

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NHI BÌNH DƯƠNG

Phùng Thị Kim Dung*, Nguyễn Thị Bích Ngọc*, Nguyễn Quang Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại khoa nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương từ tháng 01/16 đến tháng 8/17.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 400 hồ sơ của trẻ ≤ 5 tuổi.

Kết quả: Trong 400 trẻ tham gia nghiên cứu, lứa tuổi ở trẻ ≤ 12 tháng tỷ lệ cao nhất 54,80%, tỷ lệ 30,25% các trường hợp có dùng kháng sinh trước nhập viện. Trẻ nhập viện trung bình là ngày thứ 5,89 của bệnh, lý do nhập viện chủ yếu là trẻ có triệu chứng ho tỷ lệ 35,25%, ho và khò khè tỷ lệ 21,75%. (1) Các trường hợp dùng kháng sinh (ho: 93,25%, khò khè: 63,50%; rale phổi: 78,75%); Cận lâm sàng gợi ý nhiễm khuẩn đường hô hấp như bạch cầu máu tăng: 46,22%; Xquang có tổn thương phổi: 53,78%. (2) Tỷ lệ 82,75% kháng sinh điều trị cho các trẻ được chẩn đoán viêm đường hô hấp dưới; (3) Kháng sinh nhóm Cephalosporins thế hệ 3 chiếm tỷ lệ 98,94%; (4) Kháng sinh kết hợp ở nhóm trẻ ≤ 3 tháng tuổi cao hơn nhóm tuổi khác; (5) Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình 4,77 ngày $\pm 1,47$, trẻ viêm hô hấp dưới có thời gian dùng kháng sinh đến 5 ngày là 54,08%.

Kết luận. Việc chỉ định kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em chủ yếu theo kinh nghiệm lâm sàng của thầy thuốc do đó cần xác định nguyên nhân gây bệnh và có sự giám sát chặt chẽ các tiêu chuẩn sử dụng kháng sinh cho trẻ em.

Từ khoá: Điều trị kháng sinh, trẻ em, nhiễm khuẩn hô hấp cấp.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF ANTIBIOTIC USAGE TREATMENT ACUTE RESPIRATORY TRACT INFECTIONS ADMITED INTO PEDIATRIC DIPARTMENT OF BINH DUONG OGBYN AND PEDIATRIC HOSPITAL

Phung Thi Kim Dung, Nguyen Thi Bich Ngoc, Nguyen Quang Cuong.

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 22 - No 4- 2018: 239 – 244

Objective: Assessment of the status of antibiotic use in acute Respiratory infections at Pediatric Hospital of Binh Duong Pediatric Hospital from January 2016 to August 2017.

Methods: A Retrospective case series study.

Results: The authors found that: (1) all antibiotic use cases were based on clinical signs (93.25% of coughs, 63.50% of wheezing, 78.75% of lung rales); Clinical evidence of respiratory tract infections such as white blood cell increased 46.22%; the rate of 53.78% Lung injury in Xray. (2) The rate of 82.75% antibiotic treatment for children diagnosed with lower respiratory infections; (3) Third-generation cephalosporin antibiotics accounting for 98.94%; (4) combination antibiotics in infants ≤ 3 months of age higher than other age groups; (5) The mean lengths of antibiotic usage was 4.77 days ± 1.47 , children with lower respiratory infections had antibiotic time for 5 days was 54.08%.

* Bệnh viện Phụ sản Nhi Bình Dương

Tác giả liên lạc: Bs Phùng Thị Kim Dung,

ĐT: 0918285531,

Email: bskimdung1963@gmail.com.

Conclusion: *The indication of antibiotics for the treatment of respiratory tract infections in children is mainly based on the clinical experience of the physician so it is necessary to determine the cause of the disease and to closely monitor the standards of antibiotic use for children.*

Key words: *Antibiotherapy, children, Respiratory tract Infection.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính của đường thở: từ tai, mũi, họng, đường dẫn khí (thanh quản, khí quản, phế quản) cho đến phổi. Ước tính một em bé dưới 5 tuổi có thể bị NKHHCT 5-8 lần mỗi năm, số trẻ mắc bệnh hô hấp đến khám tại các cơ sở y tế hàng năm 30 - 40 % trên tổng số trẻ em đến khám.

