

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TUYỆT SÓNG TẠI TRUNG TÂM LIỀN VẾT THƯƠNG, BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Nguyễn Thị Thu Hương✉

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Mục đích: Thực trạng sử dụng và đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn, sử dụng kháng sinh tại Trung tâm Liên vết thương (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác).

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 173 bệnh nhân (trên 16 tuổi) tổn thương tủy sống, có vết thương mạn tính điều trị tại trung tâm liên vết thương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ 01/01/2019 đến 31/12/2019.

Kết quả: Kháng sinh được chỉ định bao gồm các nhóm β -lactam, quinolon, aminoglycosid và macrolid. Trong đó nhóm ampicillin + sulbactam có số lượt chỉ định cao nhất (139), tiếp theo là moxifloxacin (131 chỉ định) và cefepim (81 chỉ định). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh đơn độc (61,89%) cao hơn phác đồ kết hợp. Vẫn còn chỉ định có liều dùng (16,63%), khoảng cách đưa liều (22,73%) kháng sinh chưa phù hợp khuyến cáo.

Kết luận: Cần nghiên cứu xây dựng hướng dẫn lựa chọn kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn VTMT dựa trên đặc điểm dịch tễ của khoa cũng như hướng dẫn sử dụng với từng nhóm thuốc kháng sinh cụ thể trên các đối tượng bệnh nhân.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the actual situation and appropriateness of antibiotic use at Wound Healing Center, International Hospital of Burn

Subjects and methods: A retrospective study of 173 patients (over 16 years old) with chronic wounds treated at Wound Healing Center from January 1st, 2019, to December 31st, 2019.

Result: Four classes of antibiotics were prescribed: β -lactams, quinolones, aminoglycosid, and macrolides. The highest number of prescriptions was for ampicillin/sulbactam (139), followed by moxifloxacin (131) and cefepim (81). The rate of

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: thuhuongfc@gmail.com

Ngày gửi bài: 15/8/2025; Ngày nhận xét: 25/8/2025; Ngày duyệt bài: 26/10/2025

<https://doi.org/10.54804/>

monotherapy (61,89%) was higher than combination therapy. A total of 187 prescribing errors were identified, mainly related to dosage regimens.

Conclusion: *It is necessary to develop guidelines for the initial selection of antibiotics in the treatment of chronic wound infections, based on epidemiological characteristics, and to provide specific recommendations for the use of each antibiotic in different patient populations.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, số lượng bệnh nhân đến Trung tâm Liên vết thương (LVT) ngày càng tăng, mỗi năm thu dung hàng trăm bệnh nhân có vết thương phức tạp. Các bệnh nhân ở khoa liên vết thương đa số có bệnh nền như tổn thương cột sống, đái tháo đường, cao huyết áp... trong đó, bệnh nhân tổn thương tủy sống chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm chung các bệnh nhân này đều liệt, bại, yếu hoặc giảm cảm giác các chi dẫn đến kém hoặc không vận động, làm tăng nguy cơ và kéo dài điều trị các vết loét mạn tính.

Với đặc trưng Việt Nam có môi trường nóng ẩm, không khí ô nhiễm, rất khó để quản lý nhiễm khuẩn vết thương dẫn đến vết thương lâu lành, gây tổn kém cho người bệnh và kéo dài thời gian nằm viện. Bên cạnh đó, đề kháng kháng sinh ngày càng tăng, đặt ra thách thức không nhỏ cho các bác sỹ trong quá trình điều trị. Vì vậy việc quản lý sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị nhiễm khuẩn ở bệnh nhân có vết thương mạn tính không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả, rút ngắn thời gian điều trị mà còn hạn chế tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh.

Việc sử dụng kháng sinh hợp lý nhằm giảm thiểu tình trạng kháng kháng sinh cũng được Bộ Y tế hết sức chú trọng. Tháng 03/2016, Bộ Y tế đã ban hành

Quyết định số 772/QĐ-BYT về việc hướng dẫn thực hiện quản lý kháng sinh trong bệnh viện. Theo đó, khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh là một trong những bước cần thiết để có thể tiến hành một chương trình quản lý sử dụng kháng sinh có hiệu quả.

