

Hiệu quả điều trị của một số phác đồ kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân có vết thương mạn tính tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2019

Efficacy assessment of antibiotic regimens used in patients with chronic wounds at Le Huu Trac National Burn Hospital in 2019

Lương Quang Anh*,
Nguyễn Thị Thùy Dung**,
Lương Tuấn Anh***,

*Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác,
**Bệnh viện K Trung ương,
***Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của một số phác đồ kháng sinh trên bệnh nhân có vết thương mạn tính được điều trị nội trú tại Trung tâm Liền vết thương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong năm 2019. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu bệnh án của 455 bệnh nhân được điều trị tại Trung tâm Liền vết thương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019. Các dữ liệu được tính toán và so sánh bằng kết quả điều trị giữa các phác đồ kháng sinh. **Kết quả và kết luận:** Phác đồ kháng sinh điều trị trong phác đồ kháng sinh ban đầu và phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu đạt hiệu quả lần lượt là 62,95% và 48,27%. Tương tự với phác đồ kháng sinh dự phòng đạt hiệu quả đều trên 90%. Phác đồ kháng sinh thay thế đạt hiệu quả là 88,63%.

Từ khóa: Bệnh nhân, vết thương mạn tính, phác đồ kháng sinh, hiệu quả.

Summary

Objective: To conduct efficacy assessment of antibiotic regimens used in hospitalized patients with chronic wounds at Wound Care Center, Le Huu Trac National Burn Hospital (NBH) in 2019. **Subject and method:** A retrospective study was conducted with its data obtained from 455 medical records of hospitalized patients with chronic wounds admitted into Wound Care Center, NBH from January to December 2019. The data were analysed by calculating and comparing the outcomes among different antibiotic regimens. **Result and conclusion:** Therapy-antibiotic regimens in initial-antibiotic regimens and continued antibiotic regimens succeed in 62.95% and 48.27% cases, respectively. Similar to therapy-antibiotic regimens, all prophylactic-antibiotic regimens succeed in more than 90% cases. Replaced-antibiotic regimens succeed in 88.63% cases.

Keywords: Patient, chronic wound, antibiotic regimen, efficacy.

1. Đặt vấn đề

Nhiễm khuẩn là một nguyên nhân chủ yếu gây khó khăn trong điều trị vết thương mạn tính (VTMT) do VTMT là những vết thương có tổn thương sâu, tồn tại lâu dài và hay tái phát, hầu hết đều chứa nhiều loại vi khuẩn, trong đó có nhiều vi khuẩn đa kháng kháng sinh (KS) [1], [2]. Vì vậy, sử dụng KS hợp lý trong điều trị nhiễm khuẩn ở bệnh nhân có VTMT không chỉ góp phần nâng cao hiệu quả, rút ngắn thời gian điều trị mà còn hạn chế tình trạng kháng KS của vi khuẩn gây bệnh. Các phác đồ KS được sử dụng tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác là tương đối đa dạng nhưng chưa được đánh giá một cách có hệ thống về hiệu quả điều trị. Vì vậy, vấn đề cấp thiết đặt ra là cần phải đánh giá hiệu quả điều trị của các phác đồ KS này nhằm tư vấn kịp thời cho các bác sĩ trong điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ cũng như toàn thân cho bệnh nhân có VTMT.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các hồ sơ bệnh án ($n = 455$) của các bệnh nhân có VTMT, điều trị nội trú tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, nhập viện từ 01/01/2019 và ra viện trước 31/12/2019 đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn như sau: Bệnh nhân trên 16 tuổi, được chỉ định ít nhất 1 KS trong quá trình điều trị, có thời gian nằm viện từ 3 ngày trở lên.

2.2. Phương pháp

Sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu theo số liệu thu thập được từ 455 bệnh án theo các tiêu chuẩn như sau:

Các phác đồ KS sử dụng theo mục đích điều trị: Phác đồ KS điều trị sử dụng khi bệnh nhân có hoặc không có dấu hiệu nhiễm khuẩn hoặc khi điều trị bằng phác đồ KS dự phòng không đạt hiệu quả. Phác đồ KS dự phòng sử dụng trước và sau khi bệnh nhân thực hiện phẫu thuật. Phác đồ KS thay thế sử dụng sau 2 phác đồ trên.

Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ KS: Đạt hiệu quả (giảm và hết triệu chứng nhiễm khuẩn, vết thương liền, chức năng các cơ quan bình thường, cấy khuẩn không mọc). Không đạt hiệu quả (không giảm các triệu chứng nhiễm khuẩn, diễn biến bệnh nhân nặng lên, cấy khuẩn có mọc vi khuẩn).

Đánh giá sự phù hợp của phác đồ KS với kết quả nuôi cấy vi khuẩn: Phác đồ KS phù hợp có nghĩa là phổ của các KS trong phác đồ bao phủ được vi khuẩn gây bệnh, có ít nhất 1 KS nhạy cảm với vi khuẩn phân lập được từ mẫu bệnh phẩm.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel.

3. Kết quả

3.1. Các phác đồ kháng sinh được sử dụng trên bệnh nhân

Khi nhập viện, bệnh nhân được chỉ định phác đồ KS ban đầu theo kinh nghiệm (là phác đồ điều trị hoặc dự phòng). Dựa vào đáp ứng điều trị, chỉ định phẫu thuật hoặc kết quả kháng sinh đồ (KSD), bệnh nhân có thể được chỉ định phác đồ KS sau phác đồ KS ban đầu (vẫn có thể là phác đồ điều trị hoặc dự phòng hoặc thay thế). Các phác đồ KS được sử dụng trên bệnh nhân như sau.

Ngày nhận bài: 15/3/2021, ngày chấp nhận đăng: 20/7/2021

Người phản hồi: Lương Tuấn Anh

Email: ltanh.cttm@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Bảng 1. Các phác đồ kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân

Các phác đồ KS		Phác đồ KS ban đầu		Phác đồ KS sau phác đồ ban đầu	
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số lượt	Tỷ lệ %
Phác đồ 1 KS	A	4	0,88	6	0,97
	C	117	25,71	148	23,91
	M	10	2,20	11	1,78
	F	2	0,44	2	0,32
	P2	94	20,66	108	17,45
	Q	78	17,14	74	11,95
	N	0	0,00	1	0,16
	Tổng	305	67,03	350	56,54

Bảng 1. Các phác đồ kháng sinh sử dụng trên bệnh nhân (Tiếp theo)

Các phác đồ KS		Phác đồ KS ban đầu		Phác đồ KS sau phác đồ ban đầu	
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số lượt	Tỷ lệ %
Phác đồ KS kết hợp	C+A	22	4,84	49	7,92
	C+P2	0	0	1	0,16
	C+Q	52	11,43	86	13,89
	P2+M	1	0,22	2	0,32
	P2+Q	60	13,19	71	11,47
	Q+A	0	0	3	0,48
	Q+M	0	0	3	0,48
	P4+Q	0	0	8	1,29
	Q+F	2	0,44	2	0,32
	P2+A	8	1,76	38	6,14
	M+A	2	0,44	0	0
	P2+F	2	0,44	2	0,32
	P4+G	1	0,22	0	0
	C+F	0	0	1	0,16
	P4+F	0	0	1	0,16
	P2+Q+A	0	0	1	0,16
	P2+Q+P4	0	0	1	0,16
	Tổng	150	32,97	269	43,46

Tổng	455	100	619	100
------	-----	-----	-----	-----

Ghi chú: Aminoglycosid (A), Cephalosporin (C), Macrolid (M), Fosfomycin (F), Penicillin và chất ức chế β -lactamase (P2), Quinolon (Q), 5-nitromidazol (N), Carbapenem (P4), Glycopeptid (G)

Nhận xét: Ở phác đồ ban đầu thì phác đồ 1 KS cao hơn hẳn (67,03%) so với phác đồ kết hợp (32,97%), C được sử dụng nhiều nhất (25,71%), sau đó là P2 (20,66%). Trong phác đồ sau phác đồ ban đầu, phác đồ kết hợp có tăng lên (43,46%) nhưng vẫn ít hơn phác đồ 1 KS (56,64%), C vẫn được sử dụng nhiều nhất (23,91%).

