

Tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên người bệnh nội trú tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định năm 2023-2024

Nguyễn Ngọc Quý¹, Phạm Anh Thi¹, La Hồng Ngọc¹, Lê Thị Thu Hương¹, Nguyễn Cấp Tăng²,
Phạm Hồng Thắm^{1,2,*}

¹Khoa Dược, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

*hongthamndgd@gmail.com; phtham@ntt.edu.vn

Tóm tắt

Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính làm nặng thêm tình trạng bệnh và gia tăng nguy cơ tử vong. Nghiên cứu nhằm đánh giá tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh ở người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, góp phần kiểm soát kháng kháng sinh và nâng cao chất lượng điều trị. Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu trên 118 người bệnh trên 18 tuổi, được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và điều trị ít nhất 3 ngày tại Khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Nam giới chiếm 91,5 %; người bệnh trên 65 tuổi chiếm 68,6 %; 73,7 % đã từng hoặc đang hút thuốc lá và 96,6 % có bệnh lý mắc kèm. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý trong toàn bộ quá trình điều trị chỉ đạt 46,6 %. Người bệnh mắc đợt cấp mức độ trung bình đến nặng ít có khả năng được sử dụng kháng sinh hợp lý hơn so với người bệnh mắc đợt cấp mức độ nhẹ (OR = 0,311; 95 % CI: 0,127-0,763; $p = 0,011$). Can thiệp được lâm sàng góp phần cải thiện tính hợp lý trong sử dụng thuốc. Việc tuân thủ hướng dẫn điều trị là cần thiết nhằm bảo đảm sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và hợp lý.

© 2026 Journal of Science and Technology - NTTU

Nhận 13/01/2026

Được duyệt 23/01/2026

Công bố 28/09/2026

Từ khóa

Đợt cấp; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; hợp lý; kháng sinh.

1 Đặt vấn đề

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là căn bệnh gây tử vong đứng thứ tư trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), COPD gây ra 3,5 triệu ca tử vong vào năm 2021, chiếm 5 % tổng số ca tử vong toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, nghiên cứu dịch tễ năm 2009 cho thấy tỷ lệ người mắc trên 40 tuổi là 4,2 % và ước tính đến năm 2030 sẽ có 4,5 triệu trường hợp tử vong [1]. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (AECOPD) là sự gia tăng tình trạng bệnh, làm giảm

chất lượng cuộc sống người bệnh (NB). Việc sử dụng thuốc trong điều trị AECOPD đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát triệu chứng, cải thiện chức năng phổi, giảm tần suất nhập viện. Tuy nhiên, tình hình sử dụng thuốc ở nhiều cơ sở y tế vẫn còn gặp nhiều thách thức bao gồm việc sử dụng phác đồ chưa tối ưu, sử dụng thuốc chưa hợp lý. Điều này có thể làm tăng nguy cơ kháng thuốc, kéo dài thời gian điều trị.

Quyết định 2767/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2023 là tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, đây là bản cập nhật mới nhất và có sự khác biệt so với năm 2018.

Bệnh viện Nhân dân Gia Định là một trong những cơ sở y tế tuyến cuối, tiếp nhận và điều trị NB nội trú. Việc khảo sát tình hình sử dụng thuốc góp phần cải thiện chất lượng điều trị và xây dựng các giải pháp hợp lý hóa sử dụng thuốc. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu khảo sát đặc điểm NB và tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh (KS) trong điều trị AECOPD.

2 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu

NB có chẩn đoán AECOPD và đang được điều trị tại Khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB (≥ 18 tuổi) có chẩn đoán AECOPD; NB điều trị nội trú tại Khoa Nội hô hấp; Thời gian nhập viện của NB ≥ 3 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB tự ý bỏ viện hoặc chuyển viện trong quá trình điều trị; Phụ nữ có thai hoặc cho con bú; NB có một trong các bệnh kèm: ung thư, lao phổi đang điều trị, HIV/AIDS, COVID-19, nhiễm trùng khác ngoài AECOPD (trừ viêm phổi và nhiễm trùng huyết); NB nhập viện từ lần thứ hai trở đi trong thời gian nghiên cứu; NB không đủ thông tin tính độ thanh thải creatinin (Creatinine Clearance - CrCl).