Xuất phát từ thực tế đó, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này với hai mục tiêu nghiên cứu thực trạng sử dụng và đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn, sử dụng kháng sinh tại Trung tâm Liên vết thương (Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác).

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành với bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2019.

2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

* Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu trên 173 bệnh án của bệnh nhân tổn thương tủy sống có vết thương mạn tính điều trị tại trung tâm LVT từ 01/01/2019 đến 31/12/2019

Tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh nhân trên 16 tuổi, có thời gian nằm viện ≥ 3 ngày, có chỉ định ít nhất 1 kháng sinh trong quá trình điều trị.

*** Phương pháp nghiên cứu:**

- Phân tích bệnh án, hồ sơ lưu trữ của các bệnh nhân theo các chỉ tiêu nghiên cứu.
- Thống kê, mô tả đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.
- Khảo sát thực trạng sử dụng và đánh giá tính hợp lý trong lựa chọn, sử dụng kháng sinh.

2.4. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 173 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,53 \pm 13,32$, tỷ lệ nam giới chiếm 80,34% (139/173), 89,91% (205) vết thương mạn tính nằm ở mông, cùng cụt/máu chuyển, ụ ngồi.

Bảng 3.1. Số lượng vết thương mạn tính

Số lượng VTMT	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
1 vết thương	104	60,11
2 vết thương	39	22,55
≥ 3 vết thương	30	17,34

Bảng 3.2. Thời gian nằm viện và độ dài đợt điều trị kháng sinh

	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian nằm viện (ngày)	$36,49 \pm 21,81$	7	112
Độ dài đợt sử dụng kháng sinh (ngày)	$16,57 \pm 7,95$	4	46

Thời gian trung bình sử dụng kháng sinh của bệnh nhân là $16,57 \pm 12,00$ ít hơn nhiều so với thời gian nằm viện trung bình là $33 \pm 19,36$.

Bảng 3.3. Số lần phẫu thuật trên mỗi bệnh nhân

Số lần phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0	8	4,63
1	116	67,05
2	32	18,49
3	9	5,20
4	7	4,05
5	1	0,58

Số lượng bệnh nhân thực hiện một lần phẫu thuật trong quá trình điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (67,05%).

Trong 173 bệnh nhân nghiên cứu, có 21 bệnh nhân được làm xét nghiệm vi

sinh, với tổng cộng 51 mẫu bệnh phẩm (50 mẫu mủ vết thương và 01 mẫu máu). Chủng vi khuẩn hay gặp nhất trong 34 mẫu cấy mủ dương tính là Trực khuẩn mủ xanh (32,35%).

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm vi sinh

Vi khuẩn			Số vết thương (n)	Tỷ lệ%
Một chủng vi khuẩn	Gram dương	<i>S. aureus</i>	11	32,35
		<i>S. hominis</i>	1	2,94
	Gram âm	<i>P. aeruginosa</i>	8	23,53
		<i>E. coli</i>	2	5,88
		<i>K. pneumoniae</i>	2	5,88
		<i>Pro.mirabilis</i>	6	16,67
		<i>E. cloacae</i>	1	2,94
		<i>Ser.marcescens</i>	1	2,94
Nhiều chủng vi khuẩn		<i>S. aureus</i> + <i>P. aeruginosa</i>	2	5,88
Tổng (n, %)			34	100

3.2. Thực trạng sử dụng và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh**Bảng 3.5. Lượt chỉ định và ngày sử dụng trung bình các kháng sinh**

