

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY Ở BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TÂY NINH

Nguyễn Văn Thiện, Trần Công Luận*,
 Nguyễn Thị Quỳnh Hương và Nguyễn Thị Xuân Khanh
 Trường Đại học Tây Đô
 (*Email: tcluan@tdu.edu.vn)

Ngày nhận: 15/5/2023

Ngày phản biện: 10/8/2023

Ngày duyệt đăng: 26/9/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh năm 2020. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 78 hồ sơ bệnh án điều trị tại bệnh viện từ ngày 01/6/2020 đến 01/12/2020. Kết quả ghi nhận tỉ lệ sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu là 37,2%. Chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy có phân lỏng nhầy và phân lỏng nhầy máu là 100%, chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy có phân lỏng nước là 15,5%. Chỉ định kháng sinh ở tiêu chảy cấp phân máu và tiêu chảy kéo dài là 100%, còn ở tiêu chảy cấp là 33,8%. Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là cefixim 34,6%. Trong điều trị tiêu chảy trong mẫu nghiên cứu trung bình là $3,66 \pm 1,61$ ngày, trung vị là 3 ngày với thời gian điều trị ít nhất là 2 ngày và dài nhất là 8 ngày. Tỷ lệ phác đồ chỉ định kháng sinh với chế độ liều phù hợp khuyến cáo chiếm 35,9%, chế độ liều thấp hơn khuyến cáo là 1,3%. Chỉ định oresol: để điều trị tiêu chảy trong mẫu nghiên cứu là 25,6%. Chỉ định lactat ringer: trong điều trị tiêu chảy không mất nước chiếm 25,4%. Liều dùng oresol: theo khuyến cáo của WHO và Bộ Y tế độ phù hợp khuyến cáo trong nghiên cứu là 21,8% và thấp hơn khuyến cáo 3,8% còn lại là không có chỉ định oresol. Tỷ lệ chỉ định bổ sung kẽm trong tiêu chảy chỉ chiếm 9% trong tổng mẫu nghiên cứu, trong đó kẽm được chỉ định với tỷ lệ cao nhất trong tiêu chảy phân lỏng nhầy với 11,8%. Độ phù hợp khuyến cáo liều bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy chiếm tỷ lệ 85,7%. Tỷ lệ có chỉ định probiotic trong tiêu chảy chiếm tỷ lệ 83,3% trong tổng mẫu nghiên cứu, tiêu chảy phân lỏng nhầy máu được chỉ định bổ sung probiotic chiếm tỷ lệ cao nhất 100%.

Từ khóa: Tiêu chảy, kháng sinh

Trích dẫn: Nguyễn Văn Thiện, Trần Công Luận, Nguyễn Thị Quỳnh Hương và Nguyễn Thị Xuân Khanh, 2023. Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 18: 154-166.

*TTUT.GS.TS. Trần Công Luận - Hiệu trưởng - Trưởng Khoa Dược và Điều dưỡng, Trường Đại học Tây Đô

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tiêu chảy là nguyên nhân thứ hai gây tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi đã được ước tính theo WHO và một số nghiên cứu ở các nước trên thế giới (WHO, 2017; Omona *et al.*, 2020). Thêm 500.000 trẻ em lớn hơn (từ 5 đến 9 tuổi) chết trong năm 2019. Nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ em dưới 5 tuổi tất cả đều có thể được ngăn ngừa hoặc điều trị bằng cách tiếp cận các can thiệp đơn giản, giá cả phải chăng bao gồm chủng ngừa, dinh dưỡng đầy đủ, nước, thực phẩm an toàn và chăm sóc chất lượng bởi một nhà cung cấp dịch vụ y tế được đào tạo khi cần thiết. Một tỷ lệ đáng kể bệnh tiêu chảy có thể được ngăn ngừa thông qua nước uống an toàn, vệ sinh đầy đủ và hợp vệ sinh. Mỗi năm bệnh tiêu chảy của trẻ em có gần 1,7 tỷ trường hợp trên toàn cầu (WHO, 2020). Điều này được thể hiện khá rõ ở nghiên cứu đánh giá tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy và các yếu tố nguy cơ liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Thị trấn Debre Berhan, Ethiopia (WHO, 2017; Shine *et al.*, 2020).

