

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sự thay đổi tế bào lympho trong máu ngoại biên của 92 người gồm 29 người chung, 20 bệnh nhân ung thư bàng quang nồng 15 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn và 28 bệnh nhân ung thư niêm mạc miệng chúng tôi nhận thấy:

1. Trị số trung bình của các dòng tế bào lympho trong máu ngoại biên:

- Của người lành: CD3 =  $1070 \pm 117$  tb/mcl; CD4 =  $830 \pm 438$  tb/mcl; CD8 =  $459 \pm 229$  tb/mcl; CD4/CD3 =  $0,755 \pm 0,359$ ; CD4/CD8 =  $1,523 \pm 0,352$ .

- Của bệnh nhân ung thư bàng quang nồng: CD3 =  $1073 \pm 229$  tb/mcl; CD4 =  $776 \pm 239$  tb/mcl; CD8 =  $534 \pm 155$  tb/mcl; CD4/CD3 =  $0,713 \pm 0,157$ ; CD4/CD8 =  $1,261 \pm 0,170$ .

- Của bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn: CD3 =  $1106 \pm 98$  tb/mcl; CD4 =  $580 \pm 52$  tb/mcl; CD8 =  $577 \pm 36$  tb/mcl; CD4/CD3 =  $0,551 \pm 0,374$ ; CD4/CD8 =  $1,018 \pm 0,763$ .

- Của bệnh nhân ung thư niêm mạc miệng: CD3 =  $1071 \pm 263$  tb/mcl; CD4 =  $621 \pm 272$  tb/mcl; CD8 =  $444 \pm 156$  tb/mcl; CD4/CD3 =  $0,567 \pm 0,110$ ; CD4/CD8 =  $1,549 \pm 0,449$ .

2. Tỷ số CD4/CD8 có giá trị tiên lượng trong chẩn đoán ung thư bàng quang. Tỷ số này càng thấp thì ung thư bàng quang càng có chiều hướng chuyển từ giai đoạn ung thư nồng sang giai đoạn ung thư xâm lấn (bình thường: # 1,52; ung thư BQ nồng: # 1,26; ung thư BQ xâm lấn: # 1,02). Không có thông số nào có giá trị giúp chẩn đoán ung thư niêm mạc miệng.

3. Như vậy, có thể sử dụng tỷ số CD4/CD8 như một xét nghiệm góp phần trong chẩn đoán một u bàng quang là ung thư hay u lành và giúp theo dõi tiến triển của ung thư bàng quang (từ thể nồng sang thể xâm lấn) trong quá trình điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An. Miễn dịch trong ung thư và hội chứng tăng triển tế bào trong ung thư. Miễn dịch học. NXB Y Học Hà Nội: 158-164; 1989.

2. Nguyễn Chấn Hùng, Vũ Văn Vũ, Nguyễn Mạnh Quốc (Dịch từ R.R. Love). Sinh học tế bào và phân tử của bệnh ung thư. Cẩm nang ung bướu học lâm sàng. NXB Y Học, xuất bản lần thứ VI: 1-5; 1995.

3. Phan Thị Phi Phi: Nhận dạng tế bào máu. Miễn dịch học. NXB Y Học Hà Nội: 158-164; 1989.

4. Nguyễn Tuấn Vinh: Hóa liệu pháp hỗ trợ trong điều trị ung thư bàng quang. Luận án tiến sĩ y học. Mã số 03.01.27. 1999.

5. Boccafoschi C.: Lateeffects of intravesical BCG immunotherapy on bladder mucosa infiltrating lymphocytes: An immunohistochemical study. Eur. Urol. 27 (4), 334-338, 1995.

6. Boccafoschi C.: Lateeffects of intravesical BCG immunotherapy on bladder mucosa infiltrating lymphocytes: An immunohistochemical study. Eur. Urol. 27 (4), 334-338, 1995.