Hoạt chất	Tên thương mại	Đường dùng	Số lượt chỉ định	Số ngày sử dụng trung bình
Amoxicillin + acid clavulanic	Augmentin	Uống	9	6,67 ± 1,66
Ampicillin + Sulbactam	Unasyn, Ama - Power	Tiêm	139	8,16 ± 2,64
	Unasyn 375	Uống	16	7,5 ± 2,37
Cefoperazon	Menzomi	Tiêm	29	8,17 ± 2,57
Cefoperazon + Sulbactam	Prazon S, Razocon, Sulperazon	Tiêm	67	7,61 ± 2,77
Cefpodoxim	Ceftopix	Uống	40	6,75 ± 2,68
Cefepime	Pimefast	Tiêm	81	8,81 ± 2,30
Meropenem	Meronem	Tiêm	2	7,00 ± 4,24
Moxifloxacin	Mikrobiel	Tiêm	59	7,90 ± 2,90
	Moxetero	Uống	72	7,93 ± 2,63
Ofloxacin	Ofloxacin, Goldoflo	Tiêm	11	6,64 ± 2,94
Levofloxacin	Levogolds	Tiêm	10	10 ± 0,47
Ciprofloxacin	Ciprobay 400mg/200mg	Tiêm	42	7,50 ± 2,40
	Ciprobay 500mg	Uống	4	5,25 ± 3,40
Amikacin	Amikacin	Tiêm	12	7,50 ± 2,81
Tobramycin	Medphatobra	Tiêm	34	8,88 ± 2,23
Netilmicin	Negabact	Tiêm	33	7,30 ± 2,88
Azithromycin	Garosi	Uống	19	6,74 ± 2,88

Nhận xét: Kháng sinh ampicillin + sulbactam được sử dụng nhiều nhất (139 chỉ định), tiếp theo là moxifloxacin (131 chỉ định) và cefepim (81 lượt). Các kháng sinh có thời gian sử dụng trung bình là 6 -10 ngày.

Bảng 3.6. Phác đồ kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân

Các phác đồ kháng sinh		Phác đồ kháng sinh ban đầu		Phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu	
		Số lượt (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượt (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ kháng sinh đơn độc	Aminoglycosid	2	1,16	2	0,66
	Cephalosporin	42	24,28	67	22,19
	Penicillin	32	18,50	48	15,89
	Quinolon	34	19,65	37	12,25
	Macrolid	6	3,47	5	1,66
Phác đồ kháng sinh kết hợp	Penicillin + aminoglycoside	3	1,73	24	7,95
	Penicillin + quinolone	20	11,56	31	10,26
	Penicillin + macrolid	2	1,16	1	0,33
	Cephalosporin + aminoglycoside	13	7,51	30	9,93
	Cephalosporin + quinolone	18	10,40	48	15,89
	Quinolon + aminoglycoside	0	0	2	0,66
	Quinolon + macrolid	1	0,58	3	0,99
	Quinolon + carbapenem	0	0	2	0,66
	Macrolid + aminoglycoside	0	0	1	0,33
	Penicillin + quinolon + aminoglycoside	0	0	1	0,33
Tổng (n, %)		173	100	302	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng phác đồ kháng sinh đơn độc (61,89%) cao hơn phác đồ kháng sinh kết hợp ở cả kháng sinh ban đầu và kháng sinh sau phác đồ ban đầu. Phác đồ đơn độc hay gặp nhóm cephalosporin (22,94%), phác đồ phối hợp được chỉ định nhiều nhất là cephalosporin + quinolon (13,89%).

Bảng 3.7. Số lượng kháng sinh và số phác đồ kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân

Số lượng kháng sinh sử dụng trên một bệnh nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	Số lần thay đổi phác đồ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
1	21	12,14	0 lần	29	16,76
2	46	26,59	1 lần	66	38,15
3	49	28,32	2 lần	41	23,70
4	20	11,56	3 lần	14	8,09
5	11	6,36	4 lần	10	5,78
6	11	6,36	5 lần	6	3,47
≥ 7	15	8,67	7 lần	5	2,89
TB số lượng kháng sinh/BN		2,24 ± 1,31	8 lần	1	0,58
			9 lần	1	0,58
			TB số phác đồ/BN		2,79 ± 1,76

Nhận xét: Đa số bệnh nhân sử dụng 2 kháng sinh trong suốt thời gian nằm viện. Số phác đồ kháng sinh sử dụng dao động từ 1 - 10 phác đồ, với giá trị trung bình là 2,79 ± 1,76 phác đồ/BN.

