

hiện hsPDA có triệu chứng. Trẻ với hsPDA có khả năng đóng PDA tự nhiên, với tỉ lệ xử trí bảo tồn thành công là 15%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong và các biến chứng nặng giữa nhóm hsPDA bảo tồn thành công và nhóm cần dùng thuốc, nên dùng thuốc đóng PDA nên được cân nhắc chỉ khi hsPDA có triệu chứng. Tại khoa HSSS NĐ2, đóng PDA bằng Paracetamol TM phổ biến ở trẻ cực non, do thời điểm trẻ có chỉ định dùng thuốc trẻ chưa dung nạp được sữa tối thiểu hoặc nguy cơ VRHT. Paracetamol TM có thể an toàn và hiệu quả trong đóng hs-PDA ở trẻ sinh non  $\leq 28$  tuần có triệu chứng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phan Minh Nhật, Nguyễn Thu Tịnh (2021). Kết quả điều trị đóng ống động mạch bằng Paracetamol ở trẻ sơ sinh non tháng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Clyman RI, Liebowitz M, Kaempf J, Erdev O, Bulbul A, Hakansson S, et al. (2019). PDA-TOLERATE Trial: An Exploratory Randomized Controlled Trial of Treatment of Moderate-to-Large Patent Ductus Arteriosus at 1 Week of Age. *J Pediatr*, 205:41-8 e6.
3. Clyman RI, Couto J, Murphy GM (2012). Patent ductus arteriosus: are current neonatal treatment options better or worse than no treatment at all? *Semin Perinatol*, 36(2):123-9.
4. Dani C, Mosca F, Cresi F, Lago P, Lista G, Laforgia N, et al. (2019). Patent ductus arteriosus in preterm infants born at 23-24 weeks' gestation: Should we pay more attention? *Early Hum Dev*, 135:16-22.
5. El-Mashad AE, El-Mahdy H, El Amrousy D, Elgendy M (2017). Comparative study of the efficacy and safety of paracetamol, ibuprofen, and indomethacin in closure of patent ductus arteriosus in preterm neonates. *Eur J Pediatr*, 176(2):233-40.
6. Mashally S, Nield LE, McNamara PJ, Martins FF, El-Khuffash A, Jain A, et al. (2018). Late oral acetaminophen versus immediate surgical ligation in preterm infants with persistent large patent ductus arteriosus. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 156(5):1937-44.
7. Shepherd JL, Noori S (2019). What is a hemodynamically significant PDA in preterm infants? *Congenit Heart Dis*, 14(1):21-6.
8. Weisz DE, Martins FF, Nield LE, El-Khuffash A, Jain A, McNamara PJ (2016). Acetaminophen to avoid surgical ligation in extremely low gestational age neonates with persistent hemodynamically significant patent ductus arteriosus. *J Perinatol*, 36(8):649-53.

## NGHIÊN CỨU SỐNG THÊM VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE THỂ HỆ 1 Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN CỦA PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN TRÊN 60 TUỔI

Nguyễn Thị Minh Hải<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá sống thêm và các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm trong điều trị bước 1 bệnh nhân trên 60 tuổi UTPKTBN giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế tyrosine kinase thế hệ 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả trên 97 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa tuổi >60 có đột biến gen EGFR được điều trị bước 1 với Gefitinib hoặc Erlotinib theo dõi đánh giá đáp ứng, thời gian sống thêm sau mỗi 2-3 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 66%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85,6%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là  $11,6 \pm 4,8$  tháng, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là  $25,7 \pm 4,9$  tháng. Di

căn não ảnh hưởng có ý nghĩa đến sống thêm toàn bộ. **Kết luận:** Thuốc Gefitinib và Erlotinib giúp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTPKTBN > 60 tuổi có đột biến EGFR.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Bệnh nhân cao tuổi, đột biến gen EGFR, Gefitinib, Erlotinib, sống thêm

### SUMMARY

#### SURVIVAL STUDY AND SOME FACTORS AFFECTING IN OLD PATIENTS WITH ADVANCED NON SMALL CELL LUNG CANCER TREATED BY THE FIRST MOLECULAR TARGETED AGENT