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: n : số lượng NB cần cho nghiên cứu.

p : tỷ lệ sử dụng KS hợp lý trong AECOPD. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thắng và cộng sự, có 93,3 % HSBA có lựa chọn KS hợp lý [3] ADDIN EN.CITE [3-6, 15] nên chọn $p = 0,933$.

d : sai số ước lượng (lấy $d = 0,05$).

α : chọn mức ý nghĩa thống kê 95 % ($\alpha = 0,05$)

$\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Thay vào công thức, thu được $n = 97$. Tuy nhiên, dự trừ 20 % trường hợp mất mẫu nên cỡ mẫu tối thiểu là 116 NB.

2.3 Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của NB: thu thập các thông tin về tuổi, nhóm tuổi, giới tính, CrCl (mL/phút), đặc điểm hút thuốc lá, số bệnh kèm, loại bệnh kèm.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện: triệu chứng lâm sàng, kết quả X-quang phổi hoặc CT ngực, CRP (mg/L), bạch cầu (K/ μ L).

Đặc điểm AECOPD: nhóm COPD, mức độ nặng đợt cấp theo phân loại Anthonisen, yếu tố nguy cơ (YTNC) nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*), đặc điểm hỗ trợ thông khí.

Đặc điểm sử dụng KS: chỉ định KS, chuyển đổi KS, phác đồ KS, loại KS, thời gian sử dụng KS.

Đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng KS: bao gồm tính hợp lý của từng KS về khởi trị, lựa chọn thuốc, liều dùng, hợp lý chung và tính hợp lý sử dụng KS trong toàn bộ quá trình điều trị.

Đánh giá của từng KS có tính hợp lý về khởi trị; lựa chọn thuốc; liều dùng: khi phù hợp với một trong sáu tài liệu: hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD (Bộ Y tế – năm 2023); hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD (Hội hô hấp Việt Nam – năm 2025); hướng dẫn điều trị COPD theo GOLD – năm 2025; IDSA (2021); Dược thư Quốc gia Việt Nam xuất bản lần thứ ba (2022); tờ hướng dẫn sử dụng thuốc và Stanford Health Care Antimicrobial Dosing Reference Guide (2022). Các vấn đề sử dụng KS chưa hợp lý được trao đổi, thống nhất giữa các bên: nhóm nghiên cứu, bác sĩ điều trị và dược sĩ lâm sàng tại bệnh viện. Cụ thể:

+ *Tính hợp lý về khởi trị:* chỉ định KS phù hợp với tình trạng đợt cấp COPD (có dấu hiệu nhiễm khuẩn: tăng khó thở, tăng đờm, đờm mủ; hoặc đợt cấp nặng cần nhập viện/ICU)

+ *Tính hợp lý về lựa chọn thuốc:* lựa chọn KS phù hợp với mức độ đợt cấp, nguy cơ vi khuẩn gram âm/*Pseudomonas*, tiền sử dùng KS, bệnh kèm và vi khuẩn thường gặp

- *Tính hợp lý về liều dùng:* liều, khoảng cách dùng và đường dùng phù hợp với chỉ định, chức năng thận, tuổi, cân nặng và hướng dẫn nhà sản xuất *Đánh giá từng KS có tính hợp lý chung:* khi các tiêu chí khởi trị, lựa chọn thuốc, liều dùng đều được đánh giá hợp lý

- *Đánh giá sử dụng KS trong quá trình điều trị*: hợp lý khi tất cả KS NB dùng trong thời gian nằm viện đều được đánh giá là hợp lý chung

- *Phương pháp xử lý và phân tích số liệu*: nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 26.0. Các biến số trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm, số trung bình: sử dụng phân tích thống kê mô tả. So sánh hai tỷ lệ: sử dụng phép kiểm chi bình phương. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến đợt cấp trong năm, kết quả sử dụng thuốc: phân tích hồi quy logistic đa biến.

2.4 Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được xem xét và chấp thuận của hội đồng trường Đại học Nguyễn Tất Thành theo hợp đồng số 2026.01.45/HĐ-KHCN. Thông tin về người tham gia

được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học.

3 Kết quả nghiên cứu

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 118 HSBA thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ, tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ.