Bảng 3.8: Mức độ hiệu quả của các phác đồ kháng sinh

Phác đồ kháng sinh ban đầu									
	Phác đồ kháng sinh điều trị			Phác đồ kháng sinh dự phòng					
	n = 113			n = 60					
	Số lượt (n)	HQ	KHQ	Số lượt (n)	HQ	KHQ			
Phác đồ kháng sinh đơn độc	96 (82,30%)	81 (71,68%)	15 (13,27%)	21 (38,90%)	17 (28,33%)	4 (6,67%)			
Phác đồ kháng sinh kết hợp	18 (15,93%)	14 (12,39%)	4 (3,54%)	39 (65,00%)	37 (61,67%)	2 (3,33%)			
Phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu									
Các phác đồ kháng sinh	Phác đồ kháng sinh dự phòng (n = 156)			Phác đồ kháng sinh điều trị (n = 40)			Phác đồ kháng sinh thay thế (n = 106)		
	Số lượt (n)	HQ	KHQ	Số lượt (n)	HQ	KHQ	Số lượt (n)	HQ	KHQ
Phác đồ 1 kháng sinh	57 (36,54%)	52 (33,33)	5 (2,99)	25 (64,10)	24 (60,00)	1 (2,50)	77 (72,64)	71 (66,98)	6 (5,66)
Phác đồ 2 kháng sinh	99 (63,46)	94 (60,25)	5 (2,55)	14 (35,90)	14 (35,90)	0 (0)	29 (27,36)	27 (25,47)	2 (1,89)
Phác đồ 3 kháng sinh	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,5)	1 (2,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Nhận xét: Tỷ lệ phác đồ được đánh giá hiệu quả rất cao, chiếm 90,95% (432 phác đồ). Ở phác đồ kháng sinh điều trị, tỷ lệ lựa chọn phác đồ đơn độc cao (79,08%). Ở phác đồ kháng sinh dự phòng, phác đồ 2 kháng sinh được lựa chọn nhiều hơn (63,89%).

Bảng 3.9. Đánh giá về liều dùng 24 giờ của các kháng sinh

Hoạt chất	Biệt dược	Cao hơn khuyến cáo		Thấp hơn khuyến cáo	
		N	% trên tổng 475 phác đồ	N	% trên tổng 475 phác đồ
Amoxicillin + acid clavulanic	Augmentin 1g	5	1,05	0	0
Ampicillin + Sulbactam	Unasyn 1,5g, Ama - Power 1,5g	0	0	30	6,32
Cefoperazon + Sulbactam	Prazon S, Razocon, Sulperazon	0	0	21	4,42
Moxifloxacin	Mikrobiel	5	1,05	0	0
	Moxetero	1	0,21	0	0
Ofloxacin	Ofloxacin, Goldoflo	0	0	1	0,21
Ciprofloxacin	Ciprobay 400mg/200mg	0	0	3	0,63
Azithromycin	Garosi	13	2,74	0	0
Tổng số		24	5,05	55	11,59

Nhận xét: Có 5,05% phác đồ dùng liều cao hơn khuyến cáo và 11,59% phác đồ có liều dùng thấp hơn khuyến cáo. Trong đó chủ yếu rơi vào nhóm kháng sinh penicillin và cephalosporin.

Bảng 3.10. Đánh giá về khoảng cách đưa liều các kháng sinh

Hoạt chất	Biệt dược	Ngắn hơn khuyến cáo		Dài hơn khuyến cáo	
		n	%	n	%
Amoxicillin + acid clavulanic	Augmentin 1g	5	1,05	0	0
Ampicillin + Sulbactam	Unasyn 1,5g, Ama - Power 1,5g	0	0	58	12,21
Cefoperazon + Sulbactam	Prazon S, Razocon, Sulperazon	0	0	21	4,42
Cefpodoxim	Ceftopix	1	4,42	0	0
Moxifloxacin	Mikrobiel	5	1,05	0	0
	Moxetero	1	0,21	0	0
Ofloxacin	Ofloxacin, Goldoflo	0	0	1	0,21
Ciprofloxacin	Ciprobay 400mg/200mg	0	0	3	0,63
Azithromycin	Garosi	13	2,73	0	0
Tổng số		25	5,26	83	17,47

Nhận xét: Có 25 phác đồ (5,26%) có khoảng cách đưa liều ngắn hơn và 83 phác đồ (17,475%) có khoảng cách đưa liều (khoảng thời gian giữa 2 liều liên tiếp) dài hơn khuyến cáo. Trong đó, kháng sinh ampicillin + sulbactam chiếm tỷ lệ cao nhất (12,21%) về khoảng đưa liều không phù hợp.

