

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Võ Thị Hồng Phương¹; Nguyễn Thị Kim Loan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi trẻ em và đánh giá hiệu quả sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 182 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Kết quả:** tất cả các thuốc kháng sinh điều trị viêm phổi gặp trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam (2015). Nhóm beta - lactam được sử dụng với tỷ lệ cao nhất (85,3%). Trong đó, kháng sinh ceftriaxon sử dụng nhiều nhất (46,9%). Tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn độc cao hơn phác đồ phối hợp (88,4% so với 11,6%). Tỷ lệ sử dụng phác đồ ban đầu và thay đổi phù hợp với khuyến cáo lần lượt là 66,5%; 60,5%. Tỷ lệ bệnh nhân gặp tương tác giữa thuốc kháng sinh với các thuốc khác trong phác đồ 4,9%. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc trong điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân khỏi bệnh 72,5%. **Kết luận:** tất cả các thuốc kháng sinh điều trị viêm phổi gặp trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc theo khuyến cáo của Bộ Y tế Việt Nam (2015). Tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn độc cao hơn phác đồ phối hợp. Tỷ lệ tương tác thuốc - thuốc thấp. Phần lớn bệnh nhân được đánh giá là khỏi bệnh khi ra viện.

* Từ khóa: Viêm phổi; Kháng sinh; Trẻ em.

Study on the Use of Antibiotics in Treating Pediatric Pneumonia in the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

Summary

Objectives: To analyze the use of antibiotics in treating pediatric pneumonia and evaluate the effects of antibiotic usage on treating pediatric pneumonia at the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 182 patients, who were diagnosed as having pneumonia with inpatient care at the Pediatric Department of Hue University of Medicine and Pharmacy's Hospital. **Results:** All antibiotics in the research were contained in the antibiotic list recommended by Vietnamese Ministry of Health (2015). Beta - lactam group was used with the highest rate (85.3%). Among them, ceftriaxon was used the most (46.9%). The rate of using uni-therapy regimens was higher than the rate of using multi-therapy regimens (88.4% vs. 11.6%). The rate of using initial and replacement

1. Trường Đại học Y Dược Huế

Người phản hồi (Corresponding): Võ Thị Hồng Phương (hongphuong1311@yahoo.com.vn)

Ngày nhận bài: 25/07/2018; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 18/09/2018

Ngày bài báo được đăng: 26/09/2018

regimens in line with recommendation were 66.5%; 60.5%, respectively. The rate of patients having interactions between antibiotics and the other kinds of drugs was 4.9%. Evaluating the effects of medicine usage in treatments showed that the rate of patients get over an illness was 72.5%. Conclusions: All antibiotics in the research were contained in the antibiotic list recommended by Vietnamese Ministry of Health. The rate of using uni-therapy regimens was higher than the rate of using multi-therapy regimens. The rate of drug interactions was low. Most patients were evaluated as getting over an illness after treatment.

** Keywords: Pneumonia; Antibiotics; Children.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi (VP) cộng đồng là nguyên nhân hàng đầu về tỷ lệ mắc và gây tử vong ở trẻ em trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, có khoảng 20% trẻ em tử vong < 5 tuổi có nguyên nhân do nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính, trong đó 90% là VP [10]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Võ Phương Khanh (2007), bệnh hô hấp chiếm 39,9%; nghiên cứu của Trần Đình Thoại (2006): bệnh lý hô hấp và VP tương đương chiếm 27,1% [1].

Nguyên nhân gây bệnh thường gặp hiện nay là các loại vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*. Vì vậy, kháng sinh (KS) luôn đóng vai trò quan trọng trong điều trị VP. Tình hình đề kháng KS hiện nay của các loại vi khuẩn gây VP cộng đồng ở nước ta ngày càng gia tăng. Điều đó đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc sử dụng KS hợp lý [5].

Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- *Phân tích tình hình sử dụng KS trong điều trị VP ở trẻ em.*

- *Đánh giá hiệu quả sử dụng KS điều trị VP ở trẻ em tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* trẻ em được chẩn đoán VP có sử dụng KS trong quá trình điều trị nội trú tại Khoa Nhi Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, thời gian điều trị tối thiểu 5 ngày kể từ khi nhập viện.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân (BN) có thời gian điều trị tại Khoa Nhi Tổng hợp bị gián đoạn, BN chuyển khoa, BN đang bị suy gan hoặc suy thận.

** Thời gian:* từ 01 - 1 - 2016 đến 31 - 12 - 2016.

Dựa vào các tiêu chuẩn trên, chúng tôi chọn được 182 BN vào mẫu nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, mô tả, không can thiệp.

- Thu thập thông tin từ bệnh án lưu tại Phòng Kế hoạch - Tổng hợp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Thu thập và đánh giá thông tin theo "phiếu khảo sát".

** Tiêu chuẩn đánh giá:*

- Chẩn đoán VP và mức độ nặng (VP, VP nặng) ở trẻ em dựa vào lâm sàng theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số

bệnh thường gặp ở trẻ em (Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015) [1].

- Tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả điều trị:

+ Khởi: BN hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng và thực thể khi xuất viện.

+ Đỡ/giảm: các triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể thuyên giảm khi xuất viện so với lúc nhập viện.

+ Không khởi: không có thay đổi lớn về tiến triển lâm sàng của BN trong suốt quá trình điều trị.

- Đặc điểm biến cố bất lợi trên thận: tỷ lệ xuất hiện biến cố bất lợi, xác suất gặp

biến cố bất lợi theo thời gian, xử trí khi gặp biến cố bất lợi và mức độ nghiêm trọng của biến cố phân loại theo thang RIFL và thang phân loại bệnh thận mạn KDIGO 2012 [6].

* Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu:

- Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Xử lý bằng phần mềm thống kê R*64 3.3.2, mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.

- Đánh giá tương tác thuốc trên trang http://www.drugs.com/drug_interactions.html và tài liệu Stockley's Drug Interaction 2015.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm BN nghiên cứu.

Bảng 1: Phân bố BN theo tuổi và giới tính.

Nhóm tuổi (tháng tuổi)	Nam		Nữ		Tổng		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
0 - 5 (0 - 60)	87	47,8	67	36,8	154	84,6	< 0,05
> 5 - 10 (60 - 120)	14	7,7	7	3,9	21	11,6	
> 10 - 16 (120 - 192)	4	2,2	3	1,6	7	3,8	
Tổng	105	57,7	77	42,3	182	100	

Tỷ lệ trẻ mắc VP giảm dần theo chiều tăng của lứa tuổi. Số trẻ VP nhiều nhất là ở lứa tuổi từ 0 - 5 (84,6%) và ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ trẻ nam mắc VP nhiều hơn trẻ nữ.

* Mức độ VP: VP: 159 BN (87,4%); VP nặng: 23 BN (12,6%).

Số lượng BN nhi bị VP nhiều hơn VP nặng.

2. Phân tích tình hình sử dụng KS.

Các KS đã sử dụng gồm 15 loại thuộc 5 nhóm. Trong đó, nhóm beta - lactam sử dụng nhiều nhất (85,3%) cả về chủng loại và tỷ lệ BN dùng.

Bảng 2: Các phác đồ điều trị ban đầu.

Phác đồ	Phác đồ ban đầu		
	Đường dùng	Số BN	
		VP	VP nặng
Amoxicillin	Uống	14	0
Amoxicillin + axít clavulanic	Uống	20	1
Meropenem	Tiêm	0	1
Cefuroxim	Uống	9	0
Ceftizoxim	Tiêm	33	2
Ceftriaxon	Tiêm	59	12
Cefotaxim	Tiêm	2	1
Cefixim	Uống	2	0
Amikacin	Tiêm	2	0
Erythomycin	Uống	3	0
Amoxicillin + cefuroxim	Uống	1	0
Ceftizoxim + ceftriaxon	Tiêm	3	0
Ceftizoxim + amikacin	Tiêm	2	0
Ceftizoxim + erythromycin	1 tiêm 1 uống	2	0
Ceftriaxon + amikacin	Tiêm	1	4
Ceftriaxon + erythromycin	1 tiêm 1 uống	1	2
Ceftriaxon + amoxicillin + axít clavulanic	1 tiêm 1 uống	5	0
Tổng		182	

Có 17 phác đồ điều trị VP được sử dụng khi BN mới vào nhập viện, trong đó 10 phác đồ sử dụng KS đơn độc, 7 phác đồ phối hợp KS với KS. Trong số các phác đồ dùng KS đơn độc, phác đồ ceftriaxon sử dụng nhiều nhất (71/182 BN = 39,0%).