Các lựa chọn điều trị phổ biến cho bệnh tiêu chảy là thay thế chất lỏng và liệu pháp kháng sinh. Liệu pháp bù dịch còn được gọi là liệu pháp bù nước qua đường uống (ORT) đặc biệt cần thiết cho trẻ nhỏ (Iannotti *et al.*, 2015; Bruzzese *et al.*, 2018). Ở Nigeria, các liệu pháp uống dựa trên ngũ cốc và chất lỏng tự làm tại nhà đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc kiểm soát tiêu chảy (Peter *et al.*, 2018). Các chất kháng khuẩn đầu tiên trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em là co-trimoxazol và metronidazol có thể được sử dụng theo kinh nghiệm.

Các thuốc khác bao gồm penicillin, erythromycin, amoxicillin, ampicillin, cefuroxim, ceftriaxon, tetracyclin, chloramphenicol và ampicillin/cloxacillin, azithromycin, ciprofloxacin và rifaximin (Udoh *et al.*, 2017; Bruzzese *et al.*, 2018). Điều trị bằng đường tiêm với ceftriaxon hoặc ciprofloxacinis được khuyến cáo cho các trường hợp tiêu chảy nặng (Bruzzese *et al.*, 2018).

Tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em ngày càng được quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là tình trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị tiêu chảy. Từ đó, để đánh giá thực tế tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh dựa vào đó đưa ra các biện pháp quản lý và nâng cao hiệu quả sử dụng thuốc, tác giả tiến hành đề tài “Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh năm 2020”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp hồi cứu, thu thập kết quả dựa trên phiếu thu thập thông tin.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh án của bệnh nhân được bác sĩ chẩn đoán xác định là tiêu chảy và chỉ định điều trị ít nhất một loại thuốc.

- Bệnh án của bệnh nhân đã có tiền sử bệnh tiếp tục được điều trị.

- Bệnh nhân đã được thăm hỏi về:

+ Số lần tiêu chảy.

+ Thời gian bệnh.

+ Có máu trong phân.

- + Báo cáo vùng dịch tả trong khu vực
- + Kháng sinh và các loại thuốc khác đang sử dụng hay sử dụng trước đó.
- + Con quấy khóc xanh tái ở trẻ.
- + Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng toàn diện.
- + Dấu hiệu mất nước.
- + Có máu trong phân.
- + Dấu hiệu suy dinh dưỡng nặng.
- + Khô u ở bụng.
- + Tình trạng chướng bụng.
- + Soi cấy phân không cần chỉ định thường quy cho các trẻ tiêu chảy cấp không có máu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chuyên viện.
- Bệnh án ghi nhận bệnh nhân đang điều trị một bệnh khác có thể gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị tiêu chảy.

2.4. Mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chọn những bệnh án đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và thu nhận toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ từ 01/01/2020 - 01/12/2020. Toàn bộ cỡ mẫu thực tế

thu được trong thời gian nghiên cứu là 78 mẫu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Phân tích đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.
- Tình hình thuốc trong điều trị tiêu chảy sử dụng.
- Tiêu chí đánh giá phù hợp dựa vào khuyến cáo của Bộ Y tế và WHO

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu sau khi được thu thập theo một mẫu phiếu điều tra thống nhất, được nhập bằng Microsoft Office Excel 2016 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (M±SD).

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hóa, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi (tuổi lớn nhất 6, tuổi nhỏ nhất 1, 3,17±1,07)	≤12 tháng	2	(2,6%)
	13-24 tháng	17	(21,8%)
	25 tháng-60 tháng	59	(75,6%)
Giới tính	Nam	48	61,5
	Nữ	30	38,5
Nơi sinh sống	Nông thôn	61	78,2
	Thành thị	17	21,8

Kết quả Bảng 1 ghi nhận tuổi lớn nhất trong 78 bệnh nhân thì trẻ giới tính nam chiếm đa số với 61,5% còn trẻ giới nữ là 38,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung (2021) với nam 61,9% và nữ 38,1%. Tuy nhiên lại khác so với nghiên cứu của Mernie và cộng sự (2022) có tỉ lệ trẻ giới tính nam là 45% còn nữ là 55%. Sự khác biệt về giới tính này có thể là do sự mất cân bằng giới tính của nước ta hiện nay góp phần làm tỷ lệ trẻ nam bị bệnh nhiều hơn trẻ nữ.

