

Các phân tích cho thấy mối tương quan giữa MIC vancomycin và kết quả điều trị. Nhiều báo cáo cho thấy nguy cơ thất bại điều trị tăng gấp ba lần và tăng tỷ lệ tử vong liên quan đến tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA) với nồng độ ức chế tối thiểu vancomycin (MIC) tăng cao ($\geq 1,5\mu\text{g/ml}$), nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đo lường chính xác MIC của vancomycin [7]. Chính vì vậy, việc đo chính xác MIC vancomycin là điều cần thiết để đảm bảo quản lý đúng các chủng MRSA, giảm việc sử dụng kháng sinh không phù hợp và giảm thiểu sự xuất hiện của các chủng kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MRSA/S. aureus tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 là 61,43% (86/140 chủng). Tỷ lệ MRSA phân lập được ở bệnh phẩm mù cao nhất (51,16%). Tất cả các chủng MRSA đều nhạy cảm với vancomycin. Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của vancomycin ở các chủng MRSA trong khoảng 0,5-2 $\mu\text{g/ml}$. Số chủng có MIC cao $\geq 1,5\mu\text{g/ml}$ (MIC creep) chiếm 51,17%. Các chủng MRSA đều có tỷ lệ kháng kháng sinh với các kháng sinh thông thường, nhất là nhóm β -lactam, các cephalosporin. Cần thực hiện các phương pháp xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của vancomycin đối với các chủng MRSA nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng có được lựa chọn điều trị hiệu quả đối với các nhiễm trùng do S. aureus kháng methicilin (MRSA).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thanh Nga (2014)**, "Tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết và khuynh hướng đề kháng sinh 5 năm từ 2008 – 2012 tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh 18 (Phụ bản của Số 2), tr. 485-490.

2. **Phùng Thị Thường, Đặng Văn Xuyên, Đoàn Mai Phương, Nguyễn Thái Sơn (2019)**, "Nghiên cứu nồng độ ức chế tối thiểu của vancomycin với các chủng Staphylococcus aureus phân lập từ bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nghiên cứu và thực hành nhi khoa, Số 2 (4-2019), tr.56-63
3. **Chia-Ning Chang, Wen-Tsung Lo, Ming-Chin Chan, et al (2017)**, "An investigation of vancomycin minimum inhibitory concentration creep among methicillin-resistant Staphylococcus aureus strains isolated from pediatric patients and healthy children in Northern Taiwan", Journal of Microbiology, Immunology and Infection, 50 (3), pp. 362-369.
4. **Clinical and Laboratory Standards Institute (2016)**, "Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing", 27th ed. CLSI supplement M100. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute.
5. **Moses et al. (2020)**, "Minimum Inhibitory Concentrations of Vancomycin and Daptomycin Against Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus Isolated from Various Clinical Specimens: A Study from South India", Cureus 12(1): e6749. DOI 10.7759/cureus.6749
6. **Raghabendra Adhikari, Narayan Dutt Pant, Sanjeev Neupane, et al (2017)**, "Detection of Methicillin Resistant Staphylococcus aureus and Determination of Minimum Inhibitory Concentration of Vancomycin for Staphylococcus aureus Isolated from Pus/Wound Swab Samples of the Patients Attending a Tertiary Care Hospital in Kathmandu, Nepal", Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology, Article ID 2191532, doi.org/10.1155/2017/2191532
7. **van Hal S.J., Lodise T.P., Paterson D.L. (2012)**, "The clinical significance of vancomycin minimum inhibitory concentration in Staphylococcus aureus infections: a systematic review and meta-analysis", Clin. Infect. Dis. 54(6), 755–771.
8. **World Health Organization (2017)**, "Global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics".

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG CHỈ ĐỊNH THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT XÔ

Trần Thị Lan Anh¹, Lê Vân Anh², Hoàng Thị Nguyệt Phương³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong và các bệnh tim mạch. Lựa

chọn thuốc hạ huyết áp thích hợp theo các hướng dẫn điều trị không chỉ giúp kiểm soát HA tốt mà còn làm giảm chi phí điều trị và các dịch vụ y tế khác. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích phân tích tính phù hợp của việc sử dụng thuốc điều trị THA về mặt phác đồ và chi phí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị liệu cao hơn phác đồ đơn trị liệu. Tỷ lệ HSBA chỉ định phác đồ đa trị liệu cố định liều (FDC) chiếm 15,9%. Chi phí thuốc điều trị THA trung bình theo phác đồ FDC cao nhất.

