

Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm đường mật cấp và viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Investigation on antibiotic use in the treatment of acute cholangitis and acute cholecystitis at the Gia Dinh People's Hospital

Phùng Ngọc Bình Minh*, Phạm Hữu Lộc**,
Phạm Hồng Thắm*, Nguyễn Thành Tiến Dũng*,
Nguyễn Thị Mai Hoàng*,**

*Bệnh viện Nhân dân Gia Định,
**Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh điều trị viêm đường mật cấp, viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên cơ sở dữ liệu của 50 bệnh nhân viêm đường mật cấp và 65 bệnh nhân viêm túi mật cấp điều trị tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/03/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ cấy vi sinh của mẫu nghiên cứu là 36,5%. Vi khuẩn phân lập phổ biến nhất là *Escherichia coli* (33,3%) và *Klebsiella pneumoniae* (33,3%). Hầu hết bệnh nhân được chỉ định kháng sinh điều trị (94,8%). Kháng sinh kinh nghiệm phổ biến nhất là metronidazole (60,6%), cephalosporin (47,7%). Đa số bệnh nhân được dùng phối hợp 2 kháng sinh (61,5%), chủ yếu là phối hợp metronidazole với beta-lactam (60,6%). Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định phối hợp metronidazole với một kháng sinh đã có phổ trên vi khuẩn kỵ khí khá cao (40,4%). Tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn kháng sinh khi xuất viện là 68,8% với cefixime chiếm đa số (61,4%). **Kết luận:** Tỷ lệ cấy vi sinh trên bệnh nhân viêm đường mật cấp, viêm túi mật cấp còn thấp. Đa số bệnh nhân được chỉ định phối hợp 2 kháng sinh. Cần tăng cường công tác thông tin thuốc tại bệnh viện để ngăn ngừa phối hợp metronidazole không cần thiết.

Từ khóa: Kháng sinh, viêm đường mật cấp, viêm túi mật cấp.

Summary

Objective: To investigate the antibiotic use in patients with acute cholangitis or acute cholecystitis at the Gia Dinh People's Hospital. **Subject and method:** A retrospective, descriptive study was performed on clinical data of 50 inpatients with acute cholangitis and 65 inpatients with acute cholecystitis treated at the Gia Dinh People's Hospital from January 1st, 2022 to March 31st, 2022. **Result:** The rate of indication for microbiological culture was 36.5%. The most common bacterial isolates were *Escherichia coli* (33.3%) and *Klebsiella pneumoniae* (33.3%). Most patients were prescribed therapeutic antibiotics (94.8%). The most common empiric antibiotics included metronidazole (60.6%), cephalosporins (47.7%). The majority of patients were combined 2 antibiotics (61.5%), mostly the combination of metronidazole and a beta-lactam (60.6%). Among those patients, the combination rate of metronidazole with another antibiotic that has spectrum on anaerobic bacteria was high (40.4%). The proportion of patients with antibiotic

Ngày nhận bài: 03/7/2023, ngày chấp nhận đăng: 25/9/2023

Người phản hồi: Nguyễn Thị Mai Hoàng, Email: hoangnguyen.pharm2019@gmail.com - Bệnh viện Nhân dân Gia Định

prescriptions at hospital discharge was 68.8%, mostly cefixime (61.4%). *Conclusion:* The rate of microbiological testing in patients with acute cholangitis or acute cholecystitis was low. The majority of patients were prescribed a combination of 2 antibiotics. It is necessary to strengthen drug information activities at the hospital to prevent unnecessary combinations of metronidazole.

Keywords: Antibiotics, acute cholangitis, acute cholecystitis.

