

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC NĂM 2024

Nguyễn Thị Hồng Thắm^{✉1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2},
Ngô Minh Đức^{1,2}, Đặng Thị Thủy³

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, ²Học viện Quân y,

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 400 bệnh án nội trú có sử dụng kháng sinh, được lựa chọn từ quần thể 3063 bệnh nhân điều trị nội trú có sử dụng ít nhất một kháng sinh trong năm 2024; mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp phân tầng theo khoa lâm sàng. Các chỉ tiêu phân tích bao gồm đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm sử dụng kháng sinh và tính hợp lý trong sử dụng.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận 879 đợt sử dụng kháng sinh, trung bình $2,20 \pm 1,54$ đợt/bệnh nhân. Số kháng sinh sử dụng trung bình là $3,08 \pm 1,40$ thuốc/bệnh nhân, với thời gian sử dụng trung bình $7,17 \pm 3,04$ ngày. Phác đồ đơn kháng sinh chiếm 61,9%, trong khi phác đồ phối hợp chiếm 38,1%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý đạt mức cao về liều dùng, khoảng cách liều và phối hợp kháng sinh, lần lượt là 98,2%, 97,6% và 95,2%. Trong các khoa lâm sàng, Khoa Hồi sức cấp cứu là đơn vị có mức sử dụng kháng sinh cao nhất.

Kết luận: Việc sử dụng kháng sinh nhìn chung hợp lý về liều dùng, khoảng cách liều và phối hợp. Tuy nhiên, cần tiếp tục tối ưu hóa chiến lược sử dụng kháng sinh, đặc biệt trong phối hợp và thời gian điều trị.

Từ khóa: Kháng sinh, sử dụng hợp lý, bệnh nhân nội trú, bỏng

ABSTRACT

Objective: To analyze antibiotic use in inpatients at Le Huu Trac National Burn Hospital in 2024.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 400 medical records of inpatients who received antibiotics, selected from a population of 3,063

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hồng Thắm, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: dsthamvbqg@gmail.com

Ngày gửi bài: 10/6/2026; Ngày nhận xét: 28/6/2026; Ngày duyệt bài: 15/7/2026

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

in patients who received at least one antibiotic in 2024. Stratified sampling by clinical departments was applied. The analyzed variables included patient characteristics, patterns of antibiotic use, and the appropriateness of antibiotic use.

Results: The study recorded 879 antibiotic treatment courses, with a mean of 2.20 ± 1.54 courses per patient. The mean number of antibiotics used was 3.08 ± 1.40 agents per patient, and the mean duration of antibiotic therapy was 7.17 ± 3.04 days. Monotherapy accounted for 61.9% of regimens, whereas combination therapy accounted for 38.1%. The rates of appropriate antibiotic use were high in terms of dosage, dosing interval, and antibiotic combination, at 98.2%, 97.6%, and 95.2%, respectively. Among the clinical departments, the Intensive Care Unit had the highest level of antibiotic use.

Conclusion: Antibiotic use was generally appropriate in terms of dosage, dosing interval, and combination therapy. However, antibiotic use strategies, particularly regarding combination therapy and treatment duration, should continue to be optimized.

Keywords: Antibiotics, rational use, inpatients, burns

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến trong điều trị nội trú, giữ vai trò quan trọng trong kiểm soát nhiễm khuẩn, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm biến chứng. Tuy nhiên, sử dụng kháng sinh không hợp lý, đặc biệt là sử dụng phổ rộng kéo dài, phối hợp không cần thiết hoặc không điều chỉnh theo kết quả vi sinh, có thể làm tăng tác dụng không mong muốn, chi phí điều trị và thúc đẩy tình trạng kháng kháng sinh [1], [2].