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô,

³Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lan Anh

Email: tranlananh7777@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2021

Ngày duyệt bài: 30.3.2021

Theo hướng dẫn của Hội Tim mạch học Việt Nam (VNHA) 2018, các bệnh mắc kèm có số HSBA được chỉ định phác đồ điều trị ban đầu phù hợp chiếm tỷ lệ cao là đái tháo đường (ĐTĐ), suy thận, đột quỵ. Có 38,2% HSBA thay đổi chỉ định thuốc. Các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí thuốc điều trị THA bao gồm: mức độ THA, số lượng bệnh mắc kèm, sự thay đổi chỉ định thuốc, phác đồ điều trị, số ngày điều trị. **Kết luận:** Phần lớn việc chỉ định các phác đồ điều trị THA trong mẫu nghiên cứu phù hợp với hướng dẫn của VNHA 2018. Số ngày điều trị và phác đồ điều trị là 2 yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chi phí thuốc điều trị THA.

SUMMARY

ANALYZING THE SITUATION OF INDICATION DRUGS TO TREAT HYPERTENSION AT THE DEPARTMENT OF CARDIOLOGY OF HUU NGHI VIET XO HOSPITAL

Background: Hypertension (THA) is the leading cause of death and cardiovascular disease. Choosing the right antihypertensive drug according to treatment guidelines not only helps to control blood pressure well, but also reduces the cost of treatment and other medical services. The aim of this study is analyzing the appropriateness of antihypertensive drug use in terms of protocol and cost. **Materials and methods:** Medical record of inpatients at the Cardiovascular Department of the Huu Nghi Viet Xo Hospital, using cross-sectional descriptive methods. **Results:** The rate of using multi therapy regimens is higher than that of monotherapy. The proportion of HSBA indicated in the fixed dose multi-treatment regimen (FDC) is 15.9%. Average cost of antihypertensive drugs in FDC regimen was highest. According to the guidelines of the Vietnam Heart Association (VNHA) 2018, comorbidities are indicated with appropriate regimen accounting for a high proportion such as diabetes, kidney failure, stroke. 38,2% of medical record changed drug designation. Factors affecting the cost of antihypertensive drugs include: level of hypertension, number of comorbidities, changes in drug indications, treatment regimen, and number of days treatment. **Conclusion:** Most of the indications for hypertension treatment regimens in the study sample are consistent with the guidelines of VNHA 2018. Days of treatment and treatment regimen are the two factors that most affect the cost of antihypertensive drug.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là một bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi với tỷ lệ mắc khoảng 72%, ngoài ra THA cũng là yếu tố nguy cơ chính của các bệnh tim mạch như suy tim, rung nhĩ, bệnh thận mạn, bệnh mạch máu ngoại vi và suy giảm chức năng nhận thức [4]. Kiểm soát huyết áp bằng thuốc có liên

3.2. Chỉ định thuốc điều trị THA ban đầu

Bảng 3.1. Các phác đồ điều trị ban đầu

Phác đồ điều trị ban đầu	HSBA (N=246)		Chi phí thuốc THA (VNĐ)			
	Số lượng	Tỉ lệ %	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	S.D

quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh tim mạch. Bệnh viện Hữu Nghị là bệnh viện tuyến trung ương có đối tượng đến khám chữa bệnh chủ yếu là người cao tuổi trong đó thuốc điều trị THA là nhóm thuốc chiếm phần lớn giá trị tiêu thụ tại bệnh viện. Tuy nhiên, bệnh viện vẫn chưa ban hành hướng dẫn điều trị riêng. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích thực trạng chỉ định thuốc điều trị THA tại bệnh viện theo phác đồ và chi phí sử dụng thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô năm 2020 có sử dụng thuốc điều trị THA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống được 246 HSBA đưa vào nghiên cứu

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

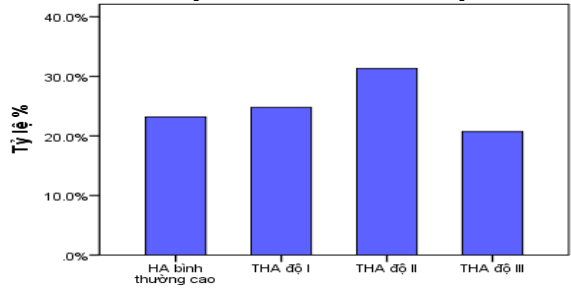
- Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel 2010. Kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS.