1. Đặt vấn đề

Viêm đường mật cấp (VĐMC) và viêm túi mật cấp (VTMC) là những bệnh đường mật phổ biến trên thế giới có diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng nặng, thậm chí tử vong nếu không được điều trị kịp thời [1]. Đến thời điểm hiện tại, Tokyo Guidelines 2018 (TG18) là hướng dẫn điều trị cập nhật nhất trên thế giới đối với hai bệnh lý này [2, 3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu chỉ ra rằng việc tuân thủ hướng dẫn Tokyo vẫn còn kém [4, 5]. Kết quả nghiên cứu của Giles và cộng sự (2020) tại một bệnh viện đại học ở Canada cho thấy tỷ lệ tuân thủ khuyến nghị về kháng sinh (KS) điều trị VTMC theo Tokyo Guidelines (TG) là 18,0% [4]. Kết quả nghiên cứu của Murata và cộng sự (2011) trên cơ sở dữ liệu quốc gia Nhật Bản cho thấy tuân thủ kém thường gặp hơn ở những trường hợp bị VĐMC mức độ nhẹ [5]. Tại Việt Nam, với sự tiến bộ của các phương pháp, kỹ thuật dẫn lưu đường mật và phẫu thuật, nhiều trường hợp VĐMC và VTMC đã được điều trị thành công. Tuy nhiên, việc chủ động sử dụng sớm kháng sinh trong điều trị ban đầu đối với VĐMC, VTMC vẫn có vai trò vô cùng quan trọng. Tại Bệnh viện (BV) Nhân dân Gia Định, hiện chưa có nghiên cứu về sử dụng kháng sinh trong điều trị hai bệnh lý này. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Khảo sát đặc điểm vi sinh và thực trạng sử dụng KS trong điều trị VĐMC, VTMC để làm cơ sở cho các can thiệp sử dụng thuốc hiệu quả, an toàn tại BV.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở dữ liệu bệnh nhân (BN) nội trú điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong thời gian từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/03/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán ra viện là VĐMC hoặc VTMC theo tiêu chuẩn của TG18 [2, 3].

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có thời gian điều trị tại khoa Ngoại Tiêu hóa < 24 giờ hay thất lạc hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Cỡ mẫu: Tất cả BN thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Trong thời gian khảo sát, có 115 BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, gồm 50 BN VĐMC và 65 BN VTMC.

Cách thức tiến hành: Thu thập thông tin từ cơ sở dữ liệu BN theo mẫu thiết kế sẵn, bao gồm:

Đặc điểm chung của BN: Tuổi, giới tính, bệnh nhiễm khuẩn kèm theo, nguyên nhân gây tắc mật, mức độ nghiêm trọng của VĐMC và VTMC theo phân loại của TG18 [6, 7], các biện pháp điều trị khác.

Đặc điểm vi sinh: Chỉ định cấy vi sinh, mẫu bệnh phẩm, kết quả định danh vi khuẩn (VK) và kháng sinh đồ.

Đặc điểm sử dụng KS: Mục đích sử dụng, KS chỉ định tại BV, chuyển đổi KS, thời gian dùng KS tại BV, KS khi xuất viện.

2.3. Xử lý số liệu

Thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS Statistics 20.0 (Statistic Package for the Social Science 20.0).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định (giấy chứng nhận số 97/NDGD-HĐĐĐ). Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm BN trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của BN VĐMC là $62,1 \pm 17,3$ (dao động từ 20 đến 89 tuổi) và BN VTMC là $55,0 \pm 16,3$ (dao động từ 21 đến 90 tuổi).