Bệnh nhân bỏng và vết thương mạn tính là nhóm có nguy cơ nhiễm khuẩn cao do mất hàng rào bảo vệ da, hoại tử mô, thời gian nằm viện kéo dài, phẫu thuật nhiều lần và thường có các can thiệp xâm lấn. Nhiễm khuẩn ở nhóm bệnh nhân này không chỉ liên quan đến vết thương tại chỗ mà còn có thể tiến triển thành nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng, đặc biệt ở bệnh nhân bỏng nặng hoặc điều trị hồi sức. Các tác nhân thường gặp gồm *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*/MRSA và *Klebsiella pneumoniae*. Đây cũng là

những căn nguyên thường có khả năng đa kháng thuốc, kháng thuốc mở rộng hoặc toàn kháng thuốc, làm hạn chế lựa chọn điều trị và đặt ra yêu cầu phải sử dụng kháng sinh thận trọng, có định hướng theo mô hình vi khuẩn và kháng sinh đồ [3], [4].

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác là cơ sở chuyên khoa tuyến cuối về điều trị bỏng, vết thương và di chứng bỏng, tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng, có nguy cơ nhiễm khuẩn cao và nhu cầu sử dụng kháng sinh lớn. Mặc dù hoạt động điều trị nhiễm khuẩn và quản lý sử dụng kháng sinh đã được triển khai trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện, dữ liệu tổng hợp định kỳ về mô hình sử dụng kháng sinh, đặc điểm phối hợp, mức độ phù hợp trong kê đơn và sự khác biệt giữa các khoa lâm sàng vẫn cần được hệ thống hóa và cập nhật. Đây là cơ sở quan trọng để nhận diện các điểm cần can thiệp trong hoạt động dược lâm sàng, xây dựng kháng sinh đồ định kỳ, rà soát phác đồ và hỗ trợ chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện [5].

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Phân tích

tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác trong năm 2024 có sử dụng kháng sinh.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, điều trị nội trú trong năm 2024, có sử dụng ít nhất một kháng sinh và hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về thuốc, liều, đường dùng và thời gian sử dụng. Các bệnh nhân thuộc Khoa Bổng trẻ em trong nghiên cứu đều là bệnh nhân ≥ 18 tuổi được điều trị tại khoa này trong giai đoạn nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có thời gian nằm viện < 24 giờ hoặc hồ sơ bệnh án thiếu thông tin quan trọng không đủ để xác định mô hình sử dụng kháng sinh.

2.2. Phương pháp

a) Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

$$n = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / d^2$$

Với mức tin cậy 95%; $p = 0,5$; sai số $d = 0,05$ và tổng bệnh nhân điều trị nội trú có sử dụng ít nhất một kháng sinh là 3063, thu được cỡ mẫu tối thiểu là 384 bệnh án. Nghiên cứu lựa chọn 400 bệnh án để phân tích. Mẫu được chọn theo phương pháp phân tầng theo khoa lâm sàng, sau đó chọn ngẫu nhiên trong từng khoa.

* *Nội dung/chỉ số nghiên cứu:*

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, khoa điều trị

- Đặc điểm bệnh lý: Nguyên nhân tổn thương

- Đặc điểm sử dụng kháng sinh: Số đợt điều trị liên tục, số thuốc, thời gian sử dụng, phác đồ (đơn kháng sinh/phối hợp)

- Đánh giá tính hợp lý: Liều dùng, khoảng cách dùng, phối hợp, thời gian điều trị dựa vào Quyết định 5631/QĐ-BYT năm 2020 về hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, hướng dẫn sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân bồng có dấu hiệu Sepsis của bệnh viện và các tờ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của các nhà sản xuất.

b) Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel. Biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỷ lệ (%); biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Bổng Quốc gia Lê Hữu Trác và đã được phê duyệt theo Quyết định giao nhiệm vụ đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở số 446/QĐ-BVB, ngày 18/04/2025 của Giám đốc Bệnh viện. Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp, sử dụng dữ liệu thứ cấp từ hệ thống quản lý thuốc và hồ sơ điều trị nội trú; thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu được trình bày tại Bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm (n = 400)	Số lượng (%)
Tuổi (năm)	
18 - 59 tuổi	299 (74,75%)
≥ 60 tuổi	101 (25,25%)
Giới tính	
Nam	275 (68,75%)
Nữ	125 (31,25%)
Khoa điều trị	
Liên vết thương (LVT)	146 (36,50%)
Phẫu thuật tạo hình (PTTH)	74 (18,50%)
Hồi sức cấp cứu (HSCC)	42 (10,50%)
Bồng trẻ em (BTE)	9 (2,25%)
Bồng người lớn (BNL)	129 (32,25%)

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi 18 - 59 (74,75%), nam giới

chiếm (68,75%). Phân bố bệnh nhân tập trung chủ yếu tại Trung tâm Liên vết thương và Bồng người lớn.