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em thường do nguyên nhân vi khuẩn như Phế cầu, Tụ cầu, H. Influenza. Do vi rút hợp bào hô hấp, adenovirus, para influenza. Do ký sinh trùng và nấm Viêm phổi ở trẻ em có thể do Pneumocystis carinii, Toxoplasma, Histoplasma, Candida spp. Trên thực tế, việc phân lập được tác nhân gây bệnh không dễ dàng^(3,6).

Khoảng 20-25% trẻ bị NKHHCT diễn tiến thành viêm phổi, cần điều trị kháng sinh thích hợp để tránh biến chứng và tử vong^(3,6). Lựa chọn kháng sinh điều trị viêm phổi ở trẻ em chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng, lứa tuổi, tình trạng miễn dịch, mức độ nặng nhẹ của bệnh cũng như tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp để có quyết định thích hợp^(1,2). Song việc lạm dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp vẫn còn phổ biến và việc đề kháng kháng sinh đang phát triển không ngừng trên những bệnh nguyên gây nhiễm khuẩn hô hấp. Đề kháng kháng sinh làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, nguy cơ tử vong, thời gian điều trị kéo dài, chi phí điều trị tăng cao, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh và cộng đồng^(1,5).

Tại Việt Nam nghiên cứu tại cộng đồng năm 2006 cho thấy tình trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp thể nhẹ ở trẻ dưới năm tuổi tại khu vực nông thôn Việt Nam là 63%⁽¹⁾. Nghiên cứu năm 2006

của bệnh viện nhi đồng 2 kháng sinh dùng điều trị bệnh viêm tiểu phế quản chiếm tỷ lệ 80%⁽⁷⁾. Nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2006 bệnh nhi viêm phổi được điều trị kháng sinh trước khi nhập viện là 63%⁽⁴⁾.

Khoa nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương hàng năm có đến 80% bệnh nhân nhập viện do bệnh lý về đường hô hấp. Để đánh giá thực tế sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp chúng tôi tiến hành đề tài: “Khảo sát sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại khoa nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương”.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp cấp tại khoa Nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Dân số nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Bệnh nhi nằm nội trú tại khoa nhi bệnh viện bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp và được chỉ định sử dụng ít nhất một loại kháng sinh.

Dân số chọn mẫu

Tất cả trẻ em <5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương được dùng kháng sinh để điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ tháng 1/2016 đến tháng 8/2017.

Cỡ mẫu

400 bệnh nhân

Công thức: $n = Z^2 (1-\alpha/2).p (1-p)/d^2$. Với: $\alpha = 0,05$, tra bảng $Z = 1,96$, ($P=0,63$).

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả hồ sơ bệnh án nhi được chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp nằm điều trị nội trú tại khoa nhi từ tháng 1/16 – 8/17.

Lứa tuổi bệnh nhi ≤ 5 tuổi.

Tiêu chuẩn loại

Bệnh án không thu thập được thông tin liên quan đến sử dụng kháng sinh.

Các dấu hiệu nghi nhiễm khuẩn ở bệnh nhi viêm đường hô hấp cấp tính

Lâm sàng:

Sốt: $\geq 39^{\circ}\text{C}$ kèm theo.

Thở nhanh:

Trẻ dưới 2 tháng: thở nhanh khi nhịp thở từ 60 lần/phút trở lên.

Trẻ từ 2 tháng đến dưới 12 tháng: thở nhanh khi từ 50 lần/phút trở lên.

Trẻ từ 12 tháng đến dưới 5 tuổi: thở nhanh khi từ 40 lần/phút trở lên.

Ngoài ra có thể có các dấu hiệu khác như:

Ho, khô khè, thở rút lõm liên sườn và hõm ức, Bỏ bú/bỏ ăn, Co giật, ngủ li bì,

Thở có tiếng rít, Tím tái, ngưng thở,

Khám có rales ở phổi.

