TÁI HẤP THU CHỌN LỌC SEROTONIN

Nguyễn Phương Linh*, Nguyễn Văn Tuấn**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn chức năng tình dục là vấn đề phổ biến ở người bệnh nữ trầm cảm điều trị bằng thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRI). Tuy nhiên, tại Việt Nam vấn đề này chưa được nghiên cứu một cách cụ thể, mặc dù nó làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống sau này. **Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng không mong muốn chức năng tình dục ở người bệnh nữ giai đoạn trầm cảm điều trị bằng thuốc SSRI tại Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 3 thời điểm 58 người bệnh nữ trầm cảm điều trị bằng thuốc SSRI tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia từ tháng 09/2020 đến tháng 07/2021, sử dụng Chỉ số đánh giá chức năng tình dục nữ (FSFI). **Kết quả:** độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 39,23 \pm 12,69. Đau khi quan hệ tình dục chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,66% và thấp nhất là bôi trơn âm đạo với 67,24%. Điểm trung bình FSFI giảm từ 20,42 \pm 5,95 xuống 13,56 \pm 4,34 chứng minh sự suy giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 tại cả 2 thời điểm sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị. **Kết luận:** Rối loạn chức năng tình dục ở người bệnh nữ trầm cảm điều trị bằng SSRI phổ biến nhất là đau khi quan hệ tình dục. Sự suy giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01 sau 4 tuần điều trị.

Từ khóa: Rối loạn chức năng tình dục, nữ, thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin.

SUMMARY

SEXUAL DYSFUNCTION IN DEPRESSED FEMALES RECEIVING SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS

Background: Sexual dysfunction is a common problem in depressed female patients receiving selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). However, in Vietnam, there have been no studies on this issue, although it seriously affects treatment adherence as well as quality of life and the cost of medical services later. **Research objectives:** To evaluate side-effect on sexual dysfunction in female patients with depression treated with SSRIs at the National Institute of Mental Health. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study at 3 times of 58 depressed female patients treated with SSRIs at the National Institute of Mental Health from September 2020 to July 2021, using the Female Sexual Function Index (FSFI). **Results:** the general age of the group with sexual dysfunction was 39.23 \pm 12.69 years. Pain during vaginal penetration accounted for the highest percentage with 89.66% and the lowest was vaginal lubrication with 67.24%. The mean FSFI score decreased from 20.42 \pm 5.95 to 13.56 \pm 4.34 demonstrating a statistically significant decline with p < 0.01 at both time points after 2 weeks and after 4 weeks of treatment. **Conclusion:** The most common sexual dysfunction in depressed female patients treated with SSRIs was pain during vaginal penetration. The decline was statistically significant with p < 0.01 after 4 weeks of treatment.

Keywords: Female sexual dysfunction, selective serotonin reuptake inhibitors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm là một rối loạn cảm xúc thường gặp, theo tổ chức y tế thế giới (WHO) tỷ

*Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai

**Trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Linh

Email: linhleo1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2021

Ngày duyệt bài: 16.8.2021