**Objectives:** To study the survival and some factors influencing on the survival in old patients with advanced non small cell lung cancer treated by the first molecular targeted agent. **Patients and method:** A retrospective study. The patient diagnosed adenocarcinoma non small cell lung cancer stage IV, age > 60 years, EGFR mutations (exon 19 deletion mutation or L858R) at Vietnam National Cancer

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Hải

Email: drnguyenminhhai28784@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 3.11.2022

Hospital, from March 2017 to March 2022 treat with the first molecular targeted agent. **Results:** 97 patients with the overall response rate were 66%, disease control rate were 85.6%. Median progression free survival was  $11.6 \pm 4.8$  months, median overall survival was  $25.7 \pm 4.9$  months. Brain metastasis significantly related the overall survival. **Conclusion:** Gefitinib or Erlotinib prolonging survival in old patients with advanced non-small cell lung cancer EGFR mutations positive.

**Keywords:** non small cell lung cancer, elderly patients, tyrosine kinase inhibitor, Gefitinib, Erlotinib

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2018, ước tính có khoảng 2.1 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, tại Việt Nam ung thư phổi xếp thứ 2 sau ung thư gan về tỷ lệ mắc mới [1]. Việc điều trị UTPKTBN giai đoạn IIIB, IV trong nhiều năm trước dựa trên nền tảng là hóa trị liệu toàn thân. Tuy nhiên điều trị hóa chất cũng chỉ mang lại tỉ lệ đáp ứng 20 đến 30% với thời gian sống thêm trung bình 7 đến 10 tháng [2,3,4]. Nghiên cứu về các đích phân tử mới như EGFR, ALK, ROS1, KRAS, T790, PDL1... đã mở ra nhiều cơ hội điều trị và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn. Trong đó các tác nhân ức chế Tyrosin kinase tác động lên yếu tố phát triển biểu bì EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) đã làm thay đổi đáng kể tiên lượng và thời gian sống bệnh không tiến triển của những bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn. Erlotinib và Gefitinib là hai trong những thuốc TKIs được chấp thuận trong điều trị bước một UTPKTBN giai đoạn muộn có đột biến EGFR [4,5].

Hiện nay tuổi thọ trung bình ngày càng tăng ở các nước, số lượng bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán ung thư phổi ngày càng đông. Các lựa chọn điều trị ở nhóm bệnh nhân này càng ngày càng cần được quan tâm nghiên cứu [6]. Thuốc ức chế Tyrosine kinase thế hệ 1 là một trong những lựa chọn tốt cho những bệnh nhân có thể trạng kém, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân cao tuổi bởi hiệu quả, tính tiện lợi trong sử dụng và dung nạp thuốc tốt. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là đánh giá sống thêm và các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm trong điều trị bước 1 thuốc ức chế Tyrosine kinase thế hệ 1 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn muộn trên 60 tuổi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân UTPKTBN cao tuổi có đột biến EGFR, điều

trị bước một bằng thuốc ức chế Tyrosine kinase thế hệ 1 (Erlotinib hoặc Gefitinib) tại bệnh viện K từ 03/2017 đến 03/2022

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân tuổi > 60, UTPKTBN loại ung thư biểu mô tuyến giai đoạn IV (AJCC 2017).
- Có đột biến EGFR tại exon 19 (Del19) hoặc exon 21 (L858R).
- Được điều trị bước một bằng Erlotinib hoặc Gefitinib trong thời gian ít nhất 02 tháng tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.
- Đánh giá chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG): 0, 1, 2, 3.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đáp ứng một trong các tiêu chuẩn lựa chọn.
- Có ung thư khác phổi hợp đã được chẩn đoán xác định.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2017 – 03/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi
- **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện
- **Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu:** Hồi cứu qua bệnh án nghiên cứu
- **Thời gian phân tích kết quả:** tháng 09 năm 2022.

