



**Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh tại  
Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định**

Nguyễn Thị Tuyết Mai \*, Trần Quốc Trung, Trần Đức Anh  
Khoa Dược, Trường Đại học Công nghệ Đông Á

\*Email: maintt@eaut.edu.vn

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh tại khoa nội tổng hợp, bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024 nhằm đánh giá và kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh, nâng cao việc sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý và hiệu quả. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 420 bệnh án của bệnh nhân có sử dụng kháng sinh tại bệnh viện từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024 và đáp ứng với tiêu chí chọn mẫu. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao nhất là nhóm người bệnh ở lứa tuổi  $\geq 65$  tuổi (53,61%), nhóm người bệnh chủ yếu là nông dân (60,82%). Trong các bệnh của đường hô hấp được chẩn đoán, bệnh viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (94%). Số người bệnh có một bệnh mắc kèm theo chiếm tỷ lệ 36,6%. Phác đồ khởi đầu điều trị là phác đồ đơn độc chiếm 75% và sử dụng 19 loại kháng sinh đơn chất đường tiêm chủ yếu là nhóm beta - lactam. Số lần dùng kháng sinh trong ngày là 2 lần chiếm tỷ lệ cao nhất (60,95%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã khảo sát đặc điểm tình hình sử dụng kháng sinh tại khoa nội tổng hợp, bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024. Kết quả đã bổ sung thêm thông tin về việc sử dụng thuốc kháng sinh tiêm, giúp bệnh viện có thêm thông tin cho việc hướng dẫn chỉ định sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý, hiệu quả.

**Từ khóa:** Kháng sinh, Bệnh viện phổi Nam Định, người bệnh điều trị nội trú.

**ABSTRACT**

**Objective:** Survey on the use of antibiotics at the Department of General Internal Medicine, Nam Dinh Province Lung Hospital from January to June 2024 to assess and control the status of antibiotic resistance, improve the safe, rational and effective use of antibiotics. **Subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective study of 420 medical records of patients using antibiotics at the hospital from January to June 2024 and meeting the selection criteria. **Results:** The highest rate of antibiotic use was in the group of patients aged  $\geq 65$  years (53.61%), the group of patients was mainly farmers (60.82%). Among the diagnosed respiratory diseases, pneumonia accounted for the highest rate (94%). The number of patients with a comorbidity accounted for 36.6%. The initial treatment regimen was a single regimen accounting for 75% and used 19 types of single-agent injectable antibiotics, mainly beta-lactam group. The number of times antibiotics were used per day was 2 times, accounting for the highest rate (60.95%). **Conclusion:** The study surveyed the characteristics of antibiotic use in the internal medicine department, Nam Dinh Provincial Lung Hospital from January to June 2024. The results provided additional information on the use of injectable antibiotics, helping the hospital have more information to guide the safe, reasonable and effective use of antibiotics.

**Keywords:** Antibiotics, Nam Dinh Lung Hospital, inpatients.

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh về đường hô hấp, bệnh viêm phổi là một bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới phổ biến, có tỉ lệ tử vong cao trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ mắc viêm phổi và tỉ lệ tử vong do viêm phổi tăng lên ở bệnh nhân lớn tuổi (người trên 65 tuổi chiếm > 50% và tỉ lệ tử vong chiếm 90% do viêm phổi) [1-tr.535-537], [2-tr. 2190-2195]. Nguyên nhân gây bệnh có thể là vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm hoặc hóa chất. Phương pháp điều trị phổ biến nhất hiện nay là sử dụng kháng sinh nhằm giảm tỉ lệ tử vong trong viêm phổi [3-tr.93]. Việc lựa chọn kháng sinh, cần dựa trên tác nhân gây bệnh kết hợp với phổ kháng khuẩn của các loại kháng sinh, từ đó định hướng phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm sớm ngay khi có nghi ngờ về nguyên nhân gây bệnh [4-tr.34]. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh không hợp lý và tình trạng lạm dụng kháng sinh đang khiến cho vi khuẩn kháng thuốc ngày càng gia tăng, dẫn tới việc giảm hiệu quả điều trị và tăng chi phí cho bệnh nhân [5-tr.629-655]. Ở Việt Nam, tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng do việc sử dụng kháng sinh không hợp lý ở mọi cấp độ cơ sở y tế, cũng như việc bán thuốc kháng sinh không cần đơn tại các nhà thuốc. Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý cũng xảy ra trong việc chăn nuôi và nuôi trồng thủy sản. Vì vậy, việc đánh giá và kiểm soát sử dụng kháng sinh tại các cơ sở y tế là rất cần thiết để kiểm soát tình trạng kháng kháng sinh, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm gánh nặng chi phí cho bệnh nhân.

Bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định là bệnh viện tuyến đầu cho người dân ở tỉnh Nam Định. Chưa có nghiên cứu khảo sát về tình hình sử dụng kháng sinh tại khoa nội của bệnh viện. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh tại khoa nội tổng hợp, bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú từ 03 ngày trở nên có sử dụng kháng sinh tại khoa nội tổng hợp, Bệnh viện Phổi Nam Định từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024.
- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Hồ sơ bệnh án mắc bệnh Lao, HIV, ung thư. Hồ sơ bệnh án có sử dụng kháng sinh với thời gian nằm viện dưới 3 ngày, người bệnh xin về, trốn viện hay chuyển viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu*: Mô tả cắt ngang, dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

- *Cỡ mẫu*: Áp dụng công thức: 
$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n - Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}^2$  (Hệ số tin cậy) = 1,96 (với độ tin cậy 95%)

p - Tỉ lệ sử dụng kháng sinh hợp lý, chọn p = 0,5, khi đó p(1-p) lớn nhất và cỡ mẫu là tối đa.

d - sai số cho phép, chọn d = 0,05.

Thay p = 0,5 vào phương trình tính cỡ mẫu tính được cỡ mẫu n = 384. Chúng tôi lấy thêm 10% dự phòng vì vậy n = 420.

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>



- *Xử lý số liệu:* Tất cả dữ liệu được tổng hợp, xử lý, phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel và số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%).
- *Đạo đức nghiên cứu:* Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đạo đức bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định. Tất cả thông tin thu thập được trong nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và đảm bảo bí mật thông tin cá nhân của người bệnh.

### 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Khảo sát đặc điểm chung của bệnh nhân

- *Phân bố bệnh nhân trên địa bàn tỉnh Nam Định:* Kết quả khảo sát được trình bày trên bảng 3.1.

**Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân trên địa bàn tỉnh Nam Định**

TT	Địa bàn (huyện)	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
1	Thành phố Nam Định	127	30,2
2	Huyện Nam Trực	69	2,6
3	Huyện Vụ Bản	26	1,9
4	Huyện Trực Ninh	36	8,6
5	Huyện Hải Hậu	12	2,9
6	Huyện Xuân Trường	13	3,1
7	Huyện Giao Thủy	24	5,7
8	Huyện Nghĩa Hưng	21	5,0
9	Huyện Ý Yên	90	21,5
10	Tỉnh Hà Nam	2	0,5
	<b>Tổng:</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

Ta thấy sự phân bố bệnh nhân trên địa bàn tỉnh đến khám không đồng đều nhau: tập trung cao ở thành phố Nam Định có số bệnh nhân đến khám là 127 người chiếm 30,2%. Huyện Ý Yên có tỉ lệ bệnh nhân đến điều trị thứ 2 là 90 người chiếm 21,5%. Các huyện khác thì tỉ lệ số lượng bệnh nhân đến điều trị thấp hơn nhiều so với huyện Ý Yên. Như vậy có sự chênh lệch lớn giữa các huyện với huyện Ý Yên. Trong kết quả ở bảng 3.1 cũng có 2 bệnh nhân từ tỉnh Hà Nam đến khám và điều trị chiếm 0,5%. Mặc dù chiếm tỉ lệ rất nhỏ nhưng điều này cho thấy sự phối hợp điều trị giữa các tỉnh với nhau khá tốt. Với sự phân bố bệnh nhân trên địa bàn tỉnh có sự chênh lệch không đồng đều, nhu cầu khám chữa bệnh ở thành phố Nam Định và huyện Ý Yên lớn thì cần tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh của từng địa phương để có biện pháp phòng ngừa các tác nhân gây bệnh đó, cũng như sử dụng thuốc cho hợp lý, an toàn. Thông tin trên giúp bệnh viện có thể tăng cường giáo dục sức khỏe cho người dân và hướng dẫn người dân nâng cao nhận thức về khám chữa bệnh kịp thời.