Bảng 1. Đặc điểm BN VĐMC, VTMC trong nghiên cứu

Đặc điểm	VĐMC (50 BN) n (%)	VTMC (65 BN) n (%)
Tuổi		
18-59 tuổi	21 (42,0)	39 (60,0)
60-74 tuổi	16 (32,0)	19 (29,2)
≥ 75 tuổi	13 (26,0)	7 (10,8)
Giới tính nữ	27 (54,0)	40 (61,5)
Bệnh nhiễm khuẩn khác		
Nhiễm khuẩn huyết	3 (6,0)	0
Nhiễm khuẩn tiết niệu	0	1 (1,5)
Nguyên nhân tắc mật		
Sỏi đường mật	41 (82,0)	60 (92,3)
Hẹp đường mật ác tính	3 (6,0)	0
Khác	6 (12,0)	5 (7,7)
Mức độ nghiêm trọng		
Độ I (nhẹ)	11 (22,0)	24 (36,9)
Độ II (vừa)	18 (36,0)	14 (21,5)
Độ III (nặng)	6 (12,0)	2 (3,1)
Thiếu dữ kiện	15 (30,0)	25 (38,5)
Điều trị khác		
Bù dịch	46 (92,0)	63 (96,9)
Thuốc giảm đau	48 (96,0)	50 (76,9)
Thuốc vận mạch (noradrenalin)	5 (10,0)	1 (1,5)
Hỗ trợ hô hấp	9 (18,0)	7 (10,8)
Can thiệp giải áp đường mật	38 (76,0)	12 (18,5)
- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP)	23 (46,0)	4 (6,2)
- Dẫn lưu dịch mật qua da	15 (30,0)	8 (12,3)
Cắt túi mật	12 (24,0)	60 (92,3)

3.2. Đặc điểm vi sinh

Trong 115 BN được khảo sát, có 42 BN được chỉ định cấy định danh VK (36,5%) với 45 mẫu bệnh phẩm. Tỷ lệ cấy vi sinh ở BN VĐMC và VTMC lần lượt là 28,0% và 43,1%. Dịch mật là mẫu bệnh phẩm phổ biến nhất (55,6%), các mẫu dịch ổ bụng và máu chiếm tỷ lệ thấp hơn (lần lượt là 24,4% và 17,8%). Số mẫu bệnh phẩm phân lập được VK trong nghiên cứu là 27 (60,0%). Trong đó, có 18 mẫu chỉ định danh được 1 loại VK (66,7%).

Bảng 2. Kết quả định danh VK trong nghiên cứu (27 mẫu bệnh phẩm)

Vi khuẩn	Số mẫu bệnh phẩm		
	Chung (27 mẫu)	VĐMC (8 mẫu)	VTMC (19 mẫu)
Gram âm			
<i>Escherichia coli</i>	13	4	9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	13	2	11
<i>Enterobacter cloacae</i>	3	2	1
<i>Morganella morganii</i>	2	-	2
<i>Edwardsiella tarda</i>	1	-	1
<i>Proteus mirabilis</i>	1	-	1
Gram dương			
<i>Enterococcus faecalis</i>	3	2	1
<i>Streptococcus</i> spp.	2	-	2
<i>Enterococcus hirae</i>	1	-	1

Trong các mẫu cấy dương tính, VK gram âm chiếm 84,6% với hai chủng thường gặp nhất là *E. coli* (33,3%) và *K. pneumoniae* (33,3%). Theo kết quả kháng sinh đồ, có 7 mẫu bệnh phẩm phân lập được VK gram âm đa kháng thuốc, bao gồm *E. coli* tiết ESBL (5 mẫu), *K. pneumoniae* tiết ESBL (1 mẫu) và *Enterobacter cloacae* (1 mẫu).

3.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

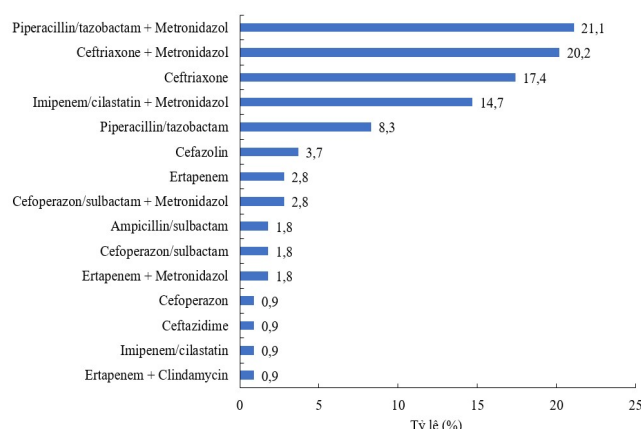
Có 109 BN được chỉ định KS điều trị (94,8%) và 6 BN chỉ sử dụng KS dự phòng trước khi tiến hành can thiệp ngoại khoa (5,2%). Tất cả BN được chỉ định KS dự phòng đều là có chẩn đoán VTMC độ I (nhẹ). KS dự phòng được ghi nhận trong nghiên cứu gồm ampicillin/sulbactam (3 BN), cefazolin (2 BN) và ceftazidim (1 BN).