Dấu hiệu cận lâm sàng:

XN máu bạch cầu tăng $> 10.000 \text{ mm}^3$ máu (đối trẻ lớn), $> 20.000 \text{ mm}^3$ đối trẻ < 2 tháng và bạch cầu giảm $< 5.000 \text{ mm}^3$ máu.

CRP tăng $> 20 \text{ mg/dl}$

XQ phổi có ghi nhận tổn thương: Đám mờ thâm nhiễm nhu mô tập trung hay rải rác, một hay hai bên phổi. Đám mờ thâm nhiễm có thể khu trú ở một vùng, một thùy phổi.

Phân tích số liệu

Phần mềm Stata 10.0.

KẾT QUẢ

Qua 400 hồ sơ bệnh án có sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh lý hô hấp từ tháng 1/16

đến tháng 8/17 tại khoa nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương, ghi nhận như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n= 400	%
Nam	249	62,25
Nữ	151	37,75
Nhóm tuổi		
10 ngày - 3 tháng	97	24,25
>3 tháng - 12 tháng	122	30,55
>12 tháng - 36 tháng	142	35,50
>36 tháng - 60 tháng	39	9,75
Ngày nhập viện của bệnh		
Trung bình: $5,895 \pm 7,689$ (ngày)		
Ngắn nhất: 1 ngày		
Dài nhất: 14 ngày		
Kháng sinh dùng trước nhập viện		
Có dùng	121	30,25
Không dùng	133	33,25
Không rõ loại	146	36,50
Lý do nhập viện		
Ho, sốt, khô khè	42	10,50
Ho	141	35,25
Sốt	76	19,00
Ho, sốt	54	13,50
Ho, khô khè	87	21,75

Nhận xét: Lứa tuổi ở trẻ ≤ 12 tháng tỷ lệ cao nhất 54,80%, tỷ lệ 30,25% các trường hợp có dùng kháng sinh trước nhập viện. Trẻ nhập viện trung bình là ngày thứ 5,89 của bệnh, lý do nhập viện chủ yếu là trẻ có triệu chứng ho tỷ lệ 35,25%, ho và khô khè tỷ lệ 21,75%.

Chẩn đoán khi trẻ nhập viện**Bảng 2. Chẩn đoán lúc nhập viện dùng kháng sinh**

Chẩn đoán	n= 400	%
Viêm mũi họng	38	9,50
Viêm họng	15	3,75
Viêm amidan	2	0,50
Viêm thanh quản	14	3,50
Suyễn bội nhiễm	3	0,75
Viêm tiểu phế quản	92	23,00
Viêm phế quản	107	26,75
Viêm phổi	129	32,25
Tổng cộng	400	100

Nhận xét: Trẻ nhập viện chủ yếu được chẩn đoán là viêm đường hô hấp dưới: Viêm phổi chiếm tỷ lệ 32,25%, viêm phế quản 26,75%, viêm tiểu phế quản 23%.

Các bằng chứng nghi ngờ nhiễm khuẩn

Dấu hiệu lâm sàng khi có chỉ định sử dụng kháng sinh

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Kết quả	n	%
Sốt	Có	186	46,50
	Không	214	53,50
Tổng		400	100
Ho	Có	373	93,25
	Không	27	6,75
Tổng		400	100
Sổ mũi	Có	58	14,5
	Không	342	85,5
Tổng		400	100
Bỏ ăn, bú	Có	10	2,50
	Không	390	97,50
Tổng		400	100

Nhận xét: Trong số các trường hợp chỉ định kháng sinh trẻ có triệu chứng ho chiếm tỷ lệ 93,25% sau đó là sốt chiếm tỷ lệ 46,50%, các triệu chứng khác trẻ sổ mũi, bỏ ăn bỏ bú tỷ lệ thấp.