- *Đặc điểm bệnh nhân:*

Kết quả được tổng hợp trong bảng 3.2.

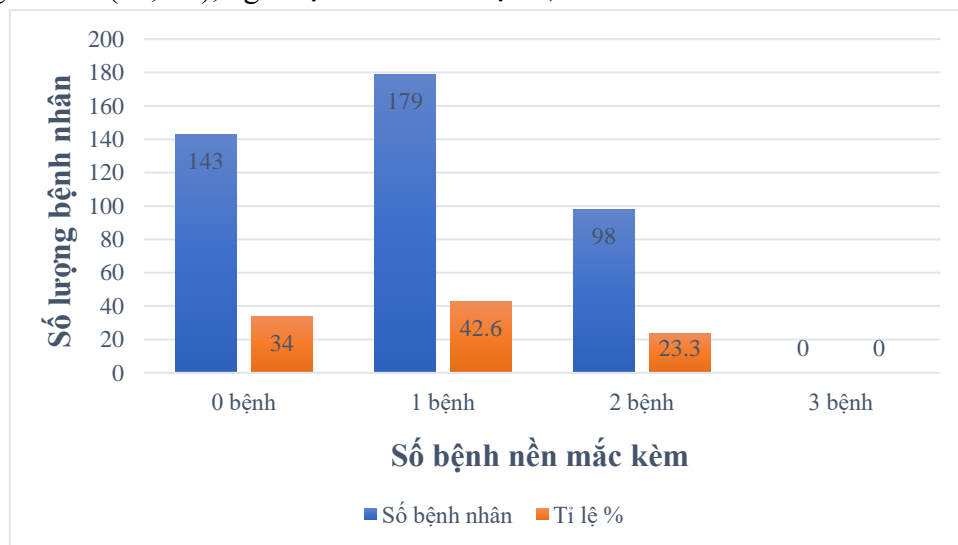
**Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân (n=420)	Tỉ lệ (%)
--------------------	-------------------------------	-----------

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>

Tuổi	< 65	179	42,61
	≥ 65	241	57,38
Giới tính	Nam	275	65,47
	Nữ	145	34,53
Nghề nghiệp	Nông dân	184	43,8
	Hưu trí	154	36,6
	Công nhân	15	3,55
	Công ty, hành chính	3	0,7
	Sinh viên	3	0,7
	Tự do	60	14,2
	Lực lượng vũ trang	1	0,2