Bảng 3: Các phác đồ điều trị thay đổi.

Phác đồ	Phác đồ thay đổi		
	Đường dùng	Số BN nhi dùng	
		VP	VP nặng
Amoxicillin	Uống	1	0
Amoxicillin +axít clavulanic	Uống	4	0
Meropenem	Tiêm	3	1
Cefuroxim	Uống	2	0
Ceftizoxim	Tiêm	5	1

TẠP CHÍ Y - DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ 8-2018

Ceftriaxon	Tiêm	5	1
Cefotaxim	Tiêm	1	0
Cefixim	Uống	0	0
Amikacin	Tiêm	2	0
Gentamycin	Tiêm	0	1
Erythromycin	Uống	5	1
Azithromycin	Uống	1	0
Clarithromycin	Uống	1	1
Vancomycin	Tiêm	2	0
Cefotaxim + vancomycin	Tiêm	1	0
Ceftriaxon + erythromycin	1 tiêm 1 uống	1	0
Meropenem + amikacin	1 tiêm 1 tiêm	2	0
Cloramphenicol + erythromycin	Uống	1	0
Tổng		43	

43 BN phải thay đổi phác đồ điều trị và sử dụng 18 loại phác đồ thay đổi, trong đó 14 phác đồ sử dụng KS đơn độc, 4 phác đồ phối hợp KS với KS.

Bảng 4: Sự phù hợp với khuyến cáo Bộ Y tế của phác đồ được sử dụng điều trị VP trẻ em.

Phác đồ sử dụng	Phác đồ ban đầu		Phác đồ thay đổi	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Phù hợp khuyến cáo	121	66,5	26	60,5
Không phù hợp khuyến cáo	61	33,5	17	39,5
Tổng	182	100	43	100

Ở các phác đồ ban đầu và thay đổi, số phác đồ sử dụng phù hợp theo khuyến cáo chiếm tỷ lệ lần lượt là 66,5%; 60,5%.

Bảng 5: Đánh giá tương tác thuốc.

Mức độ	Cặp thuốc tương tác	Cảnh báo	n	Tỷ lệ %
Theo dõi chặt chẽ	Ceftriaxon - amikacin	Độc thận	5	55,6
	Ceftizoxim - amikacin	Độc thận	2	22,2
	Azithromycin - ventolin	Ảnh hưởng nhịp tim	2	22,2
Tổng			9	100

9 trường hợp (4,9%) gặp tương tác thuốc. Trong đó, tương tác gặp phải nhiều nhất là: ceftriaxon - amikacin gây ảnh hưởng chức năng thận của BN nhi.

3. Đánh giá hiệu quả sử dụng KS trong điều trị VP.

Bảng 6: Cải thiện triệu chứng VP trước và sau điều trị.

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Ho	172	94,5	2	1,1	< 0,5
Khó thở	66	36,3	0	0	
Thở nhanh	48	26,4	0	0	
Sốt	178	97,8	0	0	
Cánh mũi phập phồng	1	0,6	0	0	
Tím tái quanh môi và mặt	3	1,7	0	0	

Có sự cải thiện các triệu chứng: ho, khó thở, thở nhanh, sốt, cánh mũi phập phồng, tím tái quanh môi và mặt một cách rõ rệt ($p < 0,05$) ở BN.

Bảng 7: Hiệu quả điều trị trên BN.