Số trẻ nam và nữ nhập viện vì tiêu chảy chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 25 tháng đến 60 tháng tuổi với tỷ lệ 75,6%. Kế đến là nhóm trẻ từ 13 tháng đến 24 tháng tuổi với tỷ lệ 21,8%. Độ tuổi trung bình $3,17 \pm 1,07$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 1, tuổi lớn nhất là 6. Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) với số trẻ nam và nữ tiêu chảy chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 7 tháng đến 24 tháng tuổi với tỷ lệ lần lượt là 58,8% và 44,7%, kế đến là nhóm trẻ từ 25 tháng đến dưới 60 tháng tuổi với tỷ lệ lần lượt là 17,6% và 28,2%. Có thể ở

lứa tuổi này trẻ dễ ăn phải thức ăn lạ khiến cơ thể từ chối dung nạp, hoặc khi trẻ chuyển từ giai đoạn bú mẹ sang ăn dặm/từ chế độ ăn lỏng sang ăn đặc, hoặc trẻ bắt đầu đi mẫu giáo và chưa kịp thích nghi với chế độ ăn mới.

Trong mẫu nghiên cứu tỷ lệ tiêu chảy ở trẻ em sinh sống ở nông thôn 78,2% cao hơn trẻ em sống ở thành phố với tỷ lệ 21,8%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Bé Hà Thành và cộng sự (2022) cho thấy tỉ lệ ở nông thôn cao hơn thành phố (67,8% so với 32,2%). Các nghiên cứu khác cũng cho tỉ lệ ở nông thôn cao hơn thành phố như Trần Văn Nhơn (2020) 62,5% so với 37,5%. Lý do cho tỉ lệ tiêu chảy ở nông thôn luôn luôn cao hơn ở thành phố có thể là do có tập quán ăn uống không hợp vệ sinh, cho trẻ em chơi ở những nơi không sạch sẽ dễ tiếp xúc với nhiều nguồn lây bệnh. Một số nông thôn vẫn còn chưa có các nguồn nước sạch hay sử dụng nhà tiêu không hợp vệ sinh, đổ thẳng phân ra cống, mương, ao, hồ, sông, suối... cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy.

Bảng 2. Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng

	Đặc điểm	BN	Tỷ lệ %
Tính chất phân	Phân lỏng nước	58	74,4
	Phân lỏng nhầy	17	21,8
	Phân lỏng nhầy máu	3	3,8
Tình trạng mất nước	Không mất nước	71	91,0
	Có mất nước	6	7,7
	Mất nước nặng	1	1,3
Kết quả bạch cầu trong máu (WBC)	Bình thường	66	84,6
	Giảm	2	2,6
	Tăng	10	12,8
Kết quả bạch cầu đa nhân trung tính (Neutrophil) trong máu	Bình thường (40-74%)	67	85,9
	Giảm (<40%)	2	2,6
	Tăng (>74%)	9	11,5
Kết quả C-reactive protein (CRP) trong máu	Bình thường (<5 mg/L)	55	70,5
	Tăng (>5 mg/L)	10	12,8
	Không chỉ định	13	16,7
Kết quả bạch cầu trong soi phân	Âm tính (-)	7	9,0
	Dương tính (+)	4	5,1
	Không chỉ định	67	85,9
Kết quả hồng cầu trong soi phân	Âm tính (-)	10	12,8
	Dương tính (+)	1	1,3
	Không chỉ định	67	85,9
Các bệnh kèm thường gặp	Hạ đường huyết	2	2,6
	Sốt xuất huyết	1	1,3
	Hội chứng dạ dày, ruột	1	1,3
	Không	74	94,9

Kết quả Bảng 2 ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có phân lỏng nước chiếm nhiều nhất với 74,4%, tiếp đến là phân lỏng nhầy 21,8% và ít nhất là phân lỏng nhầy máu với 3,8%. Trong nghiên cứu của Hồ Thị Bạch Tuyết và cộng sự tỉ lệ phân đàm nhầy (39,1%), phân đàm máu (8,3%). Trong nghiên cứu của Wang và cộng sự (2022) với 5072 mẫu phân được xét nghiệm, phân lỏng nước (67,01%) là phổ biến nhất, tiếp theo là

phân nhão (4,91%), phân lỏng nhầy (0,87%) và phân lỏng nhầy máu (0,20%).