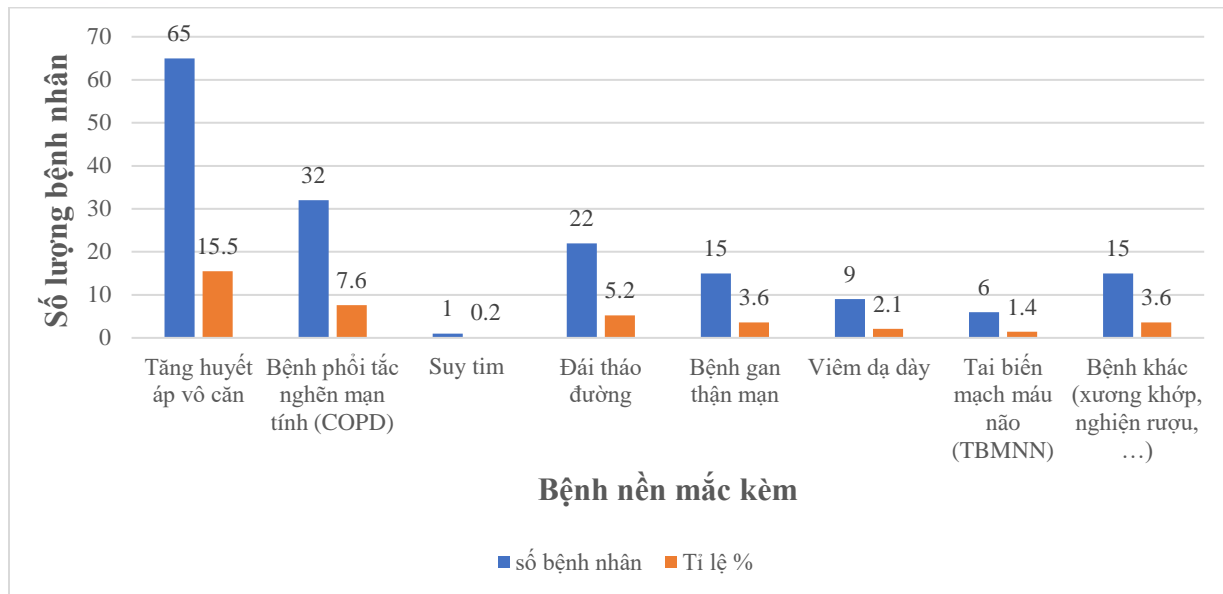
Bệnh nhân điều trị viêm phổi tại bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định có nhóm độ tuổi  $\geq 65$  chiếm 57,38% tỉ lệ cao hơn nhóm tuổi  $< 65$  tuổi (42,61%). Nam giới (65,47%) mắc bệnh cao hơn nữ giới (34,53%). Từ tỉ lệ này cho thấy phù hợp với các nghiên cứu trước đó Nguyễn Thoại Bảo Anh với nhóm tuổi  $\geq 65$  chiếm 80,1% và Đồng Thị Xuân Phương nhóm tuổi  $\geq 65$  chiếm 87,5% [6] [7]. Mặc dù tỉ lệ không cao so với 2 nhóm nghiên cứu trên nhưng nhìn chung nhóm tuổi  $\geq 65$  trong mẫu nghiên cứu tỉ lệ mắc bệnh vẫn cao hơn nhóm  $< 65$  tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân nam là 65,47% cao hơn so với tỉ lệ bệnh nhân nữ (34,53%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt (2017) [8]. Với đặc điểm nghề nghiệp, nông dân có tỉ lệ bị bệnh cao nhất là (43,8%), sau đó đến đối tượng hưu trí (36,6%), nghề tự do chiếm tỉ lệ 14,2%.



**Hình 3.1. Số lượng bệnh nền mắc kèm**

Hình 3.1 biểu đồ thể hiện số lượng bệnh mắc kèm của bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện. Bệnh nhân bị mắc 1 bệnh nền tỉ lệ là cao nhất là 42,6%, sau đó đến tỉ lệ bệnh nhân không mắc bệnh nền nào (34,0%), bệnh nhân bị mắc 2 bệnh nền chiếm 23,3% và không có bệnh nhân nào mắc 3 bệnh nền.

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>



**Hình 3.2. Số lượng bệnh nền mắc kèm**

Hình 3.2 biểu đồ thể hiện tỉ lệ các bệnh nền mắc kèm với bệnh viêm phổi của bệnh nhân. Bệnh nền chủ yếu là tăng huyết áp vô căn (15,5%), COPD (7,6), đái tháo đường (5,2%).