7. Crowder W., Gertner HR.: Correlation of preoperative lymphocyte reactivity with the clinical course of cancer patients. Surg. Gyneco. Abdom. Obstet. 136: 380-384. 1973

8. David Male: Immunity and tumor prevention. Clinical immunology. Gower Medical Publishing. 19 91; 20.1 – 20.9.

9. Fidler LJ, Schroit: Recognition and destruction of neoplastic cells by activated macrophages. Biochim. & Biophys. Acta 1989; 948: 151 – 173.

10. Glenn J. Lowlor, Thomas Fisher: Manual of Allergy and Immunology. CD-ROM, Corporated Technology Ventures. Philadelphia. 1997.

## ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN NÔNG NGHIỆP GIAI ĐOẠN 2009 – 2011

NGUYỄN THỊ HÀ PHƯƠNG, NGUYỄN MAI HOA,  
VÕ THỊ THU THỦY, NGUYỄN HOÀNG ANH

Trung tâm DI & ADR Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội  
NGUYỄN NGỌC LONG – Bệnh viện Nông nghiệp

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, việc sử dụng kháng sinh không phù hợp, quá rộng rãi, thiếu kiểm soát chặt chẽ, đặc biệt là các kháng sinh mới có phổ tác dụng rộng là nguyên nhân chính làm xuất hiện đề kháng kháng sinh. Tại Việt Nam, trong khi tỷ lệ mắc các bệnh lý nhiễm khuẩn còn ở mức rất cao, đứng hàng thứ hai trong số các bệnh lý ghi nhận năm 2008 (16,7%) [2] thì tỷ lệ đề kháng kháng sinh cũng luôn ở mức báo động. Vì vậy, cùng với các biện pháp tăng cường quản lý, nhiều nghiên cứu đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh đã được thực hiện.

Bệnh viện Nông nghiệp là bệnh viện đa khoa hạng

II với mô hình bệnh tật đa dạng, việc sử dụng kháng sinh luôn chiếm tỷ trọng rất lớn. Cho đến nay chưa có nghiên cứu đánh giá nào về tình hình sử dụng kháng sinh được tiến hành tại bệnh viện. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh giai đoạn 2009 – 2011 và đánh giá việc sử dụng ceftriaxon tại bệnh viện Nông nghiệp.

### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nội dung 1: Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Nông nghiệp giai đoạn 2009 – 2011

#### 1.1. Đối tượng nghiên cứu

Số liệu sử dụng kháng sinh đường toàn thân tại

11 khoa điều trị của bệnh viện từ năm 2009 đến năm 2011 được thu thập thông qua phần mềm quản lý thuốc của khoa Dược.

Số liệu thống kê về số ngày nằm viện và tổng số bệnh nhân nội trú được thu thập tại phòng Kế hoạch tổng hợp. Các khoa điều trị được chia thành 4 khối: Nội, Ngoại, Hồi sức cấp cứu và Nhi. Trong đó, khối Nội bao gồm khoa Nội tổng hợp, khoa Nội tim mạch, khoa Tai mũi họng, khoa Răng hàm mặt và khoa Mắt. Khối Ngoại bao gồm khoa Ngoại, khoa Gây mê hồi sức và khoa Sản. Khối Hồi sức cấp cứu gồm khoa Hồi sức cấp cứu và khoa Cấp cứu lưu.

### 1.2. Phương pháp nghiên cứu

Chỉ số DDD/100 ngày nằm viện trên từng kháng sinh và nhóm kháng sinh được tính theo công thức sau:

$$\text{DDD / 100 ngày nằm viện} = \frac{\text{Tổng số gam sử dụng} \times 100}{\text{DDD} \times \text{số ngày nằm viện}}$$

Dữ liệu về DDD được tham khảo từ trang web của WHO: <http://www.whocc.no/>.