Trong nghiên cứu tiêu chảy không mất nước chiếm đa số với tỷ lệ 91%, kế đến là tiêu chảy có mất nước chiếm 7,7% và có một trường hợp mất nước nặng 1,3%. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Võ Phương Thảo (2021) với đa số trẻ nhập viện là không mất nước (84,5%), chiếm hơn 5 lần số

trẻ mất nước (15,5%). Không có trẻ nào mất nước nặng. Lý giải điều này có thể do trong nhóm nghiên cứu, trình độ học vấn người nuôi dưỡng trẻ được nâng cao kèm với công tác truyền thông phòng và xử trí tiêu chảy mang lại hiệu quả. Trẻ được đưa vào viện sớm, được dùng các dung dịch bù nước trước khi vào viện.

Ở mức bình thường bạch cầu trong máu chiếm tỷ lệ cao nhất với 84,6%. Kế tiếp là bạch cầu trong máu tăng chiếm 12,8% và ít nhất là bạch cầu trong máu giảm có tỉ lệ là 2,6%. Bạch cầu đa nhân trung tính trong máu cho thấy tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 85,9%, kế đến là bạch cầu đa nhân trung tính trong máu tăng 11,5% và ít nhất là bạch cầu đa nhân trung tính giảm với 2,6%. Tỷ lệ CRP bình thường chiếm 70,5% và tỷ lệ CRP tăng chiếm 12,8%. Có 13 trường hợp không chỉ định xét nghiệm CRP chiếm 16,7%. Khác với nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) với kết quả bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và CRP tăng lần lượt là 52,65%; 35,9% và 30,7% hay nghiên cứu của Trần Ngọc Khải (2018) với tỉ lệ bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và CRP tăng lần lượt là 59,5%, 39,9% và 51%.

Kết quả soi phân cho thấy tỷ lệ bạch cầu dương tính chiếm 5,1%, tỷ lệ hồng cầu dương tính chiếm tỷ lệ rất thấp 1,3%. Kết quả soi phân của nghiên cứu đều có tỉ lệ thấp hơn các nghiên cứu

khác. Nghiên cứu của Hồ Thị Bạch Tuyết và cộng sự (2021) có tỉ lệ bạch cầu trong phân 56,5% và hồng cầu trong phân 7,2%. Nghiên cứu của Lê Tấn Giàu và ctv., (2017) tỉ lệ soi phân có bạch cầu là 19,5% và hồng cầu là 4,9%. Tuy nhiên lại tương đồng nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) tỷ lệ bạch cầu dương tính chiếm 3,2%, tỷ lệ hồng cầu dương tính chiếm tỷ lệ rất thấp 0,8% và có cùng quan điểm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bạch cầu và hồng cầu trong phân dương tính thấp hơn có thể là do chỉ định soi phân tìm hồng cầu và bạch cầu rất ít nên dẫn đến tỷ lệ dương tính thấp hơn nghiên cứu của hai tác giả trên cộng với việc lấy mẫu xét nghiệm cũng như kết quả chủ quan của người đọc.

Các bệnh thường gặp trong mẫu nghiên cứu là hạ đường huyết 2,6%, sốt xuất huyết 1,3% và hội chứng dạ dày, ruột 1,3%. Các bệnh mắc kèm thường gặp khác với nghiên cứu của Trần Ngọc Khải với bệnh mắc kèm thường gặp là viêm phổi chiếm 35,5%, viêm phế quản 32,3% hay với nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) có nhiễm trùng hô hấp trên 1,6%, viêm phổi 1,6%, kể đến là viêm họng cấp 0,8%. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do nơi nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu hay cách chọn mẫu khác nhau dẫn đến các bệnh mắc kèm và tỉ lệ bệnh mắc kèm khác nhau.

3.2. Thực trạng sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy

Bảng 3. Đặc điểm các loại thuốc bệnh nhân sử dụng

Kháng sinh trong điều trị		BN	Tỷ lệ %
Kháng sinh chỉ định	Không chỉ định	49	62,8
	Có chỉ định	29	37,2
Lý do chỉ định kháng sinh	Bạch cầu và/hoặc CRP tăng	18	23,1
	Soi phân có bạch cầu và/hoặc hồng cầu	1	1,3
	Sốt cao mà không tìm được nguyên nhân	10	12,8
	Không chỉ định	49	62,8
Tần suất có chỉ định kháng sinh theo tính chất phân	Phân lỏng nhầy	17	100
	Phân lỏng nhầy máu	9	15,5
	Phân lỏng nước	29	37,2
Tình hình phối hợp kháng sinh trong điều trị tiêu chảy theo chẩn đoán	Tiêu chảy cấp	25	33,8
	Tiêu chảy cấp phân máu	3	100
	Tiêu chảy kéo dài	1	100
Các kháng sinh sử dụng trong điều trị tiêu chảy	Cefixim	27	34,6
	Cefotaxim	1	1,3
	Ceftizoxim	1	1,3
Đánh giá sự phù hợp chế độ liều của các kháng sinh trong điều trị	Phù hợp khuyến cáo	28	35,9
	Thấp hơn khuyến cáo	1	1,3
	Không chỉ định	49	62,8
Tần suất chỉ định oresol trong điều trị tiêu chảy	Không mất nước	18	25,4
	Có mất nước	2	33,3
	Mất nước nặng	0	0
Tần suất chỉ định lactat ringer trong điều trị tiêu chảy	Không mất nước	18	25,4
	Có mất nước	6	100
	Mất nước nặng	1	100