Biến định lượng: Tính giá trị trung bình, S.D, giá trị min, max

Phân tích hồi quy đa biến: với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân loại HSBA theo mức độ THA



Hình 3.1. Biểu đồ phân loại HSBA theo mức độ THA

Số HSBA THA độ II chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31,3%. Số HSBA có HA bình thường cao, THA độ I, III chiếm tỷ lệ tương đương lần lượt là 23,2% và 24,6% và 20,7%.

Phác đồ đơn trị liệu	97	39,8	1.925	231.829	50.075	45.818
Phác đồ đa trị liệu không cố định liều	109	44,3	5.615	473.358	87.704	72.481
FDC	40	15,9	26.356	301.004	107.756	61.311

Số HSBA được chỉ định phác đồ đa trị liệu chiếm tỷ lệ 60,2% trong đó phác đồ đa trị liệu không cố định liều chiếm 44,3%, phác đồ FDC chiếm 15,9%. Phác đồ đơn trị liệu chiếm tỷ lệ 39,8%. Phác đồ FDC có chi phí tiền thuốc trung bình cao nhất.

Đối với phác đồ FDC, dạng phối hợp thường được chỉ định nhiều nhất là ARB+CCB chiếm 42,5%. Các thuốc được chỉ định nhiều nhất là Coveram 5/5 (Perindopril 5mg + Amlodipin 5mg) và Twynsta 40/5 (Telmisartan 40mg + Amlodipin 5mg)

3.3. Đánh giá sự phù hợp về chỉ định thuốc điều trị THA ban đầu theo hướng dẫn của VNHA 2018

Bảng 3.2. Tỷ lệ HSBA được chỉ định thuốc điều trị phù hợp với bệnh mắc kèm

Bệnh mắc kèm	Chỉ định điều trị ban đầu phù hợp	Số HSBA	Tỷ lệ
ĐTĐ (n=70)	Nhóm ARB hoặc ACEI	60	85,7
Suy thận (n=29)	Nhóm ARB hoặc ACEI	24	82,7
Bệnh mạch vành (n=102)	Nhóm BB + ARB hoặc ACEI	52	50,1
Suy tim (n=22)	Nhóm BB + ARB hoặc ACEI	5	22,7
Đột quy (n=39)	Nhóm Thiazid/ARB/ACEI hoặc Thiazid + ARB/ACEI	28	74,4

Những bệnh mắc kèm có số HSBA được chỉ định thuốc phù hợp với hướng dẫn chiếm tỷ lệ cao bao gồm: Đái tháo đường (85,7%), Suy thận (82,7%) và Đột quy (74,4%). Bệnh mạch vành và suy tim tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 50,1% và 22,7%.

3.4. Sự thay đổi chỉ định thuốc điều trị THA

Bảng 3.3. Thay đổi chỉ định thuốc điều trị THA

Thay đổi chỉ định	Lần 1		Lần 2		Lần 3	
	Số HSBA	Tỷ lệ	Số HSBA	Tỷ lệ	Số HSBA	Tỷ lệ
Thêm thuốc	32	38,6	6	22,2	0	0
Giảm thuốc	12	14,5	4	14,8	1	50
Tăng liều	17	20,5	6	22,2	1	50
Giảm liều	2	2,4	0	0	0	0
Đổi thuốc	20	24,0	11	40,8	0	0
Tổng	94	100	27	100	2	100

Nhận xét: Có 94 HSBA thay đổi chỉ định thuốc chiếm 38,2%. Có 27 HSBA thay đổi thuốc 2 lần và 2 HSBA thay đổi thuốc 3 lần. Kiểu thay đổi chỉ định thuốc điều trị thuốc chủ yếu là thêm thuốc (38,6%), đổi thuốc (20%) và tăng liều (20,5%).