## 2. Nội dung 2: Đánh giá việc sử dụng ceftriaxon tại bệnh viện Nông nghiệp

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Kết quả khảo sát việc sử dụng của kháng sinh tại bệnh viện trong ba năm từ 2009 đến 2011 cho thấy cephalosporin thế hệ 3 (C3G) là nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất, đặc biệt là ceftriaxon. Vì vậy, chúng tôi quyết định lựa chọn ceftriaxon để đánh giá sự phù hợp về chỉ định và giám sát các biến cố bất lợi (ADE) xảy ra trong quá trình sử dụng thuốc, thông qua khảo sát tất cả bệnh án có thời gian sử dụng ceftriaxon trên 3 ngày, nhập viện trong giai đoạn từ ngày 01/11/2011 tới 30/11/2011.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Xây dựng bộ tiêu chí đánh chỉ định ceftriaxon theo kinh nghiệm căn cứ vào các tài liệu y văn là AHFS Drug Information Essentials 2011 [8] và The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy 2010 [10] (bảng 1). Ghi nhận thông tin về các ADE xảy ra trong quá trình sử dụng thuốc thông qua biểu hiện lâm sàng được ghi nhận trong bệnh án và kết quả xét nghiệm. Việc giám sát ADE được đánh giá dựa trên bộ tiêu chí của Hyuck Lee và cộng sự xây dựng cho ceftriaxon năm 2009 [11].

Bảng 1. Bộ tiêu chí đánh giá chỉ định và giám sát biến cố bất lợi của ceftriaxon

Tiêu chí	Tiêu chuẩn đánh giá	
CHỈ ĐỊNH		<p>Chỉ định theo kinh nghiệm trong các trường hợp sau: Nhiễm trùng xương khớp, nhiễm trùng ổ bụng, viêm màng não và các nhiễm trùng thần kinh trung ương khác, nhiễm trùng hô hấp dưới, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng vùng xương chậu, nhiễm trùng tiêu hóa do <i>Salmonella</i> và <i>Shigella</i>, viêm tai giữa, sốt ở bệnh nhân giảm bạch cầu trung tính.</p> <p>Sử dụng trong dự phòng phẫu thuật trong các trường hợp sau: Phẫu thuật cắt túi mật, phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật cắt bỏ tử cung, các phẫu thuật có nguy cơ cao nhiễm trùng vết mổ như: phẫu thuật tim mỏ, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, phẫu thuật lòng ngực, phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo.</p> <p>Chống chỉ định: mẫn cảm với ceftriaxon hoặc kháng sinh cephalosporin khác, vàng da sơ sinh, đặc biệt ở trẻ thiếu tháng, trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi sử dụng các dung dịch tiêm truyền có chứa canxi.</p>
BIẾN CÓ BẤT LỢI	Da	Mày đay, phù Quinck, mẩn ngứa, ban đỏ, hội chứng Stevens-Johnson.
	Tiêu hóa	Buồn nôn, nôn, khó tiêu, tiêu chảy, táo bón, đau bụng, loét miệng, khó nuốt, thẳng ruột, tắc ruột, khô miệng, chảy máu tiêu hóa, viêm ruột kết mạc già. Viêm ruột kết mạc già liên quan tới kháng sinh phải có ít nhất 2 trong số các triệu chứng: sốt, tiêu chảy, đau bụng, tắc ruột; nội soi trực tràng hoặc soi ruột kết phát hiện dịch vang trắng hoặc giả mạc; sinh thiết cho thấy sự thay đổi của mô; có sự có mặt của bạch cầu trong phân
	Gan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kết quả xét nghiệm chức năng gan cao hơn ít nhất 2 lần so với giới hạn tối đa thông thường cho 1 hoặc nhiều các xét nghiệm sau: ASAT, ALAT, phosphatase kiềm, bilirubin.</li> <li>- Triệu chứng lâm sàng của bệnh gan: đau vùng gan, vàng da, buồn nôn, nôn...</li> <li>- Sỏi túi mật, bùn túi mật...</li> </ul>
	Thận	Tiểu tiện ra máu, tăng creatinin huyết thanh
	Thần kinh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thần kinh ngoại vi: Dị cảm, tê liệt, mất điều vận, mất phối hợp hoặc co giật</li> <li>- Thần kinh trung ương: Lờ mờ, mệt mỏi, chóng mặt, choáng váng, hôn mê, rối loạn tâm thần, trầm cảm, thao cuồng, lo sợ, lẩn lộn, ảo giác, mất ngủ...</li> </ul>
	Máu	Giảm tiểu cầu ( $<70.000/\text{mm}^3$ ), tăng tiểu cầu ( $>400.000/\text{mm}^3$ ), giảm bạch cầu ( $<500/\text{mm}^3$ ), tăng bạch cầu ưa eosin ( $>500/\text{mm}^3$ ) hoặc giảm toàn thể huyết cầu
	Miễn dịch	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phản ứng phản vệ: Khó thở, khò khè, phù thanh môn, loạn nhịp, hạ huyết áp</li> <li>- Rối loạn vị giác</li> </ul>
	Khác	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bội nhiễm, phát triển quá mức <i>Enterococcus</i>, <i>Candida</i>, <i>Pseudomonas</i>, <i>Acinetobacter</i></li> <li>- Phản ứng tại vị trí tiêm: viêm tĩnh mạch, đau và viêm nơi tiêm, ban đỏ, ngứa, dị cảm, sưng.</li> </ul>