- **Đánh giá thời gian sống thêm**

- **Đánh giá sống thêm bao gồm:** sống thêm không tiến triển (STKTT), sống thêm toàn bộ (STTB) tính bằng tháng.

- Phân tích mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ với một số yếu tố.

- **2.4. Xử lý số liệu.** Phần mềm SPSS, thời gian sống thêm tính toán dựa vào phương pháp Kaplan-Meier. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thời gian dùng thuốc

**Bảng 1. Thời gian dùng thuốc**

Thời gian sử dụng thuốc (tháng)	Trung bình (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)
1276.7	$13.2 \pm 7.8$	4.8	53.3

Số tháng điều trị trung bình là  $13.2 \pm 7.8$  tháng. Ngắn nhất là 4.8 tháng, dài nhất là 53.3 tháng.

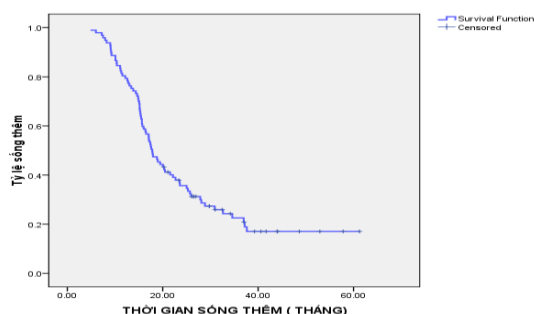
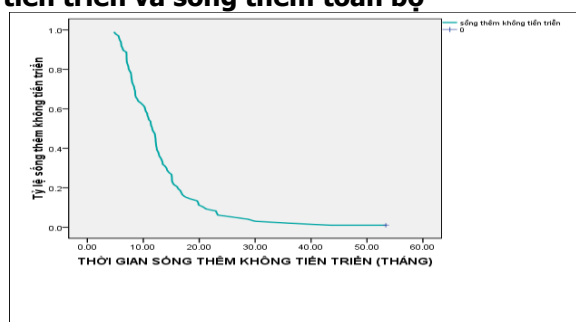
### 3.2. Đáp ứng điều trị

**Bảng 2: Đáp ứng điều trị**

Mức độ đáp ứng	Số bệnh nhân (n = 97)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	2	2.1
Đáp ứng một phần	62	63.9
Bệnh giữ nguyên	19	19.6
Bệnh tiến triển	14	14.4

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 2,1%, đáp ứng 1 phần 63.9%, bệnh ổn định 19.6%, bệnh tiến triển 14.4%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 85.6%, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ là 66%.

**3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và sống thêm toàn bộ**



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và sống thêm toàn bộ**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm không tiến triển trung vị là 11.6 tháng (CI 95%: 10.5 – 12.8), thời gian sống thêm toàn bộ trung vị đạt 25.7 tháng (CI 95%: 21.9 -29.4)

**Bảng 3. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại các thời điểm khác nhau**

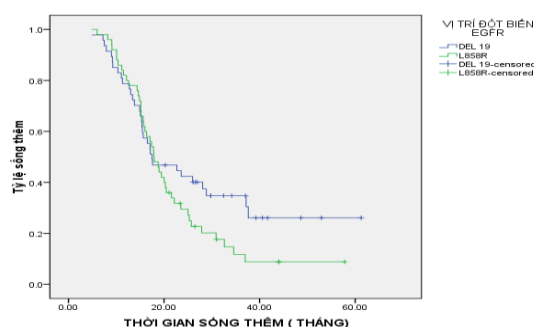
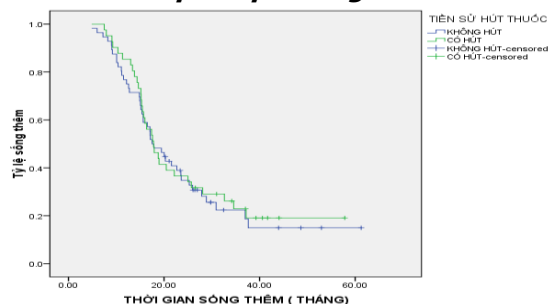
Sống thêm toàn bộ					
Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	1 năm (%)	2 năm (%)
25.7	4.9	61.3	97.9	80.4	35.7