Bảng 4. Triệu chứng khám thực thể

Bệnh nhi có biểu hiện trên lâm sàng	Có	%	Không	%
Khò khè	254	63,50	146	36,50
Thở nhanh	57	14,25	343	85,75
Thở rít	18	4,50	382	95,50
Tím tái	8	2,00	392	98,00
Có Rales phổi	315	78,75	85	21,25

Nhận xét: Trong khám thực thể dấu hiệu khò khè có tỷ lệ là 63,50%, phổi có Rales là 78,75%, thở nhanh chỉ có 14,25%, dấu hiệu thở rít, tím tái có tỷ lệ rất thấp.

Các bằng chứng cận lâm sàng nghi ngờ nhiễm khuẩn như xét nghiệm bạch cầu máu tăng chiếm tỷ lệ 45,50%, Xét nghiệm CRP tăng tỷ lệ

Bảng 5. Đánh giá xét nghiệm máu, XQ phổi thời điểm chỉ định kháng sinh

28,00%, XQ phổi ghi nhận tổn thương tỷ lệ 46,22% (Bảng 5).

Bảng 5. Đánh giá xét nghiệm máu, XQ phổi thời điểm chỉ định kháng sinh

Cận lâm sàng	Kết quả	n	%
Bạch cầu máu tăng	Tăng	182	45,50
	Giảm	7	1,75
	Bình thường	211	52,75
CRP	Tăng	112	28,00
	Bình thường	195	48,75
	Không làm	93	23,25
XQ phổi	Có tổn thương	153	46,22
	Chưa ghi nhận tổn thương	178	53,78

Bảng 6. Bảng nhóm kháng sinh và đường dùng

Đường dùng/ Nhóm kháng sinh	Uống		Tĩnh mạch 1 loại KS		Phối hợp TM 2 loại KS	
	n	%	n	%	n	%
Penicillins	38	63,33				
Cephalosporins thế hệ 2(C2)	5	8,33				
Cephalosporins thế hệ 3(C3)	7	11,66	281	98,94		
C3 + Aminoglycosides					42	75
C3+ Penicillins (Ampicillin)					14	25
Fluoroquinolones (Ciprofloxacin)			3	1,06		
Macrolides	10	16,66				
Tổng cộng (400)	60	100%	284	100%	56	100%

Nhận xét: Thuốc kháng sinh loại uống chủ yếu là nhóm Penicillins (Clamoxyl, Augmentin). Thuốc tiêm tĩnh mạch chủ yếu là Cephalosporins thế hệ 3. Thuốc phối hợp 02 loại kháng sinh chủ yếu là Cephalosporins thế hệ 3 và Aminoglycosides chiếm tỷ lệ 75%.

Bảng 7. Thời gian dùng kháng sinh

Thời gian/ Nhóm bệnh	3 ngày		4-5 ngày		> 5 ngày		Cộng
	n	%	n	%	n	%	
Viêm hô hấp trên	33	47,83	30	43,48	6	8,69	69 (17,25%)
Viêm hô hấp dưới	64	19,34	179	54,08	88	26,58	331 (82,75%)
Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình	4,77 ngày ± 1,47 (ngắn nhất 02 ngày dài nhất 10 ngày)						

Nhận xét: Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 4,77 ngày ± 1,47. Tỷ lệ dùng kháng

sinh ở trẻ viêm hô hấp dưới là 82,75%, thời gian dùng kháng sinh đến 5 ngày là 54,08%.

Bảng 8. Tỷ lệ nhóm tuổi dùng kháng sinh uống hay tĩnh mạch

Nhóm tuổi	Chẩn đoán	KS uống		KS tĩnh mạch 1 loại KS		Kết hợp 2 loại KS		Tổng
		n	%	n	%	n	%	
10 ngày - 3 tháng		16	16,49	59	60,82	22	22,68	97
>3 tháng - 12 tháng		16	13,11	93	76,23	13	10,66	122
>12 tháng – 36 tháng		24	16,90	103	72,54	15	10,56	142
>36 tháng – 60 tháng		4	10,26	29	74,36	6	15,38	39
Tổng		60	15,00	284	71,00	56	14,00	400

Nhận xét: Kháng sinh dùng đường tĩnh mạch với 01 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ 71%; Dùng kết hợp 2 loại kháng sinh chỉ 14%. Nhóm tuổi từ 3 tháng trở xuống tỷ lệ kháng sinh tĩnh mạch kết hợp hai kháng sinh là 22,68% cao hơn so với các nhóm khác.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ ≤ 12 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 54,80%, phù hợp với đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là một nhóm bệnh rất phổ biến ở trẻ em đặc biệt ở nhóm tuổi trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi.