3.1 Đặc điểm của NB

NB trong NC có tuổi trung vị là 69 (63-75), với 68,6 % NB ≥ 65 tuổi. NB nam chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ (91,5 % so với 8,5 %). NB có CrCl < 50 mL/phút chiếm 44,1 %. Khoảng một nửa NB khảo sát đang hút thuốc lá (50,8 %). Hầu hết NB có ít nhất một bệnh mắc kèm (96,6 %), phổ biến nhất là tăng huyết áp (63,6 %). Các đặc điểm chung của mẫu NC được trình bày cụ thể ở Bảng 1.

Bảng 1 Đặc điểm chung của NB ($N = 118$)

Đặc điểm chung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi		69 (63-75)	
Trung vị (khoảng tứ phân vị)			
Nhóm tuổi	≥ 65	81	68,6
Giới tính	Nam	108	91,5
CrCl (mL/phút)	< 50	52	44,1
Hút thuốc lá	Đang hút	60	50,8
	Đã từng hút	27	22,9
	Không hút	19	16,1
	Không có thông tin	12	10,2
Số bệnh kèm	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	3 (2-4)	
	0	4	3,4
	1	25	21,2
	2	23	19,6
	3	22	18,6
	> 3	44	37,2
Loại bệnh kèm	Tăng huyết áp	75	63,6
	Viêm phổi	21	17,8
	Đái tháo đường	19	16,1

Chú thích: một NB có thể có nhiều bệnh kèm khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ (%) các loại bệnh kèm sẽ lớn hơn 100 %

3.2 Đặc điểm đợt cấp COPD

Hầu hết NB khi nhập viện có các triệu chứng chính của đợt cấp COPD: khó thở tăng (99,2 %), khạc đàm tăng (43,2 %) và đàm chuyển thành đàm mủ (50,0 %). Các triệu chứng khác như nặng ngực, rối loạn tri giác không

gặp nhiều (5,9 % và 1,7 %). Phần lớn NB (81/90) có kết quả bất thường khi chụp X-quang phổi hoặc CT ngực. Gần một nửa NB có CRP ≥ 20 mg/L (47,7 %) và bạch cầu > 10 K/ μ L (55,9 %). Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày cụ thể tại Bảng 2.

Bảng 2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện ($N = 118$)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm lâm sàng			
Khó thở tăng		117	99,2
Khạc đàm tăng		51	43,2
Đàm chuyển thành đàm mủ		59	50,0
Ho tăng		46	39,0
Sốt		20	16,9
Nặng ngực		7	5,9
Tăng khô khè		14	11,9
Rối loạn tri giác		2	1,7
Đặc điểm cận lâm sàng			
Kết quả X-quang phổi hoặc CT ngực ($n = 90$)	Không bất thường	9	10,0
	Có bất thường	81	90,0
CRP (mg/L) ($n = 111$)	< 20	58	52,3
	≥ 20	53	47,7
Bạch cầu (K/ μ L)	< 4	2	1,7
	4 -10	50	42,4
	> 10	66	55,9
<i>Chú thích: một NB có thể có nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ (%) các triệu chứng lâm sàng sẽ lớn hơn 100,0 %.</i>			

Phần lớn NB (94,9 %) có phân nhóm COPD là nhóm E. NB nhập viện chủ yếu mắc đợt cấp mức độ trung bình - nặng (69,5 %). Đa số NB (72,0 %) có YTNC nhiễm *P. aeruginosa*. Trong quá trình điều trị, 72/118

(61,0 %) NB được hỗ trợ thông khí, với 20 NB phải thở máy. Phần lớn NB (96,6 %) có cải thiện sau quá trình điều trị với thời gian nằm viện trung vị là 5 (4-7) ngày. Chi tiết được trình bày tại Bảng 3.