3.2. Đặc điểm bệnh lý bệnh nhân

Đặc điểm bệnh lý cho thấy nhóm bệnh nhân vết thương mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 157 trường hợp (39,25%), tiếp theo là bỏng nhiệt khô với 88 trường hợp (22,00%) và sẹo, di chứng bỏng với 64 trường hợp (16,00%). Các nguyên nhân khác bao gồm bỏng điện với 42 trường hợp (10,50%), bỏng nhiệt ướt với 21 trường hợp (5,25%) và các nguyên nhân khác với 28 trường hợp (7,00%).

3.3. Đặc điểm phác đồ sử dụng kháng sinh

Đặc điểm lựa chọn phác đồ kháng sinh được trình bày tại Bảng 3.2.

Bảng 3.2. Đặc điểm phác đồ kháng sinh trong điều trị

Phác đồ (n = 879)	Số lượng	Tỷ lệ %
1. Phác đồ đơn kháng sinh	544	61,90
Cephalosporin	437	49,70
Quinolone	97	11,00
Khác	10	1,14
2. Phác đồ phối hợp	335	38,10
Phối hợp 2 kháng sinh	312	35,50
Cephalosporin + Quinolone	201	22,90
Cephalosporin + Aminoglycoside	56	6,40
Khác	55	6,25
Phối hợp ≥ 3 kháng sinh	23	2,60

Nhận xét: Phác đồ đơn kháng sinh chiếm ưu thế với 61,9%, trong đó cephalosporin được sử dụng nhiều nhất (49,7%), tiếp theo là quinolone (11,0%). Trong nhóm phối hợp (38,1%), phần lớn là phối hợp 2 kháng sinh (35,5%), trong khi phối hợp từ 3 kháng sinh trở lên chiếm tỷ lệ

thấp (2,6%). Các phác đồ phối hợp chủ yếu là cephalosporin kết hợp quinolone (22,9%) và cephalosporin kết hợp aminoglycoside (6,4%).

3.4. Mức độ sử dụng kháng sinh

Mức độ sử dụng kháng sinh được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3.3. Mức độ sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân

Chỉ tiêu	Số lượng
Tổng số bệnh án nghiên cứu	400
Tổng số đợt kháng sinh	879
Số đợt kháng sinh trung bình/bệnh nhân	$2,20 \pm 1,54$
Số đợt kháng sinh tối thiểu - tối đa/bệnh nhân	1 - 10
Số kháng sinh trung bình/bệnh nhân	$3,08 \pm 1,4$
Số kháng sinh tối thiểu - tối đa/đợt điều trị	1 - 3
Số ngày sử dụng kháng sinh trung bình/đợt KS	$7,17 \pm 3,04$
Số ngày sử dụng kháng sinh tối thiểu - tối đa	1 - 21

Nhận xét: Trong 400 bệnh án, ghi nhận 879 đợt kháng sinh, trung bình $2,20 \pm 1,54$ đợt/bệnh nhân, cho thấy nhiều bệnh nhân phải sử dụng kháng sinh qua nhiều đợt điều trị. Số kháng sinh trung bình là $3,08 \pm 1,4$ thuốc/bệnh nhân, phản ánh tình trạng phối hợp hoặc thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị. Thời gian sử dụng kháng

sinh trung bình là $7,17 \pm 3,04$ ngày, với khoảng dao động rộng giữa các bệnh nhân.

3.5. Tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh

Kết quả đánh giá tính hợp lý được trình bày tại Bảng 4.