3.4. Kháng sinh điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm

Tỷ lệ sử dụng KS đơn trị và phối hợp 2 KS trong nghiên cứu lần lượt là 38,5% và 61,5%. Hầu hết BN được chỉ định KS sớm trong vòng 48 giờ (96,3%) và chỉ dùng KS đường tĩnh mạch (95,4%). Có 5 BN được chỉ định KS đường tĩnh mạch phối hợp với KS đường uống (4,6%), trong đó KS đường uống là metronidazole.

Metronidazol là kháng sinh kinh nghiệm được chỉ định nhiều nhất (60,6%), kế đến là nhóm

cephalosporin (47,7%), nhóm penicillin (31,2%) và nhóm carbapenem (21,1%). Phân bố KS kinh nghiệm ban đầu trong nghiên cứu được trình bày trong Hình 1.



Hình 1. Phân bố kháng sinh điều trị khởi đầu theo kinh nghiệm trong nghiên cứu (109 BN)

3.5. Chuyển đổi kháng sinh tại bệnh viện

Tỷ lệ BN có chuyển đổi KS điều trị ít nhất 1 lần trong suốt thời gian nằm viện là 58,7%. Đa số BN trong nghiên cứu được chuyển đổi đường dùng KS từ đường tĩnh mạch sang đường uống (55,0%). Tỷ lệ BN được chuyển đổi loại kháng sinh theo kinh nghiệm do không đáp ứng là 11,0%. Chỉ có 1 BN được ghi nhận chuyển đổi KS theo kết quả kháng sinh đồ (0,9%).

Bảng 3. Các trường hợp chuyển đổi đường dùng kháng sinh ghi nhận trong nghiên cứu

KS đường tĩnh mạch	KS đường uống	Số BN (%)		
		Chung (60 BN)	VĐMC (29 BN)	VTMC (31 BN)
Metronidazole	Metronidazole	54 (90,0%)	27 (93,1%)	27 (87,1%)
Cefazolin	Amoxicillin/acid clavulanic	2 (3,3%)	0	2 (6,5%)
Ceftriaxone	Cefixim	2 (3,3%)	0	2 (6,5%)
Piperacillin/tazobactam	Cefixim	2 (3,3%)	2 (6,9%)	0
Imipenem/cilastatin	Cefixim	2 (3,3%)	0	2 (6,5%)
Ertapenem	Cefixim	1 (1,7%)	1 (3,4%)	0
Cefoperazon	Metronidazole	1 (1,7%)	1 (3,4%)	0
Imipenem/cilastatin	Amoxicillin/acid clavulanic	1 (1,7%)	0	1 (3,2%)
Piperacillin/tazobactam	Amoxicillin/acid clavulanic	1 (1,7%)	1 (3,4%)	0
Ceftriaxone	Amoxicillin/acid clavulanic	1 (1,7%)	0	1 (3,2%)
Meropenem	Amoxicillin/acid clavulanic	1 (1,7%)	1 (3,4%)	0

3.6. Thời gian sử dụng kháng sinh tại bệnh viện

Tổng thời gian sử dụng KS tại BV của các BN trong nghiên cứu dao động từ 1 đến 22 ngày, trung vị là 5 ngày. Đa số BN được dùng KS trong vòng 4–7 ngày (56,0%). Tỷ lệ BN được chỉ định KS dưới 4 ngày và trên 7 ngày lần lượt là 19,3% và 24,7%.