Bảng 3 Đặc điểm đợt cấp COPD, hỗ trợ thông khí ($N = 118$)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phân nhóm COPD	Nhóm B	6	5,1
	Nhóm E	112	94,9
Mức độ nặng đợt cấp theo phân loại Anthonisen	Nhẹ	36	30,5
	Trung bình	55	46,6
	Nặng	27	22,9
YTNC nhiễm <i>P. aeruginosa</i> ⁽¹⁾	Không	33	28,0
	Có	85	72,0
Hỗ trợ thông khí ⁽²⁾ ($n = 72$)	Thở oxy qua cannula hoặc mask	66	91,7
	Thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn	20	27,8
<i>Chú thích: (1) YTNC nhiễm P. aeruginosa bao gồm: có bằng chứng COPD nặng (FEV1 < 50 %) ở 40 NB (33,9 %); phân lập được P. aeruginosa trong đàm từ lần khám hay đợt điều trị trước ở 4 NB (3,4 %); có giãn phế quản kèm theo ở 36 NB (30,5 %); dùng KS thường xuyên hoặc dùng KS phổ rộng trong 3 tháng gần đây ở 24 NB (20,3 %); nhập viện thường xuyên (≥ 2 lần trong 90 ngày qua) ở 39 NB (33,1 %).</i>			
<i>(2) Một NB có thể có nhiều liệu pháp hỗ trợ thông khí khác nhau. Do đó, tổng tỷ lệ (%) các liệu pháp hỗ trợ thông khí sẽ lớn hơn 100,0 %.</i>			

3.3 Đặc điểm sử dụng KS

Có 86/118 NB được chỉ định KS (72,9 %). Trong toàn bộ quá trình điều trị, phối hợp 2 KS betalactam ($\pm$ ức chế betalactamase) + quinolon được chỉ định nhiều nhất (46,5 %), tiếp theo là đơn trị với betalactam ($\pm$ ức

chế betalactamase) ở 40,7 % NB. Các KS được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (44,2 %), ceftazidim (32,6 %) và piperacillin/tazobactam (31,4 %). Thời gian sử dụng KS trung vị là 5 (4-7) ngày. Chi tiết được trình bày tại Bảng 4 và Bảng 5.

Bảng 4 Đặc điểm sử dụng KS ($N = 118$)

Đặc điểm sử dụng KS		Tần số	Tỷ lệ (%)
Có chỉ định KS		86	72,9
Chuyển đổi KS (<i>n</i> = 86)	Không chuyển	62	72,1
	1 lần	17	19,8
	> 1 lần	7	8,1
Phác đồ KS sử dụng (<i>n</i> = 86)			
Đơn trị	Betalactam (± ức chế betalactamase)	35	40,7
	Quinolon	7	8,1
Phối hợp 2 KS	Betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon	40	46,5
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + macrolid	12	14,0
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + aminoglycosid	6	7,0
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + polymyxin	1	1,2
	Quinolon + glycopeptid	1	1,2
Phối hợp 3 KS	Betalactam (± ức chế betalactamase) + quinolon + glycopeptid	3	3,5
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + aminoglycosid + glycopeptid	2	2,3
	Betalactam (± ức chế betalactamase) + polymyxin + ampicillin/sulbactam	1	1,2
Thời gian sử dụng KS (ngày) Trung vị (khoảng tứ phân vị)		5 (4-7)	
Chú thích: Một NB có thể được chỉ định nhiều phác đồ KS. Do đó tổng tỷ lệ (%) phác đồ KS sử dụng sẽ lớn hơn 100,0 %.			

Bảng 5 Các KS sử dụng ($N = 86$)

Nhóm KS	Loại KS	Tần số	Tỷ lệ (%)
Penicillin	Piperacillin/ tazobactam	27	31,4
	Amoxicillin/acid clavulanic	14	16,3
	Ampicillin/sulbactam	1	1,2
Cephalosporin	Ceftazidim	28	32,6
	Ceftriaxon	15	17,4
	Cefoperazon	2	2,3
Carbapenem	Imipenem/cilastatin	5	5,8
	Meropenem	4	4,7
Fluoroquinolon	Levofloxacin	38	44,2
	Ciprofloxacin	12	14,0
	Moxifloxacin	2	2,3
Macrolid	Clarithromycin	12	14,0

	Azithromycin	1	1,2
Aminoglycosid	Amikacin	6	7,0
Glycopeptid	Vancomycin	4	4,7
Polymyxin	Colistin	2	2,3
Chú thích: một NB có thể được chỉ định nhiều KS. Do đó tổng tỷ lệ (%) KS sử dụng sẽ lớn hơn 100,0 %.			