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0 và phần mềm ABC Calculator. Mẫu nghiên cứu được đại diện bằng tỷ lệ%.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tình hình sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Nông nghiệp giai đoạn 2009-2011

Mức độ tiêu thụ kháng sinh trong 3 năm (2009 - 2011) được biểu diễn dưới dạng DDD/100 ngày nằm viện cho các nhóm kháng sinh (bảng 2):

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh của bệnh viện giai đoạn 2009 - 2011

Nhóm kháng sinh	DDD/100 ngày nằm viện			Tổng	Tỷ lệ% 3 năm
	2009	2010	2011		
Cephalosporin thế hệ 3	110,927	105,982	169,408	386,317	39,65
Fluoroquinolon	37,637	32,937	53,528	124,102	12,72
Penicilin phổ rộng	39,525	25,7	29,375	94,6	9,70
Aminoglycosid	32,06	22,355	39,7	94,115	9,65
Cephalosporin thế hệ 2	36,002	38,408	12,802	87,212	8,94
Cephalosporin thế hệ 1	34,537	20,273	22,196	77,006	7,89
Macrolid	21,257	18,492	16,854	56,603	5,80
Dẫn chất 5-nitro imidazol	10,365	15,877	15,454	41,696	4,27
Sulfamid	3,026	3,391	4,154	10,571	1,08
Cephalosporin thế hệ 4	0,604	0,643	0,313	1,56	0,16
Penicilin nhạy cảm với beta-lactamase	0,335	0,12	0,039	0,494	0,05
Carbapenem	0	0	0,413	0,413	0,04
Phối hợp spiramycin/ metronidazol	0,215	0,163	0	0,378	0,04
Lincosamid	0,253	0,026	0	0,279	0,03
Phenicol	0,067	0,002	0,02	0,089	0,01
Penicilin phối hợp với chất ức chế beta-lactamase	0	0,002	0	0,002	0,00
Tổng	327,81	286,371	367,256	975,437	100,00

Trong 3 năm 2009-2011, C3G là nhóm kháng sinh được sử dụng vượt trội rõ rệt so với các nhóm kháng sinh khác tại bệnh viện, với DDD/100 ngày nằm viện cao gấp 3 lần nhóm đứng thứ hai là fluoroquinolon (FQ) (386,317 so với 124,102). Xu hướng sử dụng C3G và FQ ngày càng tăng được thể hiện qua tổng DDD năm 2011 lớn gấp hơn 1,5 lần năm 2009 và 2010. Kết quả này tương tự một khảo sát được tiến hành tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương năm 2008-2009, FQ và C3G là hai nhóm kháng sinh có chỉ số DDD/100 ngày nằm viện cao nhất [6]. Điều này có thể lý giải do C3G và FQ đều là các nhóm kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng, tác dụng trên nhiều vi khuẩn Gram (-), phù hợp với thực trạng vi khuẩn Gram (-) đang chiếm ưu thế trong môi trường ngoài cộng đồng và tại bệnh viện hiện nay [5].