Từ những tỉ lệ khảo sát trên ta thấy, tuổi tác, nghề nghiệp, cũng như bệnh nền đều có thể ảnh hưởng đến khả năng mắc bệnh của bệnh nhân. Với nhóm tuổi  $\geq 65$  tuổi mắc nhiều hơn có thể do hệ thống miễn dịch suy giảm theo tuổi tác thì các cơ quan nói chung cũng bị suy giảm theo và trong đó hệ hô hấp cũng ảnh hưởng theo. Tỉ lệ mắc bệnh nam giới (65,47%) cao hơn nữ giới (34,53%) nguyên nhân có thể do nam giới hay hút thuốc lá, nghiện rượu cao hơn nữ giới dẫn đến hệ miễn dịch cũng suy giảm dễ mắc bệnh hơn [6] [7]. Trong các tỉ lệ về nghề nghiệp, người bệnh làm nông dân (43,8%) chiếm tỉ lệ cao nhất có thể giải thích do nông dân thường xuyên tiếp xúc với bụi bẩn, hóa chất nông nghiệp và các yếu tố nguồn nước ô nhiễm,... Bên hưu trí (36,6%) tỉ lệ ngay sau nông dân có thể do có tiền sử làm việc trong các môi trường độc hại, điều kiện làm việc không đảm bảo cũng như hệ miễn dịch nhóm tuổi này suy giảm dần dần đến tình trạng sức khỏe kém. Các tỉ lệ trên cho thấy các bệnh nền kèm theo là tăng huyết áp (15,5%), đái tháo đường (7,6%) và COPD (5,2%) là cao nhất. Các bệnh này thường hay gặp nhất với các đối tượng người lớn tuổi, các bệnh nền này đều dễ làm suy yếu hệ miễn dịch và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh về đường hô hấp cũng như biến chứng về phổi. Tỉ lệ mắc bệnh kèm cho thấy rằng phần lớn bệnh nhân viêm phổi có ít nhất một vấn đề sức khỏe khác, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý đồng thời các bệnh lý này để cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân viêm phổi. Bệnh viêm phổi là bệnh dễ tái diễn nhiều lần trong năm đặc biệt với những đối tượng dễ mắc bệnh thường là trẻ nhỏ, người lớn tuổi, người có hệ miễn dịch suy giảm, ...

### 3.2. Khảo sát đặc điểm tình hình sử dụng kháng sinh

- Phân loại đường dùng:

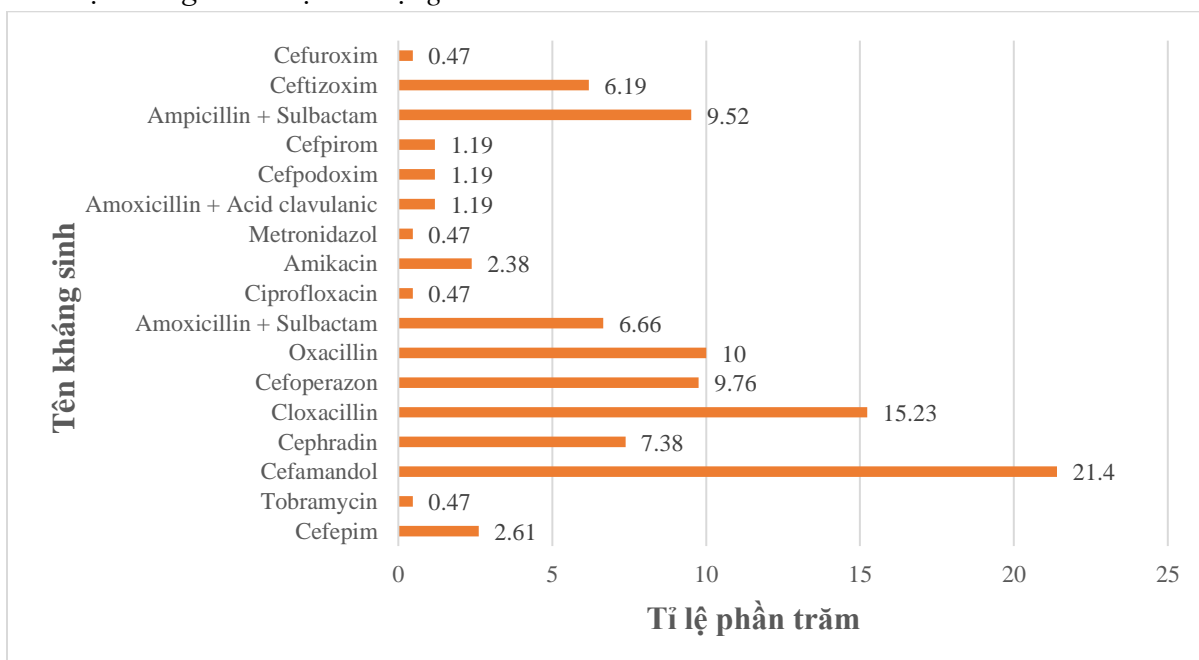
**Bảng 3.3. Đường dùng kháng sinh của bệnh nhân khoa nội tổng hợp.**

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>

TT	Đường dùng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Uống	11	2,62
2	Tiêm tĩnh mạch	409	97,38
<b>Tổng</b>		<b>420</b>	<b>100</b>