Kết quả Bảng 3 ghi nhận trong nghiên cứu 78 trường hợp bị tiêu chảy có 29 trường hợp được sử dụng kháng sinh chiếm 37,2%. Thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Tấn Giàu và ctv., (2017) khi có 65,9% trẻ được dùng kháng sinh hay nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) với 88,8% có chỉ định kháng sinh. Nhưng lại cao hơn tỉ lệ sử dụng kháng

sinh của nghiên cứu Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung với chỉ 15,8%.

Đặc điểm sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu phổ biến nhất là có tăng bạch cầu và/hoặc tăng CRP chiếm 23,1% kế đến là sốt cao mà không tìm được nguyên nhân có 12,8%, soi phân có bạch cầu và hoặc hồng cầu chỉ chiếm 1,3% trong tổng số mẫu nghiên cứu. Khác với

nghiên cứu của Trần Ngọc Khải (2018) cho thấy nguyên nhân dẫn đến chỉ định kháng sinh trong tiêu chảy là do có bạch cầu và/hoặc hồng cầu trong phân chiếm 64,6%, tăng bạch cầu và/hoặc CRP chiếm 30,2%, sốt cao không tìm được nguyên nhân 5,2%.

Trong nghiên cứu tình hình chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy có phân lỏng nhầy và phân lỏng nhầy máu là 100%, chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy có và phân lỏng nước là 15,5%. Chỉ định kháng sinh ở tiêu chảy cấp phân máu và tiêu chảy kéo dài là 100%, còn ở tiêu chảy cấp là 33,8%. Việc điều trị tiêu chảy bằng kháng sinh là một vấn đề phức tạp, không nên điều trị bằng kháng sinh cho đại đa số trẻ em mắc tiêu chảy, trừ khi có các điều kiện cụ thể. Với nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy do vi khuẩn, có thể sử dụng kháng sinh cho bé bị tiêu chảy khi có chỉ định của bác sĩ. Trong nhiều trường hợp, trẻ không cần sử dụng kháng sinh vì kháng sinh chỉ tiêu diệt được vi khuẩn, không tiêu diệt được virus. Nếu nguyên nhân gây tiêu chảy là do các tác nhân ngoài vi khuẩn (virus, ngộ độc thực phẩm, tác dụng phụ của thuốc...) thì việc sử dụng kháng sinh sẽ không có tác dụng chữa bệnh hay phòng ngừa lây nhiễm bệnh cho người khác.

Kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là cefixim 34,6%, còn kháng sinh cefotaxim và ceftizoxim đều chỉ có 1 trường hợp chiếm 1,3%. Trẻ được sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu của Lê Tấn Giàu và ctv., (2017) nhiều nhất là kháng sinh ceftriaxone 38,2% và ciprofloxacin 24,7%. Trong

nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong điều trị tiêu chảy là ceftriaxon 53,4%, kế đến là ciprofloxacin 12,4%, cotrimoxazol 26,3%, amoxicillin 23,3% và cephalosporine 17,9% là ba loại kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất trong nghiên cứu của Teakleab và cộng sự (2017). Trong nghiên cứu của Okubo và cộng sự có 30% trẻ em được dùng kháng sinh và fosfomycin là loại kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất với 20,3%, cephalosporin 4,5%. Kết quả nghiên cứu của Efunshile về kháng sinh sử dụng, ciprofloxacin được sử dụng nhiều nhất chiếm 72,4%, metronidazol chiếm 30,2% và gentamycin chiếm 15,1%. Trong một số trường hợp, kết hợp kháng sinh đã được sử dụng, với ciprofloxacin và metronidazole được sử dụng kết hợp ở 22% trẻ em.