Bảng 3.4. Tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh

Tiêu chí	Phân loại	Đợt KS (n)	Tỷ lệ (%)
Liều dùng so với khuyến cáo	Phù hợp	863	98,2%
	Không phù hợp	16	1,8%
Khoảng cách dùng	Phù hợp	858	97,6%
	Không phù hợp	21	2,4%
Phối hợp kháng sinh	Phù hợp	319	95,2%
	Không phù hợp	16	4,8%
Thời gian sử dụng	< 3 ngày	97	11,0%
	3 - 14 ngày	772	87,8%
	> 14 ngày	10	1,1%

Nhận xét: Việc sử dụng kháng sinh nhìn chung đạt mức độ phù hợp cao, với tỷ lệ đúng liều đạt 98,2%, khoảng cách dùng phù hợp đạt 97,6% và phối hợp kháng sinh phù hợp đạt 95,2%. Phần lớn các đợt điều trị có thời gian sử dụng từ 3 - 14 ngày (87,8%), tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp sử dụng dưới 3 ngày (11,0%) hoặc

trên 14 ngày (1,1%) cần được xem xét thêm về tính hợp lý.

3.6. Đặc điểm sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân theo các khoa lâm sàng

Nhằm làm rõ sự khác biệt trong đặc điểm sử dụng kháng sinh giữa các khoa lâm sàng, bao gồm mức độ sử dụng, hình

thức phác đồ và số lượng kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân, các chỉ tiêu này được tổng hợp và trình bày tại Bảng 5:

Bảng 3.5. Đặc điểm sử dụng kháng sinh theo khoa lâm sàng

Khoa	Số BN	Tổng số đợt KS (n)	Số đợt KS trung bình/BN	Phác đồ đơn kháng sinh (n)	Phác đồ phối hợp (n)	Số KS trung bình/BN
LVT	146	381	2,61	224	157	3,69
PTTH	74	142	1,92	140	2	1,95
HSCC	42	109	2,6	5	104	5,38
BTE	9	22	2,44	14	8	3,33
BNL	129	225	1,74	161	64	2,24

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự khác biệt về mức độ và đặc điểm sử dụng kháng sinh giữa các khoa lâm sàng. Khoa Hồi sức và Liền vết thương có số đợt kháng sinh trung bình và số kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân cao hơn so với các khoa khác. Phác đồ đơn kháng sinh chiếm ưu thế tại các khoa Phẫu thuật tạo hình và Bỏng người lớn, trong khi khoa Hồi sức có tỷ lệ sử dụng phác đồ phối hợp cao hơn rõ rệt.

3. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác có một số đặc điểm khác biệt so với nhiều cơ sở điều trị nội trú thông thường, do bệnh viện tiếp nhận chủ yếu bệnh nhân bỏng, vết thương mạn tính, di chứng bỏng và các trường hợp cần can thiệp ngoại khoa nhiều lần. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ nhiễm khuẩn cao do mất hàng rào bảo vệ da, hoại tử mô, thời gian nằm viện kéo dài và nguy cơ phơi nhiễm với vi khuẩn bệnh viện. Các tác nhân thường gặp trong nhiễm khuẩn bỏng như *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*/MRSA thường có xu hướng kháng thuốc cao, làm

cho việc lựa chọn kháng sinh ban đầu và điều chỉnh phác đồ trong quá trình điều trị trở nên phức tạp [3], [7], [8]. Trong bối cảnh đó, việc ghi nhận 879 đợt kháng sinh trên 400 bệnh án, với số đợt kháng sinh trung bình $2,20 \pm 1,54$ đợt/bệnh nhân và số kháng sinh trung bình $3,08 \pm 1,40$ thuốc/bệnh nhân, phản ánh gánh nặng sử dụng kháng sinh đáng kể tại một bệnh viện chuyên khoa bỏng.

Về cơ cấu phác đồ, phác đồ đơn kháng sinh vẫn chiếm tỷ lệ chủ yếu, cho thấy trong nhiều trường hợp bác sĩ điều trị có xu hướng lựa chọn phác đồ gọn, hạn chế phối hợp khi chưa cần thiết. Tuy nhiên, tỷ lệ phác đồ phối hợp vẫn tương đối cao, trong đó Cephalosporin + Quinolone là phối hợp nổi bật nhất. Phối hợp này có thể xuất phát từ nhu cầu điều trị kinh nghiệm các nhiễm khuẩn vết thương, nhiễm khuẩn bệnh viện hoặc nghi ngờ căn nguyên Gram âm, đặc biệt trong bối cảnh nguy cơ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* và các vi khuẩn Gram âm kháng thuốc tại bệnh viện. Tuy nhiên, nếu không có căn cứ lâm sàng, vi sinh hoặc kháng sinh đồ rõ ràng, phối hợp Cephalosporin + Quinolone có thể dẫn đến trùng lặp phổ trên Gram âm, làm tăng áp