3.5. Phân tích một số yếu tố liên quan đến chi phí thuốc điều trị THA

Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến

Bảng 3.4. Kết quả phân tích hệ số hồi quy

Mô hình	Hệ số chưa chuẩn hóa		Hệ số chuẩn hóa	t	Mức ý nghĩa Sig.
	B	Sai số chuẩn	Beta		
Giới tính	0,008	0,048	0,009	0,171	0,864
Nhóm tuổi	-0,009	0,040	-0,011	-0,226	0,822
Số ngày điều trị	0,033	0,005	0,431	6,341	0,000
Mức độ THA	0,016	0,022	0,037	0,700	0,048
Số lượng bệnh mắc kèm	0,097	0,026	0,184	3,701	0,000
Phác đồ điều trị ban đầu	0,277	0,033	0,323	8,476	0,000
Thay đổi chỉ định thuốc	-0,225	0,047	-0,241	-4,742	0,000

Số ngày điều trị, mức độ THA, số lượng bệnh mắc kèm, phác đồ điều trị, thay đổi phác đồ điều trị ảnh hưởng đến chi phí thuốc (Sig <0,05). Số ngày điều trị ảnh hưởng nhiều nhất với giá trị beta = 0,431. Tiếp theo là phác đồ điều trị và thay đổi chỉ định thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Trong các bệnh án nghiên cứu, tỷ lệ HSBA có THA độ II, III (THA giai đoạn II) là 52% cao hơn so với tỷ lệ THA độ I (23,2%). Tỷ lệ HSBA có THA giai đoạn II trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây tại bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam và bệnh viện đa khoa Hữu Nghị Nghệ An (2006) tỷ lệ THA giai đoạn II (lần lượt là 82,45% và 80,5%) [1], [5]. Điều này có thể lý giải là hầu hết các bệnh nhân tại bệnh viện đã điều trị THA trước đó, HA đã được kiểm soát.

Các phác đồ được chỉ định ban đầu trong HSBA theo phân loại đơn trị liệu, đa trị liệu có tỷ lệ tương ứng là 39,8% và 60,2%. Tỷ lệ phác đồ đa trị liệu trong nghiên cứu các nghiên cứu trước đây cũng tương đồng (53,1% và 56%) [5], [6]. Theo VNHA 2018, phác đồ đa trị liệu với sự kết hợp 2 thuốc cần được ưu tiên ngay trong bước 1 nhất là với những bệnh nhân THA độ I nguy cơ TB, cao, rất cao và THA độ II, III. Đây là đối tượng bệnh nhân chủ yếu trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi.

Sử dụng phác đồ FDC làm tăng hiệu quả điều trị giúp kiểm soát HA tốt hơn, giảm gánh nặng dùng thuốc, cải thiện khả năng tuân thủ thuốc, giảm nhẹ các tác dụng phụ [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ chỉ định dạng phác đồ FDC trong mẫu nghiên cứu chưa cao. Có 15,9% số HSBA được chỉ định phác đồ FDC, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu tại Trung tâm y tế Từ Sơn Bắc Ninh (57%) [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phác đồ FDC có chi phí trung bình cao hơn phác đồ đa trị liệu không cố định liều. Kết quả này tương đồng với kết quả của một phân tích hồi cứu tại Anh: chi phí điều trị trung bình của dạng FDC là 191,49 bảng cao hơn dạng phối hợp các thuốc đơn lẻ là 189,35 bảng [8]. Một nghiên cứu thuần tập tại Mỹ cho thấy giá trị trung bình của dạng FDC (amlodipin kết hợp với benazepril) là 4.605 USD thấp hơn khi sử dụng các thuốc đơn lẻ là 8.531 USD [8]. Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô, một số thuốc FDC trong danh mục thuốc là thuốc biệt dược gốc do đó chi phí cao như Twynsta 40/5 (Telmisartan + Amlodipin) và Coveram 5/5 (Perindopril + Amlodipin), có giá trúng thầu tương ứng là 12.482 đồng/viên và 6.589 đồng/viên. Trong khi đó, các dạng phối hợp đa trị liệu không cố định liều được chỉ định chủ yếu tại bệnh viện có cùng dạng phối hợp về hoạt chất và hàm lượng với 2 dạng FDC trên là Actelsar 40 (Telmisartan - 3.840 đồng/viên) + Stadvos 5 (Amlodipine - 509 đồng/viên) hoặc Coversyl 5 (Perindopril - 5.650 đồng/viên) + Stadvos 5 có chi phí thấp hơn nhiều.