3.7. Kháng sinh khi xuất viện

Trong 109 BN được chỉ định KS điều trị VĐMC, VTMC, có 75 BN tiếp tục được kê đơn KS khi xuất viện (68,8%). Trong đó, chỉ có 6 BN có bằng chứng còn nhiễm trùng (WBC > 10G/L) vào ngày xuất viện (8,0%), 41 BN không được chỉ định cận lâm sàng để đánh giá tình trạng nhiễm trùng trước khi xuất viện (54,7%) và 28 BN không còn bằng chứng cận lâm sàng của nhiễm trùng (37,3%). Kháng sinh được kê đơn khi xuất viện là cefixime (61,4%), metronidazole (40,0%), amoxicillin/acid clavulanic (36,0%) và ciprofloxacin (2,7%).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm BN trong nghiên cứu

Tuổi cao và giới tính nữ là yếu tố nguy cơ của sỏi mật, nguyên nhân phổ biến của cả VĐMC và VTMC [8, 9]. Điều này có thể giải thích cho tỷ lệ BN nữ chiếm ưu

thế trong nghiên cứu. Tuy nhiên, trong cả 2 nhóm BN VĐMC và VTMC trong nghiên cứu, nhóm tuổi dưới 60 đều chiếm đa số (lần lượt là 42,0% và 60,0%).

Sỏi mật là nguyên nhân phổ biến nhất gây VĐMC và VTMC trong nghiên cứu này (lần lượt là 82,0% và 92,3%). Kết quả này tương đồng với những báo cáo trước đó trên thế giới [10, 11].

Nhiễm khuẩn huyết là một trong những biến chứng của VĐMC, VTMC. Nghiên cứu ghi nhận 3 BN VĐMC có tình trạng nhiễm khuẩn huyết kèm theo (6,0%). Tất cả đều là BN trên 60 tuổi. Với BN có nhiễm khuẩn huyết, TG18 khuyến cáo thời gian điều trị kéo dài tối thiểu 2 tuần [3].

Có 34,8% BN trong nghiên cứu không ghi nhận được phân loại mức độ nghiêm trọng trước khi điều trị. Việc phân loại chính xác mức độ nghiêm trọng của bệnh giúp tiên lượng và xác định chiến lược điều trị thích hợp cho BN, đặc biệt là xác định những trường hợp cần can thiệp giải áp đường mật sớm. Phân loại mức độ nghiêm trọng cũng là cơ sở để lựa chọn KS kinh nghiệm hợp lý [3]. Do đó, cần nhắc nhở thực hiện phân loại mức độ nghiêm trọng đầy đủ tại khoa Ngoại Tiêu hóa.

BN VĐMC được can thiệp giải áp đường mật và BN VTMC được phẫu thuật cắt túi mật chiếm tỷ lệ cao

trong nghiên cứu (lần lượt là 76,0% và 92,3%), phù hợp với lưu đồ xử trí VĐMC, VTMC theo TG18 [2].

4.2. Đặc điểm vi sinh

Dịch mật là mẫu bệnh phẩm phổ biến nhất trong nghiên cứu (55,6%), phù hợp với khuyến cáo của TG18 [3]. Mẫu bệnh phẩm này có thể được lấy khi tiến hành dẫn lưu dịch mật hoặc phẫu thuật cắt túi mật, không thể thực hiện qua ERCP. Tuy nhiên, tỷ lệ BN được chỉ định cấy dịch mật chỉ chiếm khoảng 1/3 số BN có thể lấy được loại bệnh phẩm này (6/27 BN VĐMC và 19/68 BN VTMC), chứng tỏ việc tuân thủ khuyến cáo TG18 về xét nghiệm vi sinh chưa cao.

Trong 27 mẫu bệnh phẩm cấy vi sinh dương tính, VK gram âm chiếm ưu thế (84,6%), chủ yếu là các vi khuẩn có nguồn gốc từ đường ruột như *E. coli* (13 mẫu) và *K. pneumoniae* (13 mẫu), phù hợp với mô tả về vi khuẩn thường gặp trong VĐMC, VTMC theo báo cáo của TG18 [3]. Tỷ lệ phát hiện VK đa kháng tương đối thấp trong nghiên cứu (7/27 mẫu, tương ứng 25,9%) so với một số nghiên cứu trước đó [12, 13], trong đó chủ yếu là *E. coli* tiết ESBL (5/7 mẫu). Nguyên nhân có thể do tất cả BN trong nghiên cứu này đều nhiễm khuẩn có nguồn gốc từ cộng đồng.