Nghiên cứu nhận thấy đa số bệnh nhân sử dụng 1 hoặc 2 loại KS trong quá trình điều trị. Số phác đồ KS sử dụng dao động từ 1 - 10 phác đồ với giá trị trung bình là $2,36 \pm 1,51$ phác đồ/bệnh nhân, có 69,45% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ KS. Có 2 bệnh nhân phải sử dụng tới 10 phác đồ KS trong quá trình điều trị.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị của các phác đồ kháng sinh

3.2.1. Phác đồ kháng sinh ban đầu

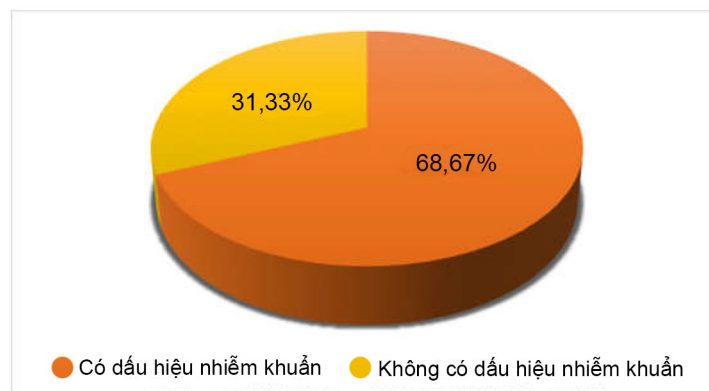
Các phác đồ KS ban đầu và hiệu quả của chúng được thể hiện qua Bảng 2.

Bảng 2. Các phác đồ kháng sinh ban đầu và hiệu quả điều trị

Các phác đồ KS	Phác đồ KS điều trị ban đầu (n = 332)			Phác đồ KS dự phòng (n = 123)		
	Số lượt	HQ	KHQ	Số lượt	HQ	KHQ
Phác đồ 1 KS	244 (73,49%)	209 (62,95%)	35 (10,54%)	61 (49,59%)	58 (47,15%)	3 (2,44%)
A	2	1	1	2	2	0
C	93	74	19	24	24	0
M	9	9	0	1	1	0
F	2	2	0	0	0	0
P2	71	64	7	23	20	3
Q	67	59	8	11	11	0
Phác đồ KS kết hợp	88 (26,51%)	72 (21,68%)	16 (4,83%)	62 (50,41%)	59 (47,97%)	3 (2,44%)
C+A	11	7	4	11	10	1
C+Q	33	29	4	19	17	2
P2+M	1	1	0	0	0	0
P2+Q	33	28	5	27	27	0
Q+F	2	2	0	0	0	0
P2+A	3	1	2	5	5	0
M+A	2	1	1	0	0	0
P2+F	2	2	0	0	0	0
P4+G	1	1	0	0	0	0

Ghi chú: Hiệu quả (HQ), Không hiệu quả (KHQ)

Nhận xét: Phác đồ điều trị ban đầu được sử dụng nhiều hơn phác đồ dự phòng. Ở phác đồ điều trị ban đầu, phác đồ 1 KS là chủ yếu (73,49%), hiệu quả đạt cao (62,95%). Ở phác đồ dự phòng, phác đồ 1 KS và kết hợp là tương đương nhau và đạt hiệu quả rất cao (95,12%). Mỗi liên hệ giữa việc sử dụng KS điều trị ban đầu với tình hình nhiễm khuẩn ở bệnh nhân được biểu hiện qua Hình 1.