Đánh giá sự phù hợp về việc chỉ định thuốc điều trị THA ban đầu theo hướng dẫn của VNHA 2018, tỷ lệ HSBA được chỉ định phù hợp với hướng dẫn là khá cao 74,4%. Trong đó các bệnh nhân THA mắc kèm ĐTĐ, tỷ lệ chỉ định nhóm ARB/ACEI trong điều trị ban đầu là rất cao 85,7%. Tương tự nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam (80,7%) [5]. Đối với bệnh nhân THA mắc kèm suy thận tỷ lệ chỉ định phù hợp là 82,7% cao hơn nghiên cứu của Lê Hoàng Minh là 60% [5]. Đối với bệnh nhân mắc kèm là bệnh mạch vành và suy tim, VNHA 2018 khuyến cáo chỉ định nhóm BB trong bất kì bước nào [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ chỉ định nhóm thuốc này trong điều trị ban đầu còn chưa cao, chiếm 50,1% đối với bệnh mạch vành và 22,7% đối với suy tim. Nguyên nhân là do đối tượng bệnh nhân THA là người cao tuổi có các tình trạng bệnh lý mắc kèm như bệnh động mạch ngoại vi đặc biệt là nhịp chậm. Bên cạnh đó, tác dụng của nhóm BB được cho là kém hơn các nhóm khác và không nên sử dụng cho người cao tuổi. Do đó, việc chỉ định nhóm BB trên những bệnh nhân này vẫn còn bị hạn chế.

Tỷ lệ HSBA có thay đổi thuốc là 33,7%. Kiểu thay đổi chủ yếu là thêm thuốc, đổi thuốc và tăng liều. Nghiên cứu của tác giả Lê Hoàng Minh cho kết quả tỷ lệ thay đổi 13,1% là thấp hơn và kiểu thay đổi chủ yếu cũng là thêm thuốc, tăng liều hoặc đổi thuốc [5]. Nguyên nhân dẫn đến thay đổi thuốc phần lớn là bệnh nhân không đạt HA mục tiêu hoặc do tác dụng phụ của thuốc.

Để xác định mức độ ảnh hưởng của các yếu tố trên đến chi phí thuốc điều trị THA, nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích hồi quy đa biến. Trong đó số ngày điều trị có mức độ ảnh hưởng lớn nhất tiếp theo là phác đồ điều trị. Hai biến tuổi và giới tính không ảnh hưởng đến chi phí điều trị. Kết quả này cũng có một số điểm tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Hà (2012) tại bệnh viện đa khoa Lạng Sơn: thời gian điều trị và số bệnh mắc kèm có ảnh hưởng đến chi phí điều trị trực tiếp trên bệnh nhân THA trong đó thời gian điều trị càng dài chi phí điều trị trực tiếp càng tăng chủ yếu là tiền thuốc và tiền giường [2].

V. KẾT LUẬN

Phác đồ phối hợp thuốc được chỉ định nhiều hơn phác đồ đơn trị liệu. Có 15,9% HSBA chỉ định dạng FDC. Chi phí thuốc điều trị THA trung bình ở phác đồ đơn trị liệu < phác đồ đa trị liệu không cố định liều < phác đồ FDC đơn độc < phác đồ FDC + đơn/ đa trị liệu. Số HSBA được

chỉ định thuốc điều trị THA ban đầu phù hợp so với hướng dẫn của VNHA 2018 theo bệnh mắc kèm như đái tháo đường, suy thận, đột quỵ chiếm tỷ lệ cao. Có 38,2% HSBA thay đổi chỉ định thuốc. Số ngày điều trị và phác đồ điều trị ban đầu là hai yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến chi phí thuốc điều trị THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Trí Diễm (2005)**, "Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Hữu Nghị Nghệ An", Đại học Dược Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Hà (2012)**, "Phân tích chi phí điều trị trực tiếp cho bệnh nhân tăng huyết áp có bảo hiểm y tế tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2012", Đại học Dược Hà Nội.
3. **Trần Thị Thủy Hằng (2018)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa nội -

tổng hợp, Trung tâm Y tế Thị xã Từ Sơn - tỉnh Bắc Ninh", Đại học Dược Hà Nội.