Do C3G là nhóm kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành phân tích tỷ lệ% sử dụng mỗi kháng sinh trong nhóm theo từng khái điều trị trong 3 năm (bảng 3):

Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng các kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 giai đoạn 2009-2011

Khái Kháng sinh	Nhi	Nội	Ngoại	Hồi sức cấp cứu
Ceftriaxon	85,45%	76,53%	81,77%	82,22%
Cefotaxim	10,66%	1,24%	1,08%	0,64%
Cefixim	3,05%	17,97%	1,33%	2,71%
Cefoperazon	0,78%	2,40%	5,78%	1,65%
Cefoperazon/ sulbactam	0,06%	1,86%	10,04%	12,78%

Trong nhóm kháng sinh C3G được sử dụng tại bệnh viện Nông nghiệp, ceftriaxon chiếm tỷ lệ vượt trội hơn hẳn các kháng sinh khác. Vì vậy, cần có biện pháp tăng cường giám sát chặt chẽ việc sử dụng ceftriaxon tại các khoa điều trị, nhất là khi điều kiện của bệnh viện Nông nghiệp chưa cho phép thực hiện

các xét nghiệm vi sinh và việc chỉ định hoàn toàn dựa trên kinh nghiệm của bác sĩ.

### 2. Đánh giá sử dụng ceftriaxon

#### 2.1. Đánh giá sự phù hợp về chỉ định

Tại 11 khoa lâm sàng, chúng tôi chọn 227 bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

Tỷ lệ bệnh án được đánh giá phù hợp theo bộ tiêu chí (52,4%) cao hơn so với không phù hợp (47,6%). Thống kê các chỉ định điều trị bằng ceftriaxon không phù hợp được trình bày trong bảng 4:

Bảng 4. Nguyên nhân dẫn đến chỉ định bằng ceftriaxon không phù hợp với khuyến cáo

Nguyên nhân	Số bệnh án	Tỷ lệ%
Điều trị theo kinh nghiệm không phù hợp	31	28,7
Các bệnh đường hô hấp trên	16	
Viêm amidan	7	
Viêm mũi xoang mạn tính	9	
Khác	15	
Dự phòng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật	76	70,4
Sử dụng kháng sinh trong trường hợp có chống chỉ định	1	0,9
Tổng	108	100

Các chỉ định không phù hợp theo khuyến cáo của ceftriaxon chủ yếu là điều trị theo kinh nghiệm không phù hợp (28,7%) và sử dụng ceftriaxon trong dự phòng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật (70,4%). Một nghiên cứu tiền hành tại Iran cũng cho thấy sử dụng ceftriaxon trong dự phòng phẫu thuật là một trong những lý do chính chỉ định ceftriaxon không hợp lý [12]. Tại Việt Nam, kết quả khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong Ngoại khoa tại 9 bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến Trung ương cho thấy có tới 94,6% bệnh nhân được dùng kháng sinh sau phẫu

thuật, trong đó, nhóm kháng sinh thường được sử dụng nhất là C3G (45,7%) [4]. Các kháng sinh C3G như ceftriaxon, cefoperazon hay ceftazidim nói chung không được khuyến cáo cho mục đích dự phòng phẫu thuật do các kháng sinh C1G hoặc C2G đã bao phủ được đa số các tác nhân vi sinh vật gây bệnh phổ biến trong phẫu thuật và có giá thành thấp hơn [9]. Trong nghiên cứu này, 16 bệnh án khác liên quan đến điều trị nhiễm khuẩn hô hấp trên (viêm amidan, viêm mũi xoang) được đánh giá là không phù hợp theo bộ tiêu chí. Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Hữu Nghị (Hà Nội) cũng cho thấy ceftriaxon là hoạt chất có số chỉ định không phù hợp nhiều nhất trong nhóm C3G, với 9 trường hợp chỉ định trong nhiễm khuẩn hô hấp không phải viêm phổi [3]. Trước tình hình sử dụng rộng rãi C3G, ngay từ năm 2006, Bộ Y tế đã có công văn yêu cầu các bệnh viện và cơ sở điều trị không lạm dụng C3G để điều trị và dự phòng cho mọi bệnh nhiễm khuẩn. Việc lựa chọn kháng sinh phải dựa trên kết quả kháng sinh đồ; và nếu không có kết quả vi sinh, cần thiết phải thông qua hội chẩn [2]. Kết quả khảo sát cũng phát hiện một trường hợp (0,9%) chỉ định ceftriaxon trên bệnh nhân nhi mắc viêm phổi kèm vàng da sơ sinh.