4. BÀN LUẬN

Trên các bệnh nhân nghiên cứu, nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là penicillin/+ ức chế β -lactamase, quinolone và cephalosporin. Trong đó, hoạt chất ampicillin + sulbactam được chỉ định nhiều nhất (155 lượt), tiếp theo là moxifloxacin (131 lượt), tuy nhiên số đơn vị liều DDD/100 giường/ngày của moxifloxacin là cao nhất (6,68). Quinolone là nhóm kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng, có tác dụng

tốt trên nhiều nhóm vi khuẩn gram âm, gram dương, vi khuẩn không điển hình... nhưng đồng thời đây cũng là nhóm kháng sinh có nhiều tác dụng phụ và gây “tổn hại phụ cận”, vì vậy cần có biện pháp phù hợp để tránh lạm dụng nhóm thuốc này. Nhóm cephalosporin 3,4 và penicillin đều là những kháng sinh phổ rộng, có tác dụng trên vi khuẩn gram âm hiếu khí, gram dương (thường gặp trong vết thương mạn tính [14, 21]).

Qua khảo sát, ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng phác đồ kháng sinh đơn độc cao hơn phác đồ kháng sinh kết hợp. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh đơn độc trong nhóm phác đồ ban đầu cao hơn trong nhóm sau phác đồ ban đầu (67,05% - 52,65%). Tỷ lệ bệnh nhân có từ 2-3 vết loét chiếm 39,89%, số phác đồ kết hợp chiếm 57%, cao hơn tỷ lệ bệnh nhân 2,3 vết loét, điều

này cho thấy việc phối hợp kháng sinh không chỉ dựa vào số lượng vết loét mà còn liên quan mức độ nặng, độ rộng của vết loét.

Hầu hết các bệnh nhân đều được chỉ định 1 - 3 kháng sinh (12,14% - 26,59% - 28,32%), có 8,67% bệnh nhân dùng bảy kháng sinh trở lên trong suốt quá trình điều trị. Về phác đồ kháng sinh, số lượng phác đồ dao động từ 1-10 phác đồ, giá trị trung bình là $2,79 \pm 1,76$ phác đồ/BN (tức là các BN chủ yếu dùng 2 phác đồ kháng sinh), 83,24% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ kháng sinh. Cá biệt, có 1 bệnh nhân sử dụng 9 phác đồ kháng sinh trong suốt quá trình điều trị (bảng 3.4). Có 29 trường hợp phác đồ chỉ kéo dài 2-3 ngày, tuy nhiên đa số là do nguyên nhân bắt buộc như đổi kháng sinh theo kết quả vi sinh, chuyển uống - tiêm theo tình trạng bệnh nhân, bệnh nhân dị ứng, hết thuốc, bệnh nhân ra viện,... Chỉ có 7 trường hợp đổi kháng sinh chưa hợp lý với thuốc có phổ tương đương và không có lý do bắt buộc như trên. Đối với những bệnh nhân phải thay đổi phác đồ nhiều lần thì cần phải xem xét lại một cách cẩn thận các kháng sinh đã dùng để kiểm tra nguyên nhân của sự thay đổi đó.

Phác đồ kháng sinh ban đầu được sử dụng với 2 mục đích là kháng sinh điều trị ban đầu khi bệnh nhân vào viện và kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật. Phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu có 3 mục đích sử dụng là phác đồ kháng sinh dự phòng phẫu thuật (51,66%), phác đồ kháng sinh thay thế (35,10%) và phác đồ kháng sinh điều trị (13,24%). Điều này cho thấy việc thay đổi phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu chủ yếu là do bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

Ở phác đồ kháng sinh điều trị, đặc biệt là điều trị ban đầu tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh đơn độc là chủ yếu (79,08%), hiệu quả cao (83,47%); phác đồ kháng sinh kết hợp chiếm 21,56% có tỷ lệ hiệu quả 87,88%. Trong các phác đồ điều trị, kháng sinh quinolon thường được sử dụng, ở cả dạng phối hợp hay đơn độc, trong đó quinolon được chỉ định nhiều nhất là moxifloxacin.