4. **Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018)**, "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp".
5. **Lê Hoàng Minh (2016)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam", Đại học dược Hà Nội.
6. **Đinh Thị Ngọc Quyên (2017)**, "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa Nội, Bệnh viện đa khoa khu vực Cẩm Phả tỉnh Quảng Ninh", Đại học Dược Hà Nội.
7. **DiPette DJ (2019)**, "Fixed-dose combination pharmacologic therapy to improve hypertension control worldwide: Clinical perspective and policy implications", The Journal of Clinical Hypertension, 21 (1), pp.4-15.
8. **Kjeldsen SE (2012)**, "Are fixed-dose combination antihypertensives suitable as first-line therapy?", Current medical research and opinion, 28 (10), pp.1685-1697.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 60 THÁNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Đình Tuyền¹, Nguyễn Tấn Bình¹, Võ Thị Kim Dung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viêm phổi ở trẻ là một trong những bệnh hô hấp thường gặp nhất ở trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Theo thống kê gần đây nhất của WHO và UNICEF thì trên thế giới có đến gần 2 triệu trẻ em tử vong mỗi năm do viêm phổi^[8]. Tại Việt Nam, viêm phổi là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở các Bệnh viện nhi khoa và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ. Trẻ em tử vong do viêm phổi mỗi năm là 4.000 trẻ, chiếm 12% tổng số tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi^[4]. Tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi, từ năm 2017 đến 2020, viêm phổi trẻ em nhập viện khá lớn và tỉ lệ tử vong, chuyển tuyến còn cao. Chúng tôi muốn đánh giá tình trạng viêm phổi nặng tại địa phương để có biện pháp dự phòng thích hợp cho các bệnh nhi có nguy cơ cao. **Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Tất cả các trường hợp bệnh nhi từ 2 tháng đến 60 tháng tuổi nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc và khoa Nhi Hô hấp, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 10/2019 – 08/2020. **Kết quả:** Có 220 trẻ viêm phổi trong đó viêm phổi nặng chiếm 33,6%. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

rất ít gặp, thở nhanh là thường gặp nhất với tỷ lệ 100%. Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng chiếm tỷ lệ 58,1% (43/74). Nồng độ CRP huyết thanh tăng là 70,3% (52/74). Tổn thương thâm nhiễm phế nang chiếm cao nhất 70,3% (52/74). Các yếu tố có liên quan đến viêm phổi nặng gồm: tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ($p < 0,05$); mức độ suy dinh dưỡng ($p < 0,05$); thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày ($p < 0,001$). **Kết luận:** Viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao. Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân rất ít gặp, thở nhanh là dấu hiệu thường gặp nhất, số lượng bạch cầu máu ngoại vi và nồng độ CRP huyết thanh tăng cao. Tổn thương thâm nhiễm phế nang là thương gặp nhất trên X-quang ngực. Các yếu tố liên quan đến viêm phổi nặng là: tiền sử tiếp xúc người nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, suy dinh dưỡng, thời gian khởi bệnh ≥ 3 ngày.

Từ khóa: viêm phổi, viêm phổi nặng, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan của viêm phổi nặng

SUMMARY

STUDY ON THE REALITY AND SOME RELATED FACTORS OF SEVERE PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 - 60 MONTHS OLD IN QUANG NGAI HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Introduction: Pneumonia is one of the most common diseases in children, especially under 5 years old. According to the recent statistics of WHO and UNICEF, it is more than 2 million children died by pneumonia every year. In Vietnam, pneumonia is the leading source of hospitalization in Pediatric hospitals as well as mortality in children. There are 4000

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyền

Email: nguyendinh TUYEN889@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2021

Ngày duyệt bài: 25.3.2021