Hiệu quả	VP		VP nặng		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Khỏi	126	79,2	6	26,1	132	72,5
Đỡ/giảm	33	20,8	15	65,2	48	26,4
Không khỏi	0	0	2	8,7	2	1,1
Tổng số	159	100	23	100	182	100

Hiệu quả điều trị bệnh VP ở trẻ em tại bệnh viện cao (tỷ lệ khỏi 72,5%). Chỉ có 2 BN (1,1%) được đánh giá không khỏi.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của BN nghiên cứu.

- Về tuổi và giới: độ tuổi mắc bệnh cao nhất 0 - 5 (84,6%), sau đó giảm dần theo chiều tăng lứa tuổi, từ > 10 - 16 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,8%). Trẻ nhỏ mắc bệnh nhiều hơn trẻ lớn, chứng tỏ có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh và khả năng đề kháng của trẻ; trẻ càng nhỏ, các cơ quan, tổ chức trong cơ thể càng chưa hoàn thiện, sức đề kháng của trẻ càng yếu,

trong khi trẻ phải tiếp xúc với môi trường sống có rất nhiều yếu tố gây bệnh và đôi khi không được trong sạch, bị ô nhiễm. Tỷ lệ trẻ nam mắc VP (57,7%) nhiều hơn trẻ nữ (42,3%); điều này có thể giải thích: do trẻ nam hiếu động hơn trẻ nữ, hoạt động nhiều toát mồ hôi, dẫn đến trẻ dễ bị nhiễm lạnh, tạo điều kiện cho bệnh VP. Căn cứ vào kết quả khảo sát, cần có chế độ chăm sóc trẻ cẩn thận và chu đáo hơn, chú ý thấm mồ hôi để tránh nhiễm lạnh

cho trẻ. Kết quả của chúng tôi tương tự các nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Thị Hiền Lương, tỷ lệ nam mắc bệnh (70,0%) cao gấp 2,23 lần so với nữ (30,0%); trẻ từ 2 - 12 tháng có tỷ lệ mắc cao nhất (56,0%) và giảm dần theo chiều tăng của lứa tuổi [3]. Theo Nguyễn Thị Mai Hòa, tỷ lệ bệnh nhi nam (54,86%) cao hơn bệnh nhi nữ (45,12%); lứa tuổi hay gặp bị VP nhất 1 - 12 tháng tuổi (28,75%) và giảm dần khi lứa tuổi tăng lên; từ 48 - 60 tháng chỉ chiếm 10,62% [2].

- Về mức độ viêm VP: kết quả tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền Lương với tỷ lệ BN VP nặng, VP lần lượt là 30%, 65% [3]. Khác với nghiên cứu của Trần Thị Anh Thơ: số BN thuộc nhóm VP nặng chiếm 90%, cao hơn nhiều so với BN nhóm VP (10%) [4].

2. Phân tích tình hình sử dụng KS.

- Danh mục các nhóm thuốc: KS thuộc 5 nhóm này đều nằm trong danh mục thuốc thiết yếu của Bộ Y tế Việt Nam [1]. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với Hướng dẫn điều trị của Hội Lồng ngực Anh (BTS): KS được lựa chọn ban đầu theo kinh nghiệm đối với trẻ em VP mắc phải tại cộng đồng khi nghi ngờ do vi khuẩn điển hình là KS thuộc nhóm beta - lactam: ampicillin hoặc penicillin G với nhiễm trùng nặng thay thế bằng ceftriaxon hoặc cefotaxim (thêm vancomycin nếu nhiễm MRSA), khi nghi ngờ mắc VP không điển hình, thay thế bằng KS thuộc nhóm macrolid: azithromycin, clarithromycin hay erythromycin, khi nghi ngờ VP do trực khuẩn mủ xanh *P. aeruginosa*

thì lựa chọn ưu tiên là 1 KS cephalosporine thế hệ 3 hết hợp với gentamycin hoặc tobramycin [5]. KS gentamycin được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do: aminosid dùng liều duy nhất trong ngày (tổng liều trong một ngày được tập trung trong 1 lần tiêm) với các ưu điểm: nhanh đạt nồng độ đỉnh trong máu, sớm tiêu diệt vi khuẩn Gram âm, đặc biệt *Pseudomonas aureginosae*, có hiệu quả lâm sàng rõ rệt, tương đương với cách dùng nhiều lần một ngày, giảm độc tính lên thận và thính giác, giảm tính kháng thuốc [2, 8].