3.4 Tính hợp lý trong việc sử dụng KS và các yếu tố liên quan

Trong số 32 NB không có chỉ định sử dụng KS, 25 NB được đánh giá là hợp lý. Đối với 86 NB có chỉ định sử dụng KS, 70 NB (81,4 %) được đánh giá là hợp lý về khởi trị. Đối với KS ban đầu, tỷ lệ NB được đánh giá hợp lý về lựa chọn thuốc và liều dùng lần lượt là 50,0 % và 34,9 %. Trong toàn bộ quá trình sử dụng KS, 30/86 NB (34,9 %) được đánh giá là hợp lý chung. Như vậy, nghiên cứu ghi nhận 55/118 NB (46,6 %) được sử dụng KS hợp lý (Bảng 6).

Bảng 6 Tính hợp lý trong việc sử dụng KS
($N = 118$)

Tính hợp lý KS	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không chỉ định KS ($n = 32$)		
Hợp lý	25	78,1
Có chỉ định KS ($n = 86$)		
KS ban đầu		
Hợp lý về khởi trị	70	81,4
Hợp lý về lựa chọn thuốc	43	50,0
Hợp lý về liều dùng	30	34,9
Hợp lý chung	30	34,9
KS trong toàn bộ quá trình điều trị		
Hợp lý về khởi trị	70	81,4
Hợp lý về lựa chọn thuốc	43	50,0
Hợp lý về liều dùng	30	34,9
Hợp lý chung	30	34,9
Hợp lý trong việc sử dụng KS ($N = 118$)	55	46,6

4 Bàn luận

4.1 Đặc điểm của NB trong mẫu nghiên cứu

Nhìn chung, NB mắc đợt cấp COPD chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 91,5 %, trong đó nhóm (60-69) tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây [3, 4]. Kết quả này phù hợp với đặc trưng NB mắc đợt cấp COPD là nam giới và nằm ở tuổi cao. Lý giải điều này là do nam giới thường có thói quen hút thuốc, tuổi càng cao sức đề kháng càng suy giảm nên tỷ lệ mắc bệnh đợt cấp COPD cao hơn. Theo kết quả thu được, NB đang hút thuốc lá chiếm tỷ lệ khá cao (50,8 %), điều này tương đồng với nghiên cứu trước, tỷ lệ hút thuốc lá ở Việt Nam đối với nam là 45,3 % [9]. Tỷ lệ NB cai thuốc lá trong nghiên cứu này là 22,9 % và cao hơn nghiên cứu trước có tỷ lệ cai thuốc lá là 14,8 % [8]. Điều này có thể lý giải bởi NB đang mắc căn bệnh có yếu tố nguy cơ cao như thuốc lá, NB sẽ ý thức về việc cai thuốc lá hơn.

Đa phần NB có từ một bệnh mắc kèm trở lên chiếm tỷ lệ 96,6 %. Trong đó, bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (63,6 %). Kết quả này tương đồng kết quả nghiên cứu trước đây, cũng chỉ ra bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất, nhưng tỷ lệ của nhóm nghiên

cứ thấp hơn so với kết quả nghiên cứu trước (66,02 %) [2].

4.2 Đặc điểm đợt cấp COPD

Hầu hết NB khi nhập viện có các triệu chứng chính của đợt cấp COPD và kết quả bất thường khi chụp X-quang phổi hoặc CT ngực (81/90 NB). Đa số NB (94,9 %) thuộc COPD nhóm E (trung bình-nặng). Kết quả này cao hơn so với tác giả Nguyễn Minh Thành với tỷ lệ 77,3 % [4]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí thu nhận NB trong nghiên cứu.

Tỷ lệ NB điều trị thành công ra viện khá cao (96,6 %) với thời gian nằm viện có trung vị là 5 (4-7) ngày. Kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Minh Thành có tỷ lệ xuất ổn trước can thiệp là 99,1 % và sau can thiệp là 98,1 % [4]. Sự tương đồng trong nghiên cứu này do tuân thủ tốt phác đồ điều trị của Bộ Y tế, ngoài ra có sự tương đồng trong bệnh viện, đây là các bệnh viện tuyến cuối nên trang thiết bị, cơ sở vật chất đầy đủ và hiện đại hơn.