Sự khác biệt này có thể là do tình hình đề kháng kháng sinh tại địa điểm nghiên cứu khác nhau nên chỉ định kháng sinh khác so với trong mẫu nghiên cứu này.

Trong điều trị tiêu chảy trong mẫu nghiên cứu trung bình là $3,66 \pm 1,61$ ngày, trung vị là 3 ngày với thời gian điều trị ít nhất là 2 ngày và dài nhất là 8 ngày. Số ngày có chênh lệch với nghiên cứu của Trần Ngọc Khải (2018) có thời gian sử dụng kháng sinh trung bình trong tiêu chảy là $4,4 \pm 1,7$ ngày. Có sự khác biệt trong mẫu nghiên cứu có thể là do sự khác biệt trong tình trạng bệnh hoặc nguyên nhân của bệnh nhân trong mẫu.

Tỷ lệ phác đồ chỉ định kháng sinh với chế độ liều phù hợp khuyến cáo chiếm 35,9%, chế độ liều thấp hơn khuyến cáo 1,3%. Độ phù hợp của nghiên cứu có tỉ lệ thấp hơn độ phù hợp của nghiên cứu Trần Văn Nhơn (2020) với tỉ lệ là 86,4%. Trường hợp thấp hơn so với khuyến cáo có thể do tình trạng bệnh nhân hay điều này có thể là do thực hành kê đơn có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác nhau như động cơ kinh tế từ các công ty dược phẩm hay quy định yếu kém về kê đơn bên cạnh khoảng cách kiến thức từ nhà cung cấp và người tiêu dùng.

Chỉ định oresol: để điều trị tiêu chảy trong mẫu nghiên cứu là 25,6%. Trong đó chỉ định oresol trong điều trị tiêu chảy không mất nước chiếm 25,4%, chỉ định oresol trong điều trị tiêu chảy có mất nước chiếm 33,3% và không có chỉ định oresol cho tiêu chảy có mất nước nặng. Thấp hơn so với tỉ lệ trong nghiên

cứu Trần Văn Nhơn (2020) với chỉ định oresol trong điều trị tiêu chảy không mất nước chiếm 68,9%, chỉ định oresol trong điều trị tiêu chảy có mất nước chiếm 58,3% và 100% trường hợp tiêu chảy có mất nước nặng có chỉ định bổ sung oresol trong điều trị. Trong nghiên cứu của Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung (2021) thì chỉ định oresol cho tiêu chảy là 100%.

Chỉ định lactat ringer: trong điều trị tiêu chảy không mất nước chiếm 25,4%, trong tiêu chảy có mất nước và mất nước nặng chiếm 100%. Thấp hơn so với tỉ lệ trong nghiên cứu Trần Văn Nhơn (2020) với chỉ định lactat ringer trong điều trị tiêu chảy không mất nước chiếm 50,8%, trong tiêu chảy có mất nước chiếm 91,7% và mất nước nặng 100%. Trong nghiên cứu của Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung (2021) thì chỉ định lactat ringer cho tiêu chảy là 100%.

Bảng 4. Đánh giá liều dùng của oresol trong dự phòng và điều trị mất nước do tiêu chảy

Liều dùng	Không mất nước (n=71)	Có mất nước (n=6)	Mất nước nặng (n=1)	Tổng (n=78)
Phù hợp khuyến cáo	17 (23,9%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (21,8%)
Thấp hơn khuyến cáo	0 (0%)	2 (33,3%)	1 (100%)	3 (3,8%)
Không chỉ định	54 (76,1%)	4 (66,7%)	0 (0%)	58 (74,4%)

Kết quả Bảng 4 ghi nhận theo khuyến cáo của WHO và Bộ Y tế độ phù hợp khuyến cáo trong nghiên cứu là 21,8% và thấp hơn khuyến cáo 3,8% còn lại là không có chỉ định oresol. Trong số phù hợp khuyến cáo chủ yếu là chỉ định liều dùng oresol cho tiêu chảy không có dấu hiệu mất nước. Tỉ lệ phù hợp khuyến cáo

của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Nhơn (2020) tỷ lệ chỉ định liều dùng oresol phù hợp với khuyến cáo là 65,3%, thấp hơn khuyến cáo 3,2%, không chỉ định 31,5%. Sự chênh lệch chủ yếu là do nghiên cứu của tác giả có tỉ lệ không chỉ định oresol rất cao là 74,4%.