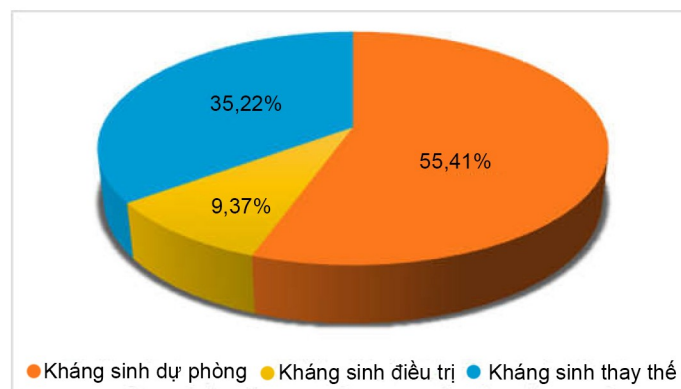


Hình 1. Tỷ lệ có dấu hiệu nhiễm khuẩn ở bệnh nhân có chỉ định phác đồ kháng sinh điều trị ban đầu

Nhận xét: Số bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhưng vẫn được chỉ định phác đồ điều trị ban đầu khá cao (104/332 bệnh nhân, chiếm 31,33%).

3.2.2. Phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu

Các phác đồ KS sau phác đồ ban đầu và hiệu quả của chúng được biểu hiện qua Hình 2 và Bảng 4.



Hình 2. Tỷ lệ các phác đồ trong phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu

Nhận xét: Phác đồ KS sau phác đồ ban đầu có 3 loại là phác đồ dự phòng trước/sau phẫu thuật, phác đồ thay thế và phác đồ điều trị.

Bảng 3. Các phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu và hiệu quả điều trị

Các phác đồ KS	Phác đồ KS dự phòng (n = 343)			Phác đồ KS điều trị (n = 58)			Phác đồ KS thay thế (n = 218)		
	Số lượt	HQ	KHQ	Số lượt	HQ	KHQ	Số lượt	HQ	KHQ

Phác đồ 1 KS	160	144	16	31	28	3	159	146	13
Tỷ lệ %	46,65	41,98	4,67	53,45	48,27	5,18	72,93	66,97	5,86
A	3	2	1	2	2	0	1	1	0
C	93	86	7	8	7	1	47	45	2
M	2	2	0	0	0	0	9	8	1
F	1	1	0	0	0	0	1	1	0
P2	46	40	6	16	14	2	46	40	6
Q	15	13	2	5	5	0	54	51	3
N	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Phác đồ 2 KS	183	169	14	26	24	2	58	46	11
Tỷ lệ %	53,35	49,27	4,08	44,83	41,38	3,45	26,61	21,10	5,51
C+A/P2/Q/F	103	94	9	10	9	1	24	20	4
P2+Q/M/A/F	73	68	5	14	13	1	26	19	7
Q+A/M/F	6	6	0	0	0	0	2	2	0
P4+Q/F	1	1	0	2	2	0	6	5	0
Phác đồ 3 KS	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Tỷ lệ %	0	0	0	1,72	1,72	0	0,46	0,46	0
P2+Q+A	0	0	0	1	1	0	0	0	0
P2+Q+P4	0	0	0	0	0	0	1	1	0

Nhận xét: Ở phác đồ dự phòng, tỷ lệ đạt hiệu quả là 91,25%, trong đó C+A/P2/Q/F được sử dụng nhiều nhất (103 lượt) đạt hiệu quả 91,26%, tiếp đến là C (93 lượt) đạt hiệu quả 92,4%. Ở phác đồ điều trị, tỷ lệ thành công là 91,37%, trong đó P2 được sử dụng nhiều nhất (16 lượt) với hiệu quả thành công đạt 87,50%, sau đó là P2+Q/M/A/F (14 lượt) đạt hiệu quả 92,86%. Ở phác đồ thay thế, tỷ lệ đạt hiệu quả là 88,53%, phác đồ được sử dụng nhiều nhất là Q (54 lượt), C (47 lượt) và P2 (46 lượt) với tỷ lệ thành công lần lượt là 94,44%, 95,74% và 86,95%.