4.3 Đặc điểm sử dụng KS

Tỷ lệ NB được chỉ định KS là 72,9 %. Trong toàn bộ quá trình điều trị, phối hợp 2 KS betalactam ($\pm$ ức chế betalactamase) + quinolon được chỉ định nhiều nhất (46,5 %), tiếp theo là đơn trị với betalactam ($\pm$ ức chế betalactamase) ở 40,7 % NB. Các KS được sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (44,2 %), ceftazidim (32,6 %) và piperacillin/ tazobactam (31,4 %). Cephalosporine thế hệ 3 đây là nhóm KS phổ rộng, an toàn, hiệu quả, được Bộ Y tế năm 2023 khuyến cáo sử dụng điều trị trong đợt cấp COPD và cũng được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu khác [7].

4.4 Tính hợp lý trong việc sử dụng KS và các yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu, có 46,6 % hồ sơ bệnh án có lựa chọn KS hợp lý, tuy kết quả này chưa được cao so với nghiên cứu [4] (90,8 %), nhưng cao hơn tỷ lệ sử dụng KS hợp lý của một nghiên cứu khác (40,6 %) [3]. Đây cũng là nền tảng về sự can thiệp của dược sĩ lâm sàng tác động lên tình hình sử dụng thuốc tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, giúp cập nhật phác đồ tại Bệnh viện. Nguyên nhân cho kết quả này có thể là do sự thay đổi trong phác đồ điều trị.

Vai trò của dược sĩ lâm sàng trong can thiệp sử dụng KS đã được ghi nhận là yếu tố then chốt giúp cải thiện tính hợp lý kê đơn và tuân thủ hướng dẫn điều trị COPD, thông qua rà soát đơn thuốc, đề xuất điều chỉnh liệu pháp, de-escalation và giáo dục lâm sàng để tối ưu hóa phác đồ KS [5, 6]. Bảng chứng từ chương trình quản lý sử dụng KS và hoạt động dược lâm sàng tại bệnh viện cũng cho thấy sự tham gia của dược sĩ giúp tăng tỷ lệ sử dụng KS hợp lý trong đợt cấp COPD đối với NB nội trú. Hợp lý sử dụng KS tăng từ 46,6 % lên 59,5 %, trong đó nhóm cephalosporine thế hệ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,2 %. Do đó, tích hợp dược sĩ lâm sàng vào quy trình đánh giá và phản hồi kê đơn là một chiến lược hiệu quả để giảm lạm dụng KS, đặc biệt ở nhóm NB đợt cấp trung bình-nặng với nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

Các biến độc lập không có hiện tượng đa cộng tuyến (tất cả VIF < 2) và mô hình có sự phù hợp (kiểm định Hosmer-Lemeshow với $p = 0,199$). NC ghi nhận có sự liên quan giữa mức độ nặng đợt cấp COPD với việc sử dụng KS hợp lý. NB mắc đợt cấp mức độ trung bình-nặng ít có khả năng được sử dụng KS hợp lý hơn so với đợt cấp mức độ nhẹ ($OR = 0,311$; 95 % CI 0,127-0,763; $p = 0,011$).

Tỷ lệ sử dụng KS hợp lý thấp ở nhóm đợt cấp trung bình-nặng có thể phản ánh thực tế lâm sàng khi các bác sĩ thường khởi trị sớm và kê đơn mang tính kinh nghiệm do

khó phân biệt nhiễm khuẩn thật sự với triệu chứng viêm không đặc hiệu, dẫn tới chỉ định KS chưa phù hợp với các hướng dẫn điều trị. Thực tế này tương tự với các nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ không nhỏ chỉ định KS cho AECOPD là không đúng tiêu chuẩn lâm sàng theo GOLD, ngay cả khi tình trạng bệnh nặng cũng không luôn gắn với nhiễm khuẩn xác định [10]. Việc thiếu dấu ấn sinh học đặc hiệu và áp lực giảm biến chứng lâm sàng khi đối mặt với bệnh nhân đợt cấp nặng cũng góp phần vào xu hướng kê đơn KS rộng rãi trong thực hành [12].