Bảng 5. Tình hình chỉ định bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy

Kẽm	Phân lỏng nhầy (n=17)	Phân lỏng nhầy máu (n=3)	Phân lỏng nước (n=58)	Tổng (n=78)
Có	2 (11,8%)	0 (0%)	5 (8,6%)	7 (9%)
Không	15 (88,2%)	3 (100%)	53 (91,4%)	71 (91%)

Kết quả Bảng 5 ghi nhận tỷ lệ chỉ định bổ sung kẽm trong tiêu chảy chỉ chiếm 9% trong tổng mẫu nghiên cứu, trong đó kẽm được chỉ định với tỷ lệ cao nhất trong tiêu chảy phân lỏng nhầy với 11,8%, kế đến là tiêu chảy phân lỏng nước 8,6%. Nghiên cứu của Trần Ngọc Khải cho thấy tỷ lệ chỉ định bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy là 47,9%.

Việc sử dụng kẽm ở trẻ bị tiêu chảy có tác dụng làm giảm thời gian bị bệnh, tăng tốc độ hồi phục của đường ruột và còn làm giảm tỷ lệ mắc tiêu chảy. Ngoài ra, kẽm có tác dụng với cả những bệnh nhân tiêu chảy kéo dài, tiêu chảy phân nhầy máu chứ không chỉ với mỗi tiêu chảy cấp.

Bảng 6. Đánh giá liều bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy

Liều bổ sung kẽm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Phù hợp khuyến cáo	6	85,7
Thấp hơn khuyến cáo	1	14,3

Kết quả Bảng 6 ghi nhận trong điều trị tiêu chảy chiếm tỷ lệ 85,7% và tỷ lệ chỉ định liều bổ sung kẽm thấp hơn khuyến cáo 14,3%. Thấp hơn tỉ lệ nghiên cứu của Trần Văn Nhon (2020)

với chỉ định liều bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy phù hợp khuyến cáo chiếm tỷ lệ 97% và tỷ lệ chỉ định liều bổ sung kẽm thấp hơn khuyến cáo là 3%.

Bảng 7. Tình hình chỉ định Probiotic

Probiotic	Phân lỏng nhầy (n=17)	Phân lỏng nhầy máu (n=3)	Phân lỏng nước (n=58)	Tổng (n=78)
Có	15 (88,2%)	3 (100%)	47 (81%)	65 (83%)
Không	2 (11,8%)	0 (0%)	11 (19%)	13 (17%)

Kết quả Bảng 7 ghi nhận trong tiêu chảy chiếm tỷ lệ 83,3% trong tổng mẫu nghiên cứu, tiêu chảy phân lỏng nhầy máu được chỉ định bổ sung probiotic chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, kế tiếp là phân lỏng nhầy với 88,2%, thấp nhất là phân lỏng nước 81%. Thấp hơn tỉ lệ

nghiên cứu của Trần Văn Nhon (2020) khi chỉ định probiotic trong tiêu chảy chiếm tỷ lệ 35,1%. Trong nghiên cứu của Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung (2021) thì chỉ định probiotic cho tiêu chảy là 100%.

4. KẾT LUẬN

Tình hình sử dụng kháng sinh, oresol, kẽm trong điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú ≤ 6 tuổi là khá phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế thế giới về danh mục thuốc và liều dùng. Tuy nhiên, cần tăng cường tuân thủ việc chỉ định kháng sinh trong điều trị tiêu chảy theo khuyến cáo, hạn chế việc lạm dụng kháng sinh trong điều trị.