3.2.3. Sự phù hợp của phác đồ kháng sinh với kết quả phân lập vi khuẩn

Có 73 mẫu vi khuẩn được phân lập trên 42 bệnh nhân có kết quả dương tính được đánh giá phác đồ KS phù hợp, nghĩa là trong phác đồ mà bệnh nhân sử dụng có ít nhất 1 KS nhạy cảm với vi khuẩn.

Bảng 4. Sự phù hợp của phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm với kết quả phân lập vi khuẩn

Số lần xét nghiệm		Lần 1		Lần 2		Lần 3	
		Số lượt	Tỷ lệ %	Số lượt	Tỷ lệ %	Số lượt	Tỷ lệ %
Không sử dụng KS		10	23,81	9	39,13	1	12,50
Sử dụng KS trước kết quả	Phổ phù hợp	21	50,00	9	39,13	7	87,50
	Phổ không phù hợp	3	7,14	1	4,35	0	0
	Tổng	24	57,14	10	43,48	7	87,50

VSV/KSD							
Sử dụng KS	Phổ phù hợp	8	19,05	4	17,39	0	0
sau kết quả	Phổ không phù hợp	0	0,00	0	0,00	0	0
VSV/KSD	Tổng	8	19,05	4	17,39	0	0
Tổng		42	100	23	100	8	100

Nhận xét: Phác đồ KS theo kinh nghiệm (phác đồ ban đầu) phù hợp với kết quả VSV/KSD chiếm tỷ lệ cao với 37/73 lượt (50,68%). Có 100% các phác đồ KS sử dụng cho bệnh nhân sau khi có kết quả VSV/KSD là phù hợp.

Bảng 5. Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm trước kết quả vi sinh vật/kháng sinh đồ

Phác đồ KS		Số lượt	Tỷ lệ %
Phác đồ 1 KS	C	12	29,27
	P2	7	17,07
	Q	11	26,83
Phác đồ KS kết hợp	Q+C	2	4,88
	Q+F	1	2,44
	P2+A	4	9,76
	P2+Q	3	7,32
	P2+F	1	2,44
Tổng		41	100

Nhận xét: Phác đồ KS theo kinh nghiệm trước khi có kết quả VSV/KSD chủ yếu là phác đồ 1 KS (73,17%), C được dùng nhiều nhất (29,27%).

Bảng 6. Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm sau kết quả vi sinh vật/kháng sinh đồ

Phác đồ KS		Số lượt	Tỷ lệ %
Phác đồ 1 KS	C	4	28,57
	P2	1	7,14
	Q	7	50,00
Phác đồ KS kết hợp	C+Q	2	14,29
Tổng		14	100

Nhận xét: Phác đồ KS sau khi có kết quả VSV/KSD cũng chủ yếu là phác đồ 1 KS (85,71%), Q được sử dụng nhiều nhất (50,00%).

4. Bàn luận

4.1. Các phác đồ kháng sinh được sử dụng trên bệnh nhân

Bệnh nhân được chỉ định phác đồ KS theo kinh nghiệm ngay sau khi nhập viện. Việc thay thế phác đồ KS dựa vào hiệu quả điều trị hoặc kết quả KSD. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng phác đồ 1 KS cao hơn phác đồ kết hợp, tương đồng với nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai [3]. Trong nghiên cứu này, C được sử dụng nhiều nhất, sau đó là P2 và Q. Nhiễm khuẩn VTMT có sự xuất hiện của cả vi khuẩn Gram âm và Gram

dương [4] nên phác đồ KS theo kinh nghiệm cần có phổ rộng. Hầu hết các bệnh nhân đều được sử dụng 1 - 2 KS. Số lượng phác đồ KS dao động từ 1 - 10 phác đồ, có 69,45% bệnh nhân phải thay đổi phác đồ KS. Nghiên cứu về sử dụng KS điều trị nhiễm khuẩn VTMT ở bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương có 65,03% bệnh nhân sử dụng 1 phác đồ [5]. Sự khác nhau trên có thể do bệnh nhân ở nghiên cứu so sánh không có chỉ định phẫu thuật nhiều như trong nghiên cứu này (401/455 bệnh nhân).