4.3. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

BN VTMC độ I và II có thể ngừng sử dụng KS trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật cắt túi mật [3]. Tuy nhiên, chỉ có 6 BN trong tổng số 38 BN VTMC độ I và II (15,8%) được phẫu thuật cắt túi mật sớm và được chỉ định KS dự phòng. Nguyên nhân do tình trạng BN đông ở khoa Ngoại Tiêu hóa và không thể phẫu thuật sớm được, dẫn đến tỷ lệ BN được chỉ định KS điều trị cao.

Trong các KS điều trị ban đầu theo kinh nghiệm, metronidazole là KS được chỉ định nhiều nhất (60,6%) để bao phủ các vi khuẩn kỵ khí, vốn là tác nhân gây bệnh thường gặp trong nhiễm trùng mật, bao gồm VĐMC và VTMC [3]. Tất cả các trường hợp sử dụng metronidazole trong nghiên cứu đều phối hợp với một kháng sinh beta-lactam, phù hợp với khuyến cáo của TG18 [3]. Tuy nhiên, theo TG18, các KS như piperacillin/tazobactam, carbapenem và cefoperazon/sulbactam đã có đủ hoạt tính trên vi

khẩn kỵ khí và không cần phối hợp thêm với metronidazole [3]. Trong nghiên cứu này, các KS trên được dùng phối hợp với metronidazole với tỷ lệ cao (40,4%). Việc phối hợp thuốc không cần thiết có thể làm gia tăng chi phí và nguy cơ tác dụng không mong muốn cho BN. Vì vậy, cần đẩy mạnh công tác thông tin thuốc để ngăn chặn các phối hợp không cần thiết. Ceftriaxone là kháng sinh beta-lactam được chỉ định nhiều nhất (37,6%), phù hợp với tỷ lệ BN VĐMC, VTMC độ I và II chiếm đa số trong nghiên cứu này [3].

Có 58,7% BN có chuyển đổi KS ít nhất 1 lần trong suốt thời gian điều trị với hình thức chuyển đổi chủ yếu ghi nhận trong nghiên cứu là chuyển đổi đường dùng KS từ đường tĩnh mạch sang đường uống (55,0%). Điều này gợi ý việc chọn lựa KS kinh nghiệm điều trị VĐMC, VTMC tại khoa Ngoại Tiêu hóa là phù hợp và cho đáp ứng tốt trên BN. Trong số các KS đường uống được chỉ định thay cho KS đường tĩnh mạch, cefixime không có chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng ổ bụng [14]. Cefixime cũng là KS được chỉ định nhiều nhất sau xuất viện (61,4%). Dược sĩ lâm sàng cần tăng cường thông tin thuốc để đảm bảo BN được chỉ định KS phù hợp.

Theo TG18, đối với BN VTMC độ I, II có thể cân nhắc ngưng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau khi kiểm soát được nguồn nhiễm. Với BN VTMC độ III hoặc VĐMC, thời gian sử dụng kháng sinh thông thường là 4-7 ngày. Thời gian dùng kháng sinh có thể kéo dài hơn trên BN nhiễm khuẩn huyết do *Enterococcus* spp. hoặc *Streptococcus* spp. hoặc khi BN không có đáp ứng [3]. Đa số BN trong nghiên cứu có thời gian được chỉ định KS tại BV là 4-7 ngày, phù hợp với khuyến cáo của TG18 [3].