Kết quả nghiên cứu ở bảng về đường dùng thuốc cho thấy tiêm tĩnh mạch là phương pháp chủ yếu được sử dụng với tỷ lệ 97,38% (409 bệnh nhân). Điều này cho thấy việc sử dụng thuốc tiêm có thể mang lại hiệu quả điều trị nhanh chóng và hiệu lực cao hơn, đặc biệt trong các trường hợp nặng hoặc cần điều trị ở thể cấp tính. Khi bệnh thuyên giảm bác sĩ sẽ chuyển sang đường uống để giảm chi phí cho người bệnh.

- Các loại kháng sinh được sử dụng:



**Hình 3.3. Các loại kháng sinh dùng điều trị cho bệnh nhân**

Kết quả được trình bày ở hình 3.3 cho thấy Cefamandol là thuốc được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 21,4% (90 bệnh nhân), Cloxacillin đứng thứ hai với tỷ lệ 15,23% (64 bệnh nhân), Cefoperazol có tỷ lệ 9,76% (41 bệnh nhân), Ampicillin với Sulbactam chiếm tỷ lệ 9,52% (40 bệnh nhân), Cephadarine (7,38%, 31 bệnh nhân), Amoxicillin với Sulbactam (6,66% 28 bệnh nhân), Ceftizoxim (6,19%) cũng chiếm tỷ lệ đáng kể. Metronidazol và Ciprofloxacin, Tobramycin và Cefuroxim là những thuốc ít được sử dụng nhất với tỷ lệ lần lượt là 0,47% (2 bệnh nhân). Có nhiều loại kháng sinh khác nhau nên khi lựa chọn kháng sinh để điều trị cho bệnh nhân thì cần phải dựa trên các tình trạng nguy cơ nhiễm khuẩn, phổ kháng khuẩn của kháng sinh. Tại bệnh viện, kháng sinh được dùng chủ yếu là nhóm Beta-lactam, trong đó cao nhất là Cefamandol và Cloxacillin. Hai kháng sinh này với phổ kháng khuẩn rộng, điều này cho thấy xu hướng điều trị hiện nay là sử dụng kháng sinh phổ rộng và theo kinh nghiệm của bác sĩ điều trị. Theo “Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn” của Bộ Y tế (2015), lựa chọn kháng sinh theo kinh

<https://doi.org/10.65153/65zwc65>



nghiệm và phác đồ điều trị sử dụng kháng sinh của bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế.

- *Liều dùng và số lần đưa thuốc của các loại kháng sinh:*

**Bảng 3.4. Liều dùng và số lần sử dụng kháng sinh trong ngày**

TT	Tên kháng sinh	Liều dùng	Khuyến cáo	Số lần/ngày	Số lượt kê đơn	Tỷ lệ (%)
1	Ceftizoxim	1g	1-2g/l x 2l/ngày	3	26	5,01
2	Cefoperazon	2g	1-2g/l x 2l/ngày	2	41	7,91
3	Tobramycin	40mg/1ml	3-5mg/kg/ngày x 2 lần/ ngày	2	1	0,19
4	Oxacillin	1g	1-2g/l x 2l/ngày	2	42	8,10
5	Cefepim	1g	1-2g/l x 2l/ngày	2	11	2,12
6	Ampicillin	1g	1-2g/l x 2-3l/ngày	3	49	9,45
	Ampicillin	2g	1-2g/l x 2l/ngày	2	23	4,44
7	Sulbactam	0,5g	1-2g/l x 3l/ngày	3	66	12,74
	Sulbactam	1g	1-2g/l x 2l/ngày	2	23	4,44
8	Cloxacillin	1g	1-2g/l x 3l/ngày	2	64	12,35
9	Cepharadin	1g	1-2g/l x 2-3l/ngày	4	31	5,98
10	Amoxicillin (bột tiêm)	1g	1-2g/l x 2-3l/ngày	2	17	3,28
11	Cefodoxim	0,2g	1-2g/l x 2l/ngày	2	5	0,96
12	Amoxicillin	500	250-500mg/l x 3l/ngày	2	4	0,77
13	Acid clavulanic	62,5mg	125mg/l x 3l/ngày	2	4	0,77
14	Cefpirom	1g	1-2g/l x 2l/ngày	2	5	0,96
15	Metronidazol	750mg	500-750mg/l x 2l/ngày	2	2	0,38
16	Amikacin	500mg	15mg/kg/ngày x 2-3 lần/ ngày	1	10	1,93
17	Ciprofloxacin	500 mg	250-500mg/l x 2l/ngày	2	1	0,19
18	Cefuroxim	1g	0,75-1,5g/l x 3l/ngày	2	3	0,57
19	Cefamandol	1g	0,5-1g/l x 3-4l/ngày	4	90	17,37