- Về tính hợp lý trong lựa chọn phác đồ KS: kết quả thu được tỷ lệ phác đồ ban đầu và thay đổi dùng trong khoa phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (2015) với tỷ lệ lần lượt là 66,5% và 60,5%.

Đối với BN bị VP, khuyến cáo của BTS có chung quan điểm với Bộ Y tế Việt Nam trong việc chọn lựa đầu tay penicillin uống để điều trị, do ưu điểm của thuốc tác dụng tốt trên cơ quan hô hấp, tiện dụng, rẻ tiền... [5]. Trong nghiên cứu này, BN VP được sử dụng penicillin uống, ngoài ra cephalosporine thế hệ 2, thậm chí thế hệ 3 được sử dụng nhiều hơn trong phác đồ ban đầu và thay đổi. Như vậy, có phần không đúng với các khuyến cáo. Đối với BN VP nặng, đa số phác đồ là ceftriaxon đơn, lựa chọn này phù hợp với phác đồ của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới [1, 10]. Ceftriaxon là KS cephalosporine thế hệ 3 có phổ hoạt động rộng, nhạy cảm trên vi khuẩn đã kháng penicillin như: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*...

Tuy nhiên, một số BN dùng phác đồ không theo khuyến cáo, trong đó sử dụng kết hợp ceftriaxon và 1 aminosid thay vì phối hợp penicilin và aminosid như trong khuyến cáo. Theo Martidale, phối hợp đồng vận 2 KS này để mở rộng phổ kháng khuẩn, bao gồm cả *Pseudomonas aeruginosae*, nhưng liệu pháp kết hợp có thể làm tăng nguy cơ tổn thương thận [9]. Theo Hướng dẫn Điều trị của Quốc gia Anh về trẻ em (BNFC), ceftriaxon và cefotaxim là cephalosporine thế hệ 3 có phổ kháng khuẩn tương đương nhau, nên chỉ định điều trị VP nặng [8]. Tuy nhiên, theo chúng tôi, lựa chọn ceftriaxon ưu việt hơn, vì KS này có thời gian bán thải dài (8 giờ), gắn kết mạnh với protein huyết tương dùng ngày 1 lần, giảm nỗi lo lắng, sợ hãi cho trẻ khi bị tiêm.

43 BN (23,6%) phải thay đổi phác đồ điều trị, lý do thay đổi là tránh tác dụng không mong muốn trên trẻ em; kết quả điều trị ban đầu không đạt; Khoa Nhi tạm thời hết loại thuốc KS đang sử dụng cho trẻ nên chuyển sang dùng loại thuốc KS khác thay thế để điều trị VP.

Với BN có tác dụng không mong muốn như bị dị ứng thuốc hay bệnh tiến triển chậm, kết quả KS đồ trên BN cho thấy không phù hợp với thuốc đang dùng..., bác sỹ nên hội chẩn để đưa ra KS mới phù hợp hơn.

- Tương tác thuốc: tra cứu trên Drugs.com cho kết quả 4,9% tương tác thuốc xảy ra trong mẫu nghiên cứu, tuy nhiên chỉ xảy ra ở mức độ theo dõi chặt chẽ, biểu hiện lâm sàng vừa phải. Với tỷ lệ lớn nhất 55,6%; tương tác khi phối hợp giữa 1 cephalosporine (ceftriaxon) và 1 aminosid (amikacin) cần

được theo dõi trên BN và có thể điều chỉnh liều nếu cần, vì amikacin có khả năng độc thận nên khi dùng đồng thời với cephalosporine có thể làm tăng nguy cơ này [6]. Các triệu chứng bao gồm: sưng tấy, tăng cân, khó thở, buồn ngủ, lú lẫn, thay đổi tâm trạng, khát nước, chán ăn, buồn nôn, nôn và đi tiểu nhiều hoặc ít hơn bình thường hoặc vô niệu... Theo Stockley's Drug Interaction, dùng đồng thời aminosid và cephalosporine có thể gây độc thận, thời gian điều trị càng dài, nguy cơ độc tính càng cao, cần theo dõi BN chặt chẽ và giảm liều khi cần thiết [7].