Trẻ dùng kháng sinh trước nhập viện chiếm tỷ lệ 30,25% thấp hơn so nghiên cứu của Hoàng Thị Huệ⁽²⁾ tỷ lệ 71% và bệnh viện Nhi Đồng 1 có 80% trẻ đến khám đều có dùng kháng sinh trước, trong đó 70% trẻ bị cảm ho thông thường được cha mẹ tự điều trị bằng kháng sinh⁽⁷⁾. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh cho thấy có 66,0% trẻ đã được sử dụng kháng sinh trước khi vào viện, trong số đó chỉ có 44,5% là được dùng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ, còn 18,5% là tự mua thuốc⁽⁴⁾. Song điều này cũng khó tin tưởng vì nhiều khi cha mẹ cũng không rõ trẻ có được dùng kháng sinh hay không bởi vì có tới 36,50% khi nhập viện không cầm theo toa cũ. Lý do chính để cha mẹ đưa trẻ đến nhập viện là ho, sốt, khó khê chiếm tỷ lệ 35,25%.

Chẩn đoán lúc nhập viện dùng kháng sinh chủ yếu là viêm đường hô hấp dưới chiếm tỷ lệ cao 82,75% tương đương kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Huệ là 81,25%⁽²⁾.

Trong nghiên cứu chỉ định dùng kháng sinh dựa trên trẻ có dấu hiệu lâm sàng ho, khó khê, sốt và phổi có rales, các dấu hiệu cận lâm sàng biểu hiện nhiễm khuẩn chỉ <50%, điều này có thể

lý giải bệnh nhân có thể do dùng kháng sinh trước nhập viện (tỷ lệ 30% biết rõ ràng kháng sinh, >30% không biết rõ thuốc gì), hoặc thực sự bệnh nhân chưa có nhiễm khuẩn việc điều trị nhằm vào triệu chứng ho, khó khê, sốt, bởi vì việc chẩn đoán vi khuẩn học (nuôi cấy dịch họng hầu) chưa thực hiện, chỉ định điều trị kháng sinh chủ yếu theo kinh nghiệm.

Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy trong số 400 trẻ dùng kháng sinh, dùng bằng đường uống chỉ 15% và 75% được điều trị bằng đường tiêm. Theo một số hướng dẫn thì kháng sinh đường uống là phù hợp và có thể điều trị ban đầu cho các trường hợp viêm phổi mắc phải tại cộng đồng^(3,6). Tuy nhiên khi nhập viện việc dùng kháng sinh uống thường khó thực hiện vì 1/3 số trẻ đã được uống trước khi nhập viện.

Tại Việt Nam, một công trình nghiên cứu đa trung tâm trên 204 chủng vi khuẩn *S. pneumoniae* phân lập từ các bệnh phẩm lấy trên các bệnh nhân được lâm sàng chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp cấp. Kết quả cho thấy có đến 80% vi khuẩn *S. pneumoniae* là kháng Penicillin và 42% là trung gian⁽⁵⁾. Có lẽ vì lý do đó mà KS nhóm Penicillin chỉ được sử dụng với tỷ lệ rất thấp 10,0%, kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Cephalosporin. Trong nghiên cứu này loại kháng sinh mà chúng tôi dùng chủ yếu là Cephalosporins thế hệ 3 (98,84%) và thuốc phối hợp là C3 kết hợp Aminoglycosides (75%).