Ở phác đồ kháng sinh dự phòng, tỷ lệ sử dụng kháng sinh đơn độc (35%) thấp hơn phác đồ kháng sinh kết hợp (65%) rất nhiều. Trong đó cặp kháng sinh penicillin + quinolon và cephalosporin + quinolon xuất hiện nhiều nhất trong phác đồ kháng sinh dự phòng. Tỷ lệ cao bệnh nhân sử dụng phác đồ kháng sinh phối hợp có thể còn do số lượng ca phẫu thuật bản và phẫu thuật nhiễm trong mẫu nghiên cứu lớn. Theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế 2015, với các phẫu thuật bản và nhiễm, ngoài mục đích dự phòng, kháng sinh sử dụng trên các bệnh nhân này còn đóng vai trò điều trị [2].

Phác đồ kháng sinh thay thế chủ yếu là phác đồ 1 kháng sinh (72,64%) nhiều hơn hẳn so với phác đồ 2 thuốc (27,36%), với tỷ lệ đạt thành công cao (92,45%). Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là phác đồ quinolon (35,06%), cephalosporin (21,70%) và penicillin (19,81%). Phác đồ kháng sinh thay thế là các phác đồ kháng sinh sau phác đồ điều trị hoặc phác đồ dự phòng hiệu quả nhưng vẫn tiếp tục được sử dụng kháng sinh do thay đổi kháng sinh theo chu kỳ hay là "liệu pháp xuống thang" của phác đồ trước đó. Với tính chất này, việc sử dụng kháng sinh quinolon với tỷ lệ cao nhất (dù dạng tiêm hay uống) cần được cân nhắc.

Kháng sinh ampicillin/sulbactam có cách sử dụng chưa phù hợp nhiều nhất, với 30 ca có liều dùng thấp hơn khuyến cáo (dưới 1,5g x 3 lần/ngày) và 58 chỉ định có khoảng cách đưa liều dài hơn quy định (dưới 3 lần/ngày). Ampicillin/sulbactam kháng sinh phụ thuộc thời gian, do đó tần suất đưa thuốc rất quan trọng trong điều trị. Việc liều thuốc thấp hơn khuyến cáo hay tần suất đưa thuốc không đủ dẫn đến không đủ nồng độ điều trị trong huyết thanh, do đó giảm hiệu quả điều trị và tăng nguy cơ đề kháng thuốc. Riêng với nhóm kháng sinh azithromycin, đa số các chỉ định đều cao hơn liều khuyến cáo.

5. KẾT LUẬN

Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị vết thương mạn tính trên bệnh nhân tổn thương tủy sống tại Trung tâm liên vết thương cho hiệu quả điều trị cao (90,95%). Tuy nhiên cần cân nhắc thận trọng hơn với các chỉ định kháng sinh nhóm quinolon (197 lượt chỉ định, trong đó moxifloxacin chiếm 131 lượt chỉ định). Cần nghiên cứu xây dựng hướng dẫn lựa chọn kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn VTMT dựa trên đặc điểm dịch tễ của khoa, viện cũng như hướng dẫn sử dụng với từng nhóm thuốc kháng sinh cụ thể cho các đối tượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2007), Dược lý học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Cục khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2008), Phục hồi chức năng tổn thương tủy sống, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Cao Thị Thanh Mai (2016), Khảo sát sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện nội tiết trung ương, Khoa luận tốt nghiệp dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội.
5. Đinh Văn Hân (2015), Những điều cần biết về vết thương mạn tính, Viện Bỏng Quốc gia, Hà Nội.
6. Đỗ Thị Lan Hương (2011), Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bàn chân tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai, Khoa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Đại học Dược Hà Nội.
7. Huỳnh Minh Dương và cộng sự (2014), Khảo sát loét tì đè tại Khoa nội, Ngoại thần kinh Bệnh viện đa khoa Cà Mau năm 2013 - 2014, Nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.
8. Nguyễn Đạt Anh (2016), Hướng dẫn điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, Nhà xuất bản Y học, Hà nội
9. Nguyễn Tiến Dũng và cộng sự (2015), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ vết thương cấp và mạn tính tại Khoa Liên vết thương - Viện Bỏng Quốc Gia năm 2014". Tạp chí Y học thảm họa và Bỏng. (5).