Tỷ lệ BN được chỉ định KS khi xuất viện cao hơn nhiều so với tỷ lệ BN có bằng chứng nhiễm trùng chưa kiểm soát hoàn toàn trong nghiên cứu (68,8% so với 8,0%). Đặc biệt, có đến 54,7% BN không được kiểm tra bằng chứng nhiễm trùng trên cận lâm sàng để cân nhắc việc ngưng hay tiếp tục sử dụng KS sau khi BN xuất viện. Việc không đánh giá đầy đủ bằng chứng nhiễm trùng cả trên lâm sàng và cận lâm sàng có thể dẫn đến kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh không cần thiết, gia tăng chi phí điều trị

và nguy cơ tác dụng không mong muốn trên BN. Dược sĩ lâm sàng cần khuyến cáo bác sĩ đẩy mạnh đánh giá cả cận lâm sàng và lâm sàng đối với các bệnh lý nhiễm trùng tại thời điểm ngưng kháng sinh hoặc khi xuất viện để đảm bảo thời gian sử dụng kháng sinh tối ưu.

5. Kết luận

Tỷ lệ chỉ định cấy vi sinh ở BN VĐMC và VTMC tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, BV Nhân Dân Gia Định chưa cao. Hầu hết BN VĐMC, VTMC được chỉ định KS điều trị (94,8%) với KS khởi đầu theo kinh nghiệm được chỉ định nhiều nhất là metronidazole (60,6%) và cephalosporin (47,7%), phù hợp với khuyến cáo của TG18. Tuy nhiên, tỷ lệ phối hợp metronidazole không cần thiết cao (40,4%). Tỷ lệ kê đơn cefixime, là KS không có chỉ định trong điều trị nhiễm trùng ổ bụng, sau xuất viện cao (61,4%). Cần đẩy mạnh công tác dược lâm sàng, thông tin thuốc nhằm gia tăng sử dụng kháng sinh hợp lý tại khoa Ngoại Tiêu hóa.

Tài liệu tham khảo

- Podnos YD, Jimenez JC, Wilson SE (2002) *Intra-abdominal sepsis in elderly persons*. Clinical Infectious Diseases 35(1): 62-68.
- Mayumi T, Okamoto K, Takada T et al (2018) *Tokyo Guidelines 2018: Management bundles for acute cholangitis and cholecystitis*. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences 25(1): 96-100.
- Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D et al (2018) *Tokyo Guidelines 2018: Antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 25(1): 3-16.
- Giles AE, Godzisz S, Nenshi R et al (2020) *Diagnosis and management of acute cholecystitis: A single-centre audit of guideline adherence and patient outcomes*. Can J Surg 63(3): 241-249.
- Murata A, Matsuda S, Kuwabara K et al (2011) *Evaluation of compliance with the Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis based on the Japanese administrative database associated with the Diagnosis Procedure Combination system*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 18(1): 53-59.
- Kiriyama S, Kozaka K, Takada T et al (2018) *Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos)*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 25(1): 17-30.
- Yokoe M, Hata J, Takada T et al (2018) *Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 25(1): 41-54.
- Kimura Y, Takada T, Kawarada Y et al (2007) *Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines*. J Hepatobiliary Pancreat Surg 14(1):15-26.
- Shaffer EA (2006) *Epidemiology of gallbladder stone disease*. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 20(6): 981-996.
- Suh SW, Choi YS, Choi SH et al (2021) *Antibiotic selection based on microbiology and resistance profiles of bile from gallbladder of patients with acute cholecystitis*. Sci Rep 11(1): 2969.
- Kimura Y, Takada T, Strasberg SM et al (2013) *TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis*. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences 20(1):8-23.
- Kwon JS, Han J, Kim TW et al (2014) *Changes in causative pathogens of acute cholangitis and their antimicrobial susceptibility over a period of 6 years*. Korean J Gastroenterol 63(5): 299-307.
- Shenoy SM, Shenoy S, Gopal S et al (2014) *Clinicomicrobiological analysis of patients with cholangitis*. Indian J Med Microbiol 32(2): 157-160.
- The Sanford Guide: 51st edition (2022) *Antimicrobial Therapy*.