lực chọn lọc vi khuẩn kháng thuốc và nguy cơ tác dụng không mong muốn. Vì vậy, nhóm phác đồ này cần được ưu tiên rà soát trong chương trình quản lý kháng sinh, đặc biệt là đánh giá chỉ định phối hợp, đối chiếu với mô hình vi khuẩn - kháng sinh đồ của bệnh viện và thực hiện xuống thang khi có đủ căn cứ [5], [10].

Khoa Hồi sức cấp cứu có mức sử dụng kháng sinh cao nhất, với số kháng sinh trung bình/bệnh nhân và tỷ lệ phác đồ phối hợp vượt trội so với các khoa khác. Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh nhân hồi sức bỏng thường nặng, nhiều ổ nhiễm khuẩn phức tạp, nguy cơ nhiễm khuẩn huyết cao, có can thiệp xâm lấn, phẫu thuật hoặc ghép da nhiều lần. Trong thực hành, bệnh nhân thường được khởi đầu bằng phác đồ kinh nghiệm phối hợp hai kháng sinh để mở rộng phổ, sau đó có thể thay đổi hoặc bổ sung kháng sinh khi diễn biến lâm sàng nặng hơn, xuất hiện ổ nhiễm khuẩn mới hoặc có kết quả vi sinh/kháng sinh đồ. Vì vậy, số đợt kháng sinh cao tại khoa Hồi sức cấp cứu phản ánh quá trình điều trị nhiễm khuẩn phức tạp và phải điều chỉnh liên tục. Tuy nhiên, phác đồ cần được đánh giá lại sau 48 - 72 giờ để thu hẹp phổ, xuống thang hoặc ngừng bớt kháng sinh khi có đủ căn cứ lâm sàng và vi sinh [5], [7], [10].

Tỷ lệ phù hợp về liều dùng và khoảng cách liều trong nghiên cứu đạt mức cao, lần lượt là 98,2% và 97,6%. Kết quả này cho thấy hoạt động kê đơn cơ bản đã tuân thủ tương đối tốt các hướng dẫn đang áp dụng tại bệnh viện. Tuy nhiên, từ góc độ được lâm sàng, “đúng liều theo khuyến cáo” chưa đồng nghĩa với “tối ưu liều cho từng người bệnh”. Bệnh nhân bỏng có thể có nhiều biến đổi sinh lý bệnh làm thay đổi đáp ứng với kháng sinh, đặc biệt ở nhóm

bỏng nặng, nhiễm khuẩn nặng hoặc có rối loạn chức năng cơ quan. Do đó, đánh giá tính hợp lý của liều kháng sinh cần tiến tới cá thể hóa theo cân nặng, chức năng thận, mức độ nặng, diện tích bỏng, đáp ứng lâm sàng, kết quả vi sinh và kháng sinh đồ. Đây là nội dung quan trọng cần được lồng ghép sâu hơn trong hoạt động được lâm sàng và quản lý sử dụng kháng sinh [3], [5], [10].

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình $7,17 \pm 3,04$ ngày và đa số các đợt điều trị nằm trong khoảng 3 - 14 ngày. Đây là khoảng thời gian tương đối phù hợp với nhiều tình huống điều trị nhiễm khuẩn thường gặp. Tuy nhiên, ý nghĩa lâm sàng của thời gian dùng kháng sinh không chỉ phụ thuộc vào số ngày điều trị, mà còn phụ thuộc vào chỉ định ban đầu, mức độ kiểm soát ổ nhiễm, phẫu thuật cắt lọc, ghép da, đáp ứng lâm sàng và kết quả vi sinh. Các đợt dùng kháng sinh dưới 3 ngày có thể là điều trị dự phòng, điều trị kinh nghiệm được dừng sớm hoặc thay đổi phác đồ khi có diễn biến mới. Ngược lại, các đợt kéo dài trên 14 ngày cần được rà soát kỹ để tránh duy trì kháng sinh khi không còn chỉ định. Vì vậy, quản lý thời gian điều trị nên được xem là một nội dung trọng tâm của chương trình quản lý kháng sinh, bên cạnh lựa chọn thuốc và liều dùng [5], [9], [10].