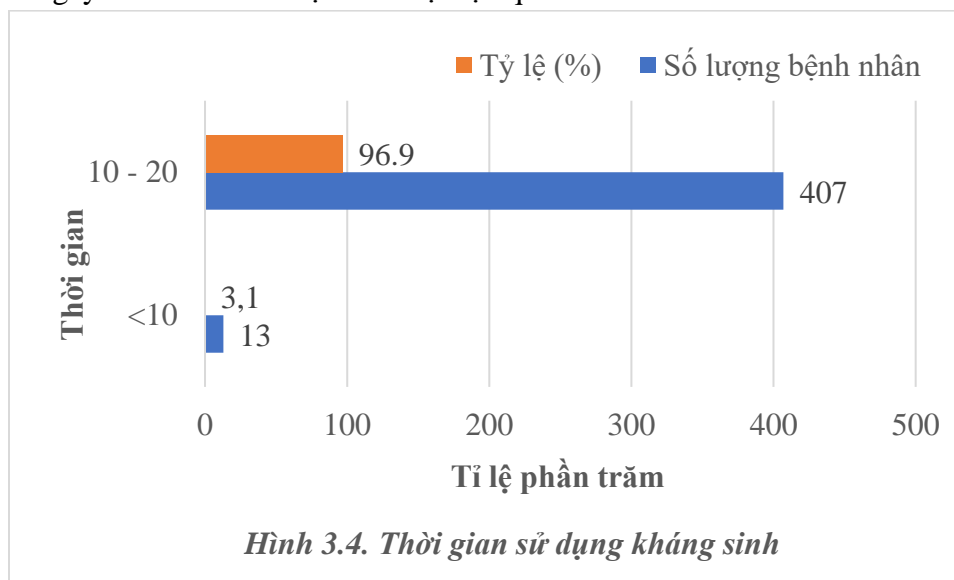
Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy, tỉ lệ kê đơn cao nhất là Cefamandol chiếm 17,37% với số lần kê là 90 lần, Sulbactam tỉ lệ kê đơn là 12,72% (66+23 lần kê), Cloxacillin chiếm 12,35% (64 lần kê), Ampicillin là 13,89% (49+23 lần kê), Oxacillin chiếm 8,1% (42 lần kê). Kết quả này phù hợp

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>

với hướng dẫn phác đồ điều trị viêm phổi người lớn của Bộ Y tế, ưu tiên dùng nhóm kháng sinh Beta-lactam. Với số lần kê đơn và số lần dùng thuốc trong ngày của các kháng sinh trên ta thấy lượng dùng phù hợp với khuyến cáo [9]. Việc kê kháng sinh không đúng liều lượng hay số lần dùng thuốc không phù hợp sẽ gây ra tình trạng điều trị không hiệu quả, tác dụng không mong muốn sẽ xảy ra và tỉ lệ kháng kháng sinh tăng cao. Do vậy, cần phải sử dụng đúng liều lượng và số lần dùng đúng theo quy định khuyến cáo để đảm bảo việc sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả và phù hợp với chi phí cho người bệnh.

- Thời gian sử dụng kháng sinh:

Kết quả ở hình 3.4 ta thấy, thời gian dùng thuốc dưới 10 ngày chiếm 3,1%, thời gian từ 10 – 20 ngày là 96,9%. Đây là phù hợp với nguyên tắc sử dụng kháng sinh cần phải dùng thuốc đúng đủ thời gian điều trị. Như vậy, tình trạng bệnh viêm phổi nhẹ thì có thể điều trị đạt kết quả tốt < 10 ngày. Còn với những trường hợp viêm phổi có nhiễm khuẩn nặng hơn cần đợt điều trị với độ dài từ 10 -20 ngày mới đảm bảo việc điều trị hiệu quả.