## 2.2. Giám sát ADE trong quá trình sử dụng

Trong 227 bệnh án được nghiên cứu, 11 bệnh án (4,8%) có xuất hiện ADE. Kết quả phân loại các ADE xuất hiện trong nghiên cứu theo hệ cơ quan được trình bày trong bảng 5:

Bảng 5. Phân loại ADE xuất hiện trong nghiên cứu

Các nhóm ADE	Số bệnh án	Tỷ lệ%
Rối loạn hē tiêu hóa	4	36,4
Biểu hiện quá mẫn	3	27,3
Rối loạn tạo máu (giảm tiểu cầu)	1	9,1
Tăng enzym gan	1	9,1
Tăng creatinin huyết thanh	1	9,1
Rối loạn thần kinh	1	9,1
Tổng	11	100

Giám sát ADE là nội dung quan trọng trong quá trình điều trị bằng kháng sinh. Loại ADE xuất hiện nhiều nhất là rối loạn tiêu hóa (nôn, tiêu chảy) với 4/11 trường hợp, tiếp theo là các phản ứng quá mẫn (ban da, ngứa). Phân tích phản ứng có hại của ceftriaxon ghi nhận từ hệ thống báo cáo tự nguyện của Việt Nam giai đoạn 2006-2009 cũng cho thấy rối loạn da và phản ứng là ADR thường gặp nhất của ceftriaxon (46,4%). Rối loạn tiêu hóa đứng hàng thứ 3 trong nhóm biểu hiện ADR được ghi nhận từ báo cáo (9,15%) [7]. Nghiên cứu còn ghi nhận một trường hợp có biểu hiện giảm tiểu cầu (số lượng tiểu cầu hạ xuống mức  $35.000/mm^3$ ) nhưng không có biểu hiện chảy máu, mặc dù biểu hiện này rất hiếm khi xảy ra ở bệnh nhân sử dụng ceftriaxon (ít hơn 0,1% bệnh nhân). Các ADE còn lại như tăng enzym gan, tăng creatinin huyết thanh và rối loạn thần kinh (mất ngủ, căng thẳng) cũng xuất hiện trong nghiên cứu, mỗi loại ADE được ghi nhận trên 1 bệnh nhân. Ngoài ra, khi thu thập liệu, 17 bệnh án có sử dụng ceftriaxon dưới 3 ngày đã được loại bỏ, trong đó, 4 bệnh án

xuất hiện tác dụng không mong muốn và phải ngừng sử dụng thuốc. Có 3/4 bệnh án xuất hiện phản ứng quá mẫn và 1 trường hợp xuất hiện đồng thời rối loạn tiêu hóa và tăng enzym gan.

## KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2009 – 2011, C3G và ceftriaxon tương ứng là nhóm kháng sinh và kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất tại bệnh viện Nông nghiệp. Tỷ lệ lựa chọn kháng sinh chưa phù hợp với khuyến cáo còn cao (47,6%). Vì vậy, cần tăng cường hoạt động của các chương trình giám sát sử dụng ceftriaxon để đảm bảo việc sử dụng an toàn, hợp lý kháng sinh tại bệnh viện.