4.2. Đánh giá hiệu quả điều trị của các phác đồ kháng sinh

4.2.1. Phác đồ kháng sinh ban đầu

Phác đồ KS ban đầu được sử dụng với mục đích điều trị (có/không có dấu hiệu nhiễm khuẩn) ngay khi bệnh nhân vào viện và dự phòng trước khi phẫu thuật. Phác đồ KS điều trị ban đầu được sử dụng nhiều hơn so với phác đồ KS dự phòng với phác đồ 1 KS là chủ yếu (73,49%), đạt hiệu quả cao (62,95%); phác đồ kết hợp chiếm 26,51%, hiệu quả là 21,68%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở Bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ phác đồ ban đầu là phác đồ 1 KS chiếm tới 70% [3]. Trong phác đồ 1 KS ban đầu, sử dụng nhiều nhất là C (28,01%), tiếp đến là P2 và Q. Trong phác đồ kết hợp, C+Q và P2+Q là 2 phác đồ được sử dụng nhiều nhất trong phác đồ điều trị ban đầu (với Q thường là moxifloxacin). Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã chỉ ra rằng moxifloxacin sử dụng 1 lần/ngày có hiệu quả tương tự khi sử dụng piperacilin+tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn VTMT ở bệnh nhân đái tháo đường [6]. Các phác đồ 1 KS đều nằm trong hướng dẫn sử dụng KS theo kinh nghiệm [7], nhưng phác đồ kết hợp thì không có. Cần xem xét việc sử dụng nhiều

KS phối hợp có phổ rộng có thực sự cần thiết.

Ở phác đồ KS dự phòng, tỷ lệ phác đồ 1 KS và phác đồ kết hợp là tương đương nhau, đạt hiệu quả rất cao (95,12%). Sự xuất hiện của P2 và C gặp nhiều nhất (lần lượt là 44,71% và 43,90%) do số lượng bệnh nhân phẫu thuật bẩn, phẫu thuật nhiễm trong nghiên cứu này lớn. Theo hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015) và khuyến cáo trong sử dụng KS dự phòng của ASHP (2013), với các phẫu thuật bẩn và nhiễm thì ngoài mục đích dự phòng, KS còn có vai trò điều trị. P2 và C cũng nằm trong các phác đồ dự phòng được khuyến cáo sử dụng [8], [9].

Số bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhưng vẫn được chỉ định KS điều trị ban đầu khá cao (31,33%). Bệnh nhân trong nghiên cứu được xác định có nhiễm khuẩn VTMT theo khái niệm "NERDS" [10]. Tuy nhiên, theo Leaper D và cộng sự (2008), các vi khuẩn thường hình thành nên màng biofilm [2] gây khó khăn cho xác định vết thương có nhiễm khuẩn hay không. Mặt khác, đa số bệnh án này đều thuộc nhóm phẫu thuật nên mục đích sử dụng KS được xem là dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ.

4.2.2. Phác đồ kháng sinh sau phác đồ ban đầu

Phác đồ KS sau phác đồ ban đầu có 3 loại là phác đồ dự phòng trước/sau phẫu thuật (55,41%), phác đồ thay thế (35,22%), phác đồ điều trị (9,37%). Điều này cho thấy việc thay đổi phác đồ KS sau phác đồ ban đầu chủ yếu là do bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, cần sử dụng KS dự phòng. Phác đồ dự phòng có hiệu quả cao (91,25%). Phác đồ 2 KS nhiều hơn phác đồ 1 KS. Trong đó, C+A/P2/Q/F sử dụng nhiều nhất (30,03%), sau đó là C, P2+Q/M/A/F và P2. Phác đồ điều trị cũng đạt hiệu quả cao (91,37%), phác đồ 1 KS nhiều hơn so với