#### 4. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát đặc điểm bệnh nhân cho thấy phân bố bệnh nhân trên địa bàn tỉnh Nam Định có tổng cộng 10 đơn vị có bệnh nhân thì ở thành phố Nam Định (30,2%) và huyện Ý Yên (21,5) có tỉ lệ bệnh nhân điều trị tại viện là cao nhất. Độ tuổi  $\geq 65$  tuổi (57,38%) mắc bệnh viêm phổi cao hơn so với nhóm tuổi < 65 tuổi (42,62%), tỉ lệ bệnh nhân nam là 65,47% cao hơn so với tỉ lệ bệnh nhân nữ (34,53%). Nghề nghiệp bị bệnh tỉ lệ cao nhất là nông dân (43,8%), hưu trí trên 65 tuổi là 36,6%. Có 277 bệnh nhân mắc bệnh nền kèm theo, mắc 1 bệnh nền là 42,6%, mắc kèm 2 bệnh là 23,38%. Bệnh nền mắc kèm cao nhất là tăng huyết áp vô căn (15,5%), COPD (7,6), đái tháo đường (5,2%).

Khảo sát đặc điểm tình hình sử dụng kháng sinh: đường dùng chủ yếu là đường tiêm (97,38%). Có 17 loại kháng sinh dùng được dùng, trong đó Cefamandol là thuốc được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 21,4%, Cloxacillin đứng thứ hai với tỷ lệ 15,23%, thấp nhất là Metronidazol



và Ciprofloxacin, Tobramycin và Cefuroxim (0,47%). Liều dùng và số lần đưa thuốc của các loại kháng sinh thì kê đơn cao nhất là Cefamandol chiếm 17,37% với số lần kê là 90 lần, Sulbactam tỉ lệ kê đơn là 12,72% (66+23 lần kê), Cloxacillin chiếm 12,35% (64 lần kê), Ampicillin là 13,89% (49+23 lần kê), Oxacillin chiếm 8,1% (42 lần kê), thấp nhất là Ciprofloxacin là 1 lần (0,19%). Thời gian sử dụng kháng sinh với đợt điều trị chiếm tỉ lệ cao là 10 -20 ngày (96,9%).

Khảo sát này đã cung cấp những thông tin cần thiết để làm tài liệu tham khảo cho việc hướng dẫn sử dụng thuốc kháng sinh hợp lý, an toàn, hiệu quả phù hợp với khoa Nội tổng hợp, bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định. Cần thêm các nghiên cứu khác về tương tác thuốc, tác nhân gây bệnh để bác sĩ lựa chọn nhóm kháng sinh điều trị hiệu quả hơn.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Centers for Disease Control and Prevention (1995). “Pneumonia and influenza death rates--United States”, 1979-1994. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 44(28), pp.535-537.
2. Houston MS, Silverstein MD, Suman VJ (1997). “Risk factors for 30-day mortality in elderly patients with lower respiratory tract infection”. *Arch Intern Med* 1997; 157:2190–5.
3. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn, Ban hành kèm quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Ban hành kèm quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02 tháng 03 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. C. J. L. Murray, K. S. Ikuta, F. Sharara *et al.*, "Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis," *Lancet*, vol. 399, no. 10325, pp. 629-655, 2022.
6. Nguyễn Thoại Bảo Anh Nguyễn Thoại Bảo Anh (2018), “Phân tích tình hình sử dụng thuốc kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2017”, Luận văn thạc sỹ dược học, Đại học Dược Hà Nội.
7. Đồng Thị Xuân Phương (2013), “Đánh giá sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Hữu Nghị”, Luận văn thạc sỹ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội
8. Nguyễn Văn Việt (2017), “Phân tích tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa thị xã Phú Thọ năm 2017”, Luận văn dược sỹ chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội.
9. Bộ Y tế (2022), Dược thư quốc gia Việt Nam 3, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.

<https://doi.org/10.65153/65zwcd65>