5 Kết luận

Nghiên cứu nhằm mục đích phân tích tình hình sử dụng thuốc trong điều trị đợt cấp COPD tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Phần lớn NB mắc đợt cấp COPD nhập viện với mức độ trung bình-nặng và có các triệu chứng lâm sàng điển hình. Nam giới, tuổi cao, hút thuốc lá, có bệnh mắc kèm là đặc điểm thường gặp ở các NB này. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý trong toàn bộ quá trình điều trị chỉ đạt 46,6 %. NB mắc đợt cấp mức độ trung bình-nặng ít có khả năng được sử dụng KS hợp lý hơn so với đợt cấp mức độ nhẹ. Can thiệp dược lâm sàng có cải thiện tính hợp lý trong sử dụng thuốc. Bác sĩ cần tuân thủ hướng dẫn điều trị để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả, hợp lý.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu được tài trợ bởi Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh trong khuôn khổ đề tài mã số 2026.01.45.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế. (2023). Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
2. Nguyễn Lâm Hiếu, Nguyễn Duy Thắng và Phan Thu Phương. (2023). Đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 529(1).
3. Hoàng Phước Sang, Nguyễn Thắng. (2024). Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại một bệnh viện ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 540(2), tr. 255-259.
4. Nguyễn Minh Thành và các cộng sự. (2022). Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh và hoạt động dược lâm sàng trong việc sử dụng kháng sinh điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 510(2), tr. 50-56.

5. I. M. Dighriri và các cộng sự. (2023). The Role of Clinical Pharmacists in Antimicrobial Stewardship Programs (ASPs): A Systematic Review. *Cureus*, 15(12), tr. e50151.
6. G. Lin và các cộng sự. (2022). Effectiveness of Hospital Pharmacist Interventions for COPD Patients: A Systematic Literature Review and Logic Model. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 17, tr. 2757-2788.
7. Y. Ma và các cộng sự. (2021). Real-world antibiotic use in treating acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) in China: Evidence from the ACURE study. *Front Pharmacol*, 12, tr. 649884.
8. Thi Ngoc Phuong Nguyen và các cộng sự. (2023). Individual-, social- and policy- factors associated with smoking cessation among adult male cigarette smokers in Hanoi, Vietnam: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 23(1), tr. 1883.
9. H. Van Minh và các cộng sự. (2017). Prevalence of tobacco smoking in Vietnam: findings from the Global Adult Tobacco Survey 2015. *International Journal of Public Health*, 62(Suppl 1), tr. 121-129.
10. Y. Varol và các cộng sự. (2020). Inappropriate Utilization of Antibiotics in COPD Exacerbations. *Turkish Thoracic Journal*, 21(6), tr. 397-403.
11. World Health Organization (2024), Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), truy cập ngày 24/12/2024, tại trang web [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
12. Derek N Bremmer và các cộng sự. (2018). Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease With a Low Procalcitonin Concentration: Impact of Antibiotic Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 68(5), tr. 725-730.

Antibiotic Use in the Treatment of Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Inpatients at Gia Dinh People's Hospital in 2023-2024

Nguyen Ngoc Quy¹, Pham Anh Thi¹, La Hong Ngoc¹, Le Thi Thu Huong¹, Nguyen Cap Tang², Pham Hong Tham^{1,2,*}

¹Faculty of Pharmacy, Nguyen Tat Thanh University, Ho Chi Minh City, Viet Nam

²Department of Pharmacy, Gia Dinh People's Hospital, Viet Nam

*hongthamndgd@gmail.com; phtham@ntt.edu.vn

Abstract Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease worsen disease status and increase the risk of mortality. This study aimed to evaluate the appropriateness of antibiotic use in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, thereby contributing to antimicrobial resistance control and improving treatment quality. A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted among 118 patients aged over 18 years who were diagnosed with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and treated for at least 3 days at the Department of Respiratory Medicine, Nhan Dan Gia Dinh Hospital. Males accounted for 91.5% of patients; 68.6% of which were over 65 years old; 73.7% were former or current smokers; and 96.6% had comorbidities. The proportion of appropriate antibiotic use throughout the treatment course was only 46.6%. Patients with moderate-to-severe exacerbations were less likely to receive appropriate antibiotic therapy than those with mild exacerbations ($OR = 0.311$; 95% CI: 0.127-0.763; $p = 0.011$). Clinical pharmacy interventions contributed to improving the appropriateness of medication use. Adherence to treatment guidelines is essential to ensure safe, effective, and appropriate medication use.

Keyword Acute exacerbations; chronic obstructive pulmonary disease; rational use; antibiotics.