3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc.

Đa số BN đều thấy cải thiện triệu chứng lâm sàng đáng kể ($p < 0,05$). Hầu hết các triệu chứng đều khỏi, không còn sau điều trị; chỉ có 2/172 BN (1,1%) vẫn không khỏi triệu chứng ho sau điều trị. Hơn nữa, đánh giá cuối cùng của bác sỹ điều trị khi BN ra viện đa phần là khỏi bệnh (72,5%).

KẾT LUẬN

* Về đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Tỷ lệ mắc VP ở nam (57,7%) cao hơn nữ (42,3%). VP nhiều nhất ở trẻ từ 0 - 5 tuổi (nam 47,8%; nữ 36,8%) và giảm dần theo độ tăng của lứa tuổi. Tỷ lệ VP (87,4%) chiếm đa số BN, tỷ lệ VP nặng 12,6%.

* Về tình hình sử dụng thuốc tại khoa:

Các nhóm KS được dùng trong khoa: beta - lactam (85,3%); macrolid (8,7%); aminoglycosid (2,7%); phenicol (0,1%) và glycopeptid (3,2%). Có 17 phác đồ điều trị VP được sử dụng khi BN mới vào nhập viện,

trong đó 10 phác đồ sử dụng KS đơn độc, 7 phác đồ phối hợp KS với KS. Trong số phác đồ sử dụng KS đơn độc, phác đồ ceftriaxon nhiều nhất (71/182 BN = 39,0%). 43 BN phải thay đổi phác đồ điều trị và sử dụng 18 loại phác đồ thay đổi, trong đó 14 phác đồ sử dụng KS đơn độc, 4 phác đồ phối hợp KS với KS. Phác đồ ban đầu và thay đổi sử dụng trong khoa phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế với tỷ lệ lần lượt là 66,5% và 60,5%. 9 trường hợp (4,9%) gặp tương tác thuốc. Trong đó, tương tác gặp phải nhiều nhất là ceftriaxon - amikacin (55,6%) gây ảnh hưởng chức năng thận BN nhi.

* Về hiệu quả sử dụng KS điều trị VP ở trẻ em:

Tỷ lệ BN khỏi bệnh 72,5%, chỉ có 1,1% BN không khỏi bệnh. Hiệu quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội, 2015, tr.263-265.

2. Nguyễn Thị Mai Hòa. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc KS trong điều trị VP cho trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Lý Nhân - Hà Nam. Luận văn tốt nghiệp Dược sỹ Chuyên khoa Cấp I. Trường Đại học Dược Hà Nội. Hà Nội. 2010.

3. Nguyễn Thị Hiền Lương. Khảo sát tình hình sử dụng KS điều trị VP ở trẻ em tại Khoa Nhi, Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận tốt nghiệp Dược sỹ Trường Đại học Dược Hà Nội. Hà Nội. 2008.

4. Trần Thị Anh Thơ. Đánh giá tình hình sử dụng KS trong điều trị VP ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. Luận văn Thạc sỹ Dược học. Trường Đại học Dược Hà Nội. Hà Nội. 2014.

5. British Thoracic Society. BTS Guilines for the management of community acquired pneumonia in children. Thorax. 2011, 389, pp.566-569.

6. KIDGO. KDIGO Clinical Practice Guideline for acute kidney injury. Official Journal of the Intenational Society of Nephrology. 2012, 2 (1), p.21.

7. Preston C.L. Stockley's Drug Interactions Pocket Companion. The Pharmaceutical Press, London. 2015.

8. Royal Pharmaceutical Society. British National Formulary for Children. Press Pharmaceutical. 2013, pp.244-251.

9. Sean C Sweetman. Martindale the complete drug reference. 36th Ed, Pharmaceutical Press. 2009.

10. WHO. Revise WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities. 2014, pp.7-9.