## SUMMARY

**Objectives:** This study was aimed at measuring antibiotic use and assessing appropriateness of usage of ceftriaxone in Agriculture hospital during the period from 2009 to 2011. **Subjects and methods:** Antibiotic use was expressed in DDD/100 patient-days. Appropriateness of empiric prescribing for ceftriaxone was judged according to the prepared list of indications based on the medical literature. Adverse drug events (ADEs) were obtained from patient records and laboratory data. **Results:** Third-generation cephalosporins (C3G) was the most common antibiotic group, particularly ceftriaxone. Indication for use was inappropriate in 47.6% of cases, including prescriptions for upper respiratory tract infections and prophylactic preoperative injection remained high. 11 cases experienced ADEs, making up 4.8%, mostly gastrointestinal disorders (vomiting, diarrhoea) and hypersensitivity reactions (rash, pruritus). **Conclusions:** C3G prescribing, especially ceftriaxon, appeared to be substantial and increasing. However, inappropriate ceftriaxon use was still extensive.

**Keywords:** Agriculture hospital, ceftriaxone, antibiotics, third-generation cephalosporins, DDD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), Niên giám thống kê y tế, NXB thống kê.
2. Bộ Y tế - Vụ điều trị (2006), Quy định số 7654/BYT-Dtr về việc sử dụng cephalosporin và carbapenem.
3. Đồng Thị Xuân Phương (2011). "Đánh giá sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 + 4 tại bệnh viện Hữu Nghị", Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, tr 33.
4. Lê Thị Anh Thư. "Tình hình sử dụng kháng sinh trong ngoại khoa tại 9 bệnh viện tỉnh và Trung ương". *Tạp chí Y học Thực hành*, 764(5), tr. 99-107.
5. Nguyễn Thị Vinh và cộng sự (2006), "Báo cáo hoạt động: Theo dõi sự đe dọa kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở Việt Nam năm 2006", *Thông tin Dược lâm sàng*, 16(7), tr 16-22.
6. Nguyễn Văn Kính (2010), *Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam, Global Antibiotic Resistance Partnership*.
7. Phan Thị Thành, Trần Thu Thủy và cộng sự (2011). "Phân tích tác dụng không mong muốn của ceftriaxon ghi nhận từ hệ thống báo cáo tự nguyện của

Việt Nam trong giai đoạn từ 2006-2009". *Tạp chí Y học Thực hành*, 791(11), tr. 17-20.

8. American Society of Health – System Pharmacists (2011), *AHFS Drug Information Essentials*.

9. American Society of Health – System Pharmacists (1999), *ASHP Therapeutic Guidelines on Antimicrobial Prophylaxis in Surgery*, pp. 466-470.

10. David N et al. (2010), *The Sanford Guide to*

*Antimicrobial Therapy*, Sanford Guide 40<sup>th</sup>.

11. Lee H et al. (2009), "Evaluation of Ceftriaxone Utilization at Multicenter Study", *Korean Journal of Internal Medicine*, 24(4), pp. 374-377.

12. Shohrat M. MD, Hosseini S. M. J. et al. (2010), "Assessment of reasonable use of Ceftriaxon in internal and surgical wards", *Kowsar Medical Journal*, 15, pp. 171-176.

## ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ SÀO BÀO XUYÊN ỐNG TAI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP TRẺ EM