Kết quả nghiên cứu gợi ý một số định hướng can thiệp thực tiễn cho hoạt động được lâm sàng tại bệnh viện. Cần xây dựng hoặc cập nhật kháng sinh đồ tích lũy theo từng khoa, đặc biệt là Hồi sức cấp cứu, Bỏng người lớn và Liền vết thương, để hỗ trợ lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm sát với mô hình vi khuẩn tại chỗ. Đồng thời, cần thiết lập quy trình rà soát kháng sinh sau 48 - 72 giờ, tập trung vào các phác đồ phối hợp, phác đồ có Quinolon, Cephalosporin phổ rộng, Carbapenem,

Colistin, Aminoglycosid hoặc Vancomycin. Dược sĩ lâm sàng cần tham gia sâu hơn vào hiệu chỉnh liều theo chức năng thận, cân nặng, mức độ nặng, đặc điểm bệnh và kết quả vi sinh, nhằm thúc đẩy xuống thang, chuyển đường dùng, rút ngắn thời gian điều trị hợp lý và ngừng kháng sinh khi không còn chỉ định [5], [10].

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được nhìn nhận. Do thời gian và phạm vi nghiên cứu còn giới hạn, đề tài chủ yếu tập trung phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và một số tiêu chí kỹ thuật kê đơn như liều dùng, khoảng cách dùng, phối hợp và thời gian điều trị. Các yếu tố lâm sàng, vi sinh, kháng sinh đồ, đặc điểm bệnh, chức năng thận động, theo dõi nồng độ thuốc trong máu và kết cục điều trị chưa được phân tích sâu trong nghiên cứu này. Vì vậy, kết quả hiện tại là bước đánh giá ban đầu, làm cơ sở cho hoạt động dược lâm sàng và quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện. Cần có các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế sâu rộng hơn để đánh giá toàn diện tính hợp lý và hiệu quả của chiến lược sử dụng kháng sinh.

5. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024 có đặc điểm phức tạp, đặc biệt tại Khoa Hồi sức cấp cứu. Một số tiêu chí kỹ thuật kê đơn được khảo sát, gồm liều dùng, khoảng cách dùng và phối hợp kháng sinh, đạt tỷ lệ phù hợp cao theo tiêu chí nghiên cứu. Tuy nhiên, bệnh viện cần tiếp tục tối ưu hóa phối hợp kháng sinh và thời gian điều trị; tăng cường rà soát phác đồ sau 48 - 72 giờ, cập nhật kháng sinh đồ theo từng khoa và phát huy vai trò của dược sĩ lâm sàng trong hiệu chỉnh liều, xuống thang và ngừng kháng sinh khi phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022; 399(10325):629-655.
2. World Health Organization. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries: a WHO practical toolkit. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Church D, Elsayed S, Reid O, Winston B, Lindsay R. Burn wound infections. *Clin Microbiol Rev*. 2006; 19(2):403-434.
4. Versporten A, Zarb P, Caniaux I, Gros MF, Drapier N, Miller M, et al. Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(6):e619-e629.
5. Bộ Y tế. Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2020. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020.
6. Thu TA, Rahman M, Coffin S, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J, Hung NV. Antibiotic use in Vietnamese hospitals: a multicenter point-prevalence study. *Am J Infect Control*. 2012; 40(9):840-844.
7. Phu VD, Wertheim HFL, Larsson M, Nadjm B, Dinh QD, Nilsson LE, et al. Burden of hospital-acquired infections and antimicrobial use in Vietnamese adult intensive care units. *PLoS One*. 2016; 11(1):e0147544.
8. Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. *JAMA*. 2009; 302(21):2323-2329.
9. Rice LB. The Maxwell Finland Lecture: for the duration-rational antibiotic administration in an era of antimicrobial resistance and *Clostridium difficile*. *Clin Infect Dis*. 2008; 46(4):491-496.
10. Dellit TH, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Health-care Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis*. 2007; 44(2):159-177.