phác đồ 2 KS, có 1 lượt chỉ định sử dụng đến 3 KS. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng phác đồ 1 KS trong điều trị đã giảm so với tỷ lệ sử dụng trong phác đồ điều trị ban đầu. Phác đồ 2 KS tăng lên để mở rộng phổ vi khuẩn, P2 được sử dụng nhiều nhất (27,58%), sau đó là P2+Q/M/A/F. Phác đồ thay thế có hiệu quả cao (88,63%), chủ yếu là phác đồ 1 KS nhiều hơn đáng kể so với phác đồ 2 KS và 3 KS với tỷ lệ thành công đạt cao (88,53%). Sử dụng nhiều nhất là Q (24,77%), tiếp đến là C và P2. Phác đồ thay thế là các phác đồ KS sau phác đồ điều trị hoặc dự phòng có hiệu quả nhưng vẫn tiếp tục được sử dụng do thay đổi KS theo quy định của dược lâm sàng hoặc là “liệu pháp xuống thang” của phác đồ trước đó. Do đó, phác đồ đơn độc và Q vẫn được sử dụng nhiều nhất.

4.2.3. Sự phù hợp của phác đồ kháng sinh với kết quả phân lập vi khuẩn

Trong số 42 bệnh nhân được lấy mẫu xét nghiệm VSV thì có đến 8 bệnh nhân có kết quả dương tính đến lần thứ 3 và 15 bệnh nhân có 2 lần dương tính, cho thấy hiệu quả điều trị của KS sau khi có kết quả xét nghiệm lần 1 là chưa cao. Đặc biệt trường hợp có xét nghiệm dương tính với vi khuẩn nhưng không sử dụng KS chiếm tỷ lệ cao (27,40%). Phác đồ KS ban đầu theo kinh nghiệm phù hợp với kết quả VSV/KSĐ chiếm tỷ lệ chưa cao (50,68%). Toàn bộ các phác đồ KS sử dụng cho bệnh nhân sau khi có kết quả VSV/KSĐ là phù hợp.

5. Kết luận

Phác đồ điều trị trong phác đồ KS ban đầu và phác đồ KS sau phác đồ ban đầu sử dụng phác đồ 1 KS là chủ yếu, đạt hiệu quả lần lượt là 62,95% và 48,27%. Phác đồ dự phòng trong phác đồ KS ban đầu và phác đồ KS sau ban đầu có tỷ lệ dùng KS kết hợp cao, đạt hiệu quả đều trên 90%. Phác đồ thay thế dùng 1 KS là chủ yếu, đạt hiệu quả là 88,63%. Tỷ lệ bệnh nhân có phác đồ

KS theo kinh nghiệm phù hợp với kết quả VSV/KSĐ đạt 50,68%. Có 100% các phác đồ KS sau kết quả VSV/KSĐ là phù hợp với xét nghiệm vi sinh.

Tài liệu tham khảo

1. Markova A et al (2012) *US skin Disease assessment: Ulcer and wound care*. Dermatol Clin 30: 107-111.
2. Leaper D, Robert JS (2008) *The complex issue of wound infection. Association for the Advancement of Wound Care (AAWC). Advancing your practice: Understanding Wound Infection and the Role of Biofilms*. Malvern PA: 5-8.
3. Đỗ Thị Lan Hương (2011) *Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bàn chân tại Khoa Nội tiết - Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai*. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ đại học, Đại học Dược Hà Nội.
4. Lipsky BA et al (2012) *2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections*. Clin Infect Dis 54(12): 132-173.
5. Cao Thị Thanh Mai (2016) *Khảo sát sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ đại học, Đại học Dược Hà Nội.
6. Nguyễn Tiến Dũng (2018) *Nghiên cứu một số đặc điểm của vết thương mạn tính và hiệu quả điều trị của ghép tế bào gốc từ mô mỡ tự thân*. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
7. Nguyễn Đạt Anh (2016) *Hướng dẫn điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. Bratzler DW et al (2013) *Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery*. Am J Health-System Pharm 70(3): 195-283.

-
10. Smith K et al (2016) *One step closer to understanding the role of bacteria in diabetic foot ulcers: characterising the microbiome of ulcers*. BMC Microbiol 16: 54.