NGUYỄN TÂN PHONG, PHẠM THANH THẾ, HỒ LÊ HOÀI NHÂN

### TÓM TẮT

Mặc dù ngày nay với sự hỗ trợ của nội soi, cắt lớp vi tính, việc khám và phát hiện viêm xương chũm cấp (VXCC), nhất là ở trẻ em, vẫn còn hạn chế. Vì vậy, tỷ lệ biến chứng vẫn còn cao. **Mục tiêu:** (1) Mô tả hình thái lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) của viêm xương chũm cấp trẻ em. (2) Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật khoét xương chũm và đặt ống thông khí (OTK) sào bào xuyên ống tai. **Đối tượng và phương pháp:** (1) 34 bệnh nhi VXCC được khám bằng nội soi và CLVT. (2) Đánh giá kết kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là rối loạn tiêu hóa; sập thành sau ống ống tai, chảy tai kéo dài sau đặt ống thông khí (OTK) màng nhĩ là các triệu chứng hay gặp nhất trên nội soi tai, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương cho thấy hình ảnh hủy các vách thông bào chũm và nhóm thông bào thái dương mỏm tiếp phát triển mạnh. Với kỹ thuật khoét xương chũm và đặt OTK sào bào đường xuyên ống tai 40/44 (91%) tai khô sau phẫu thuật 4 tuần và 44/44 (100%) tai khô sau 6 tháng. **Kết luận:** (1) Khám lâm sàng kết hợp với nội soi tai và CLVT xương thái dương là 3 yếu tố căn bản đảm bảo không bỏ sót VXCC. (2) Đặt OTK sào bào ngoài việc giúp dẫn lưu dịch tiết, thông khí cho hốc mõi chũm còn có tác dụng theo dõi kết quả điều trị. (3) Voi kết quả 44/44 (100%) khô tai, kỹ thuật khoét xương chũm đặt OTK sào bào xuyên ống tai là kỹ thuật hiệu quả trong điều trị VXCC trẻ em, có khả năng triển khai ứng dụng rộng rãi. (4) Nạo V.A và kiểm soát các yếu tố môi trường là điều trị hộ trợ đảm bảo tính ổn định và hiệu quả của điều trị.

**Từ khóa:** Viêm xương chũm cấp, trẻ em

### ĐẶT VÂN ĐÈ

Trong 10 năm trở lại đây, với sự ra đời của các kháng sinh mới, chúng ta quan niệm rằng kháng sinh có thể làm giảm tỷ lệ VXCC, hoặc ngăn ngừa được viêm tai giữa (VTG) không lan vào xương chũm. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu của Ivan B., Nikola M. Vladan S., Gordana M.; và Itzhak Brook [5,6] cho thấy tỷ lệ VXCC không hề giảm, mà thực tế chúng ta bỏ sót hoặc không nghĩ đến. Vì vậy, các biến chứng

của VXCC như liệt mặt, viêm màng não vẫn xảy ra. Đặc biệt đối với những trường hợp VXCC hàn nி, mà quá trình viêm lướt qua tai giữa đi thẳng vào xương chũm.

Kết quả điều trị kể cả phẫu thuật vẫn còn nhiều tai biến, nhất là đối với các phẫu thuật viên chưa có nhiều kinh nghiệm khi phẫu thuật trên xương chũm trẻ em. Vì vậy, nhiều thày thuốc chọn lựa giải pháp điều trị nội khoa. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích tìm hiểu những dấu hiệu chẩn đoán và tìm ra phương pháp khoét xương chũm trẻ em có hiệu quả cao nhất.

### Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả hình thái lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính (CLVT) của viêm xương chũm cấp trẻ em.

Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật khoét xương chũm và đặt ống thông khí (OTK) sào bào xuyên ống tai.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

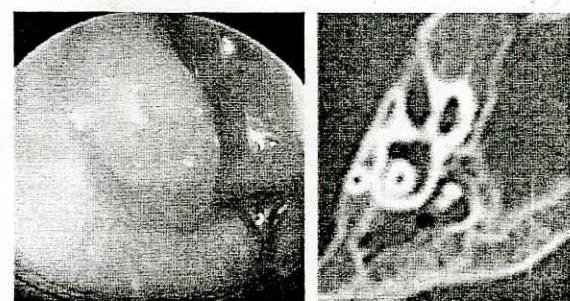
#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 trẻ tuổi từ 6 tháng đến 7 tuổi được chẩn đoán VXCC và được phẫu thuật KXC kết hợp đặt OTK sào bào xuyên ống tai.

#### 2. Phương pháp tiến hành

Tất cả các bệnh nhân được khám nội soi trước mõi, chụp ảnh và ghi nhận các biến đổi trên nội soi: tình trạng của màng nhĩ, mũi xoang, V.A.

Chụp cắt lớp xương thái dương theo 2 bình diện tiêu chuẩn là đứng ngang (Coronal) và ngang (Axial) với mỗi lát cắt cách nhau 1mm.



Hình 1. Hình ảnh nội soi và CT Scan tai