Kết quả nghiên cứu của đề tài cung cấp những số liệu cần thiết cho Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh về tình hình kê đơn thuốc và sự cần thiết trong xây dựng các giải pháp điều trị, quản lý thuốc và tư vấn phù hợp để góp phần điều trị bệnh nhân tiêu chảy ở bệnh nhi tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Việt Bách và Nguyễn Thành Trung. 2021. “Kết quả điều trị bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”. Tạp Chí Y học Việt Nam 505 (2).
2. Lê Tấn Giàu, Trương Công Đầy và Tạ Văn Trâm (2017), "Đặc điểm bệnh tiêu chảy cấp điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 01/8/1016 đến 31/10/2016 ", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 21(6), tr. 1-4.
3. Trần Ngọc Khải (2018), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em tại Bệnh viện Quốc tế Phương Châu, Luận văn thạc sỹ Dược học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh., tr. 43-61.
4. Mernie, G., Kloos, H., & Adane, M., (2022). Prevalence of and factors associated with acute diarrhea among children under five in rural areas in Ethiopia with and without implementation of community-led total sanitation and hygiene. BMC pediatrics, 22(1), 1-16.
5. Trần Văn Nhơn (2020), “Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị tiêu chảy ở bệnh nhi nội trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2019”, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Tây Đô, tr. 3-70.
6. Bé Hà Thành, Nguyễn Thị Xuân Hương, Lê Thị Kim Dung, Nguyễn Văn Bắc, Dương Quốc Trường, và Nguyễn Công Thành. 2022. “Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp tại trung tâm nhi khoa, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên”. Tạp Chí Y học Việt Nam 511 (2).
7. Phạm Võ Phương Thảo (2021), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế”, Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế. Số 1 (11), tr. 24-29
8. Hồ Thị Bạch Tuyết, Võ Ngọc Thủy Tiên, Ngô Văn Bách, Tăng Lê Châu Ngọc, Hà Văn Thiệu (2021), Đặc điểm tiêu chảy kéo dài trẻ dưới 5 tuổi tại khoa tiêu hóa bệnh viện Nhi đồng 2, Tạp chí Y học thành phố HCM, 25(3)
9. Wang, G., Zhao, R. Q., Tang, X., Ren, L., Zhang, Y. F., Ding, H., ... & Liu, W., (2022). Age-specific spectrum of etiological pathogens for viral diarrhea among children in twelve

consecutive winter-spring seasons (2009–2021) in China. *Journal of Medical Virology*.

10. Omona, S., Malinga, G.M., Opoke, R. et al., (2020) “Prevalence of diarrhea and associated risk factors among children under five years old in Pader District, northern Uganda”. *BMC Infect Dis* 20, 37.

11. World Health Organization (2017), Diarrhoeal disease <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

12. World Health Organization (2020), Children: improving survival

and well-being

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

13. Udoh E.E., Meremikwu M.M. Antibiotic prescriptions in the case management of acute watery diarrhea in under-fives. *Int. J. Contemp. Pediatr.* 2017;4(3):691–695

14. Bruzzese E., Giannattasio A., Guarino A. Antibiotic treatment of acute gastroenteritis in children. *F1000Research*. 2018; 7:193–196

15. Bộ Y tế (2009) “Tài liệu Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em” theo quyết định số 4121/QĐ-BYT ngày 28/10/2009

THE STATUS OF DRUG USE TO TREAT DIARRHEA IN INPATIENT CHILDREN AT TAY NINH GENERAL HOSPITAL

Nguyen Van Thien, Tran Cong Luan*,
Nguyen Thi Quynh Huong and Nguyen Thi Xuan Khanh
Tay Do University
(*Email: tcluan@tdu.edu.vn)

ABSTRACT

The objective of the study was to assess the situation of drug use in the treatment of diarrhea in children at Tay Ninh General Hospital in 2020. A descriptive and retrospective study was conducted on 78 medical records from hospital treatment from June 1, 2020 to December 1, 2020. The results recorded that the rate of antibiotic use in the sample was 37,2%. The indication of antibiotics in the treatment of diarrhea with liquid and bloody stools is 100%, while for watery stools is 15,5%. The administration of antibiotics in acute diarrhea with bloody stools and prolonged diarrhea is 100%, and in acute diarrhea is 33,8%. The antibiotic most used in the study was cefixime 34,6%. In the treatment of diarrhea, the sample mean was $3,66 \pm 1,61$ days, while the median was 3 days, treatment lasted for a minimum of 2 days and a maximum of 8 days. The rate of prescribed antibiotic regimens with the recommended appropriate dose accounted for 35,9%, the lower-recommended dose regimen was 1,3%. Indications for oresol: for the treatment of diarrhea the sample was 25,6%. Indications for lactate ringer: in the treatment of diarrhea without dehydration, accounted for 25,4%. Dosage of oresol: according to the recommendations of WHO and the Ministry of Health, the recommended relevance in the study is 21,8% and lower than the recommendation of 3,8%, the rest is not indicated oresol. Only 9% of the samples with zinc supplementation indicated diarrhea, and 11,8% indicated diarrhea with mucus. The appropriateness of the recommended dose of zinc supplements in the treatment of diarrhea accounts for 85,7%. Bloody diarrhea with bloody stools assigned to probiotic supplementation accounted for 100% of cases.

Keywords: Diarrhea, antibiotics