Nhóm trẻ ≤ 3 tháng có tỷ lệ dùng kháng sinh kết hợp 22,68% điều này cũng phù hợp trong các báo cáo nhóm tuổi này thường diễn biến suy hô hấp nặng do đó vấn đề chủ động phối hợp kháng sinh ngay từ đầu ở nhóm này là hợp lý^(3,6). Trẻ dùng kháng sinh ngắn ngày nhất là 2 ngày,

nhiều nhất là 10 ngày. Thời gian sử dụng kháng sinh từ 4 - 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 54,08% điều này phù hợp tối thiểu với khuyến cáo về sử dụng kháng sinh^(3,6). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Huệ trong nhóm 950 trẻ nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính⁽²⁾ có số ngày điều trị trung bình là $8,4 \pm 2,3$ ngày và nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh trên 303 trẻ viêm phổi tại bệnh Viện Bạch Mai Hà Nội⁽⁴⁾, số ngày điều trị trung bình là $8,71 \pm 4,23$ ngày. Bệnh viện của chúng tôi là tuyến tỉnh, đi lại gần hơn nên bệnh nhân có thể dùng tiếp tục thuốc uống khi xuống thang và cho về nhà để giảm thời gian phải nằm viện.

Về nguyên tắc MINDME trong sử dụng kháng sinh⁽³⁾, qua khảo sát cho thấy: chỉ định kháng sinh có dựa trên bằng chứng nhưng chủ yếu là bằng chứng lâm sàng, kháng sinh dùng đơn trị liệu trong hầu hết các trường hợp, thời gian điều trị tối thiểu cho đến 5 ngày.

Hạn chế của đề tài chưa có kết quả xác định bằng chứng vi khuẩn, do đó cần có các nghiên cứu tiếp theo để xác định tác nhân gây nhiễm khuẩn đường hô hấp từ đó có chỉ định kháng sinh hợp lý hơn.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát 400 trường hợp sử dụng kháng sinh trong bệnh lý hô hấp tại khoa Nhi bệnh viện Phụ Sản Nhi Bình Dương chúng tôi ghi nhận:

Tất cả các trường hợp dùng kháng sinh chủ yếu dựa vào lâm sàng dấu hiệu trẻ có ho: 93,25%, khò khè: 63,50%; rale phổi: 78,75%; Cận lâm sàng gợi ý nhiễm khuẩn đường hô hấp (bạch cầu máu tăng: 46,22%; Xquang có tổn thương phổi: 53,78%).

Kháng sinh điều trị chủ yếu cho các trẻ được chẩn đoán viêm đường hấp dưới tỷ lệ 82,75%. Kháng sinh nhóm Cephalosporins thế hệ 3 chiếm tỷ lệ 98,94%, kháng sinh kết hợp ở nhóm trẻ ≤ 3 tháng tuổi cao hơn nhóm tuổi khác.

Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình 4,77 ngày $\pm 1,47$. Trẻ viêm hô hấp dưới có thời gian dùng kháng sinh đến 5 ngày là 54,08%.

KIẾN NGHỊ

Cần có sự giám sát chặt chẽ về các tiêu chuẩn sử dụng kháng sinh trong nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoa NQ (2007), Unnecessary antibiotic use for mild acute respiratory infections in 28-day follow-up of 823 children under five in rural Vietnam. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 48(3), p.435-440.
2. Hoàng Thị Huệ, Lê Thị Kim Dung (2013) "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên năm 2012", tr.36-37.
3. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Bộ Y Tế (2015), *Chương nhiễm khuẩn hô hấp - sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng ở trẻ em*, tr: 82-92.
4. Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Văn Bằng (2006) " Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi ở trẻ em tại khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai năm 2006" *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ bản Số 4- 2007, tr.56.
5. Nguyễn Văn Kính (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam", *Global Antibiotic Resistance Partnership*, p. 3 - 4.
6. Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2013). Bệnh viện Nhi Đồng 1, viêm phổi : tr.752-756.
7. Phạm Thị Minh Hồng (2007). Khảo sát sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm tiểu phế quản tại bệnh viện Nhi Đồng 2, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 11, Phụ bản Số 1- 2007, tr.121-125.

Ngày nhận bài báo: 14/03/2018

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 15/05/2018

Ngày bài báo được đăng: 30/06/2018