**Bảng 4. Thời gian sống thêm toàn bộ theo tình trạng di căn não**

Di căn não	Sống thêm toàn bộ						P
	Trung vị (tháng)	Min (tháng)	Max (tháng)	6 tháng (%)	1 năm (%)	2 năm (%)	
Không (n = 50)	28.3	4.9	61.3	98.6	78.6	39.6	0.038
Có (n = 27)	19.2	7.2	40.6	100	85.2	25.9	

**3.4. Sống thêm toàn bộ và các yếu tố liên quan**

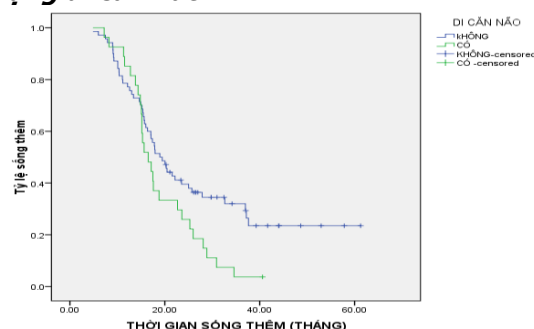
**3.4.1. Sống thêm toàn bộ theo tiền sử hút thuốc và vị trí đột biến gen**



**Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ theo tiền sử hút thuốc và đột biến gen**

Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm không hút thuốc và nhóm có hút thuốc và giữa nhóm đột biến exon 19 và exon 21 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$

**3.4.2. Sống thêm toàn bộ theo tình trạng di căn não**



**Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm toàn bộ theo tình trạng di căn não**

**Nhận xét:** Trung vị STTB của nhóm có di căn não là 19.2 tháng, của nhóm không di căn não là 28.3 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.038 < 0.05$

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 97 bệnh nhân có tổng số tháng sử dụng các thuốc là 1276.7 tháng. Thời gian điều trị trung bình là 13.2 tháng, dài nhất 53.3 tháng, ngắn nhất là 4.8 tháng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị phối hợp bằng các phương pháp đặc hiệu, bệnh nhân có bệnh lý nội khoa đi kèm đều được khám và kiểm soát theo chỉ định chuyên khoa. Trong 97 bệnh nhân nghiên cứu, có 27 bệnh nhân di căn não trong đó có 17 bệnh nhân được xạ trị toàn não, 10 bệnh nhân còn lại di căn não ổ nhỏ và không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng được theo dõi trong quá trình điều trị. Có 30 bệnh nhân di căn xương được dùng thuốc chống hủy xương. Trong đó có 02 bệnh nhân nào đạt được đáp ứng hoàn toàn (2.1%), 63.9% đạt được đáp ứng 1 phần, 19.6% đạt bệnh ổn định và 14.4% bệnh tiến triển. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới cùng là đối tượng bệnh nhân cao tuổi. Theo Tateishi (2013) tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 1.8%, đáp ứng một phần là 70.9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 92.7% [7]. Theo Yusuke Inoue (2015) tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 56.3%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 90.6% [8]. Theo Phạm Văn Luận (2021) tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi điều trị bước một với Gefitinib là 70.8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 91.7% [9]. Nhìn chung, trong các nghiên cứu về điều trị Erlotinib hoặc Gefitinib bước một trong UTPKTBN giai đoạn IV đều thu được tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh cao.

Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển trong nghiên cứu này là 11.6 tháng ngắn nhất là 4.8 tháng và dài nhất là 53.3 tháng. Trong đó thời gian sống thêm không tiến triển tại thời điểm 6 tháng là 93.8%, tại thời điểm 9 tháng là 64.9% và 12 tháng là 48.5%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn hẳn so với điều trị hoá trị trước đây. Theo Schiller trung bình sống thêm không tiến triển đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn khi điều trị bằng hóa trị là 7,9 tháng, tính trung bình đối với tất cả các phác đồ [10]. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu lâm sàng pha III trên thế giới trong điều trị bằng Tyrosine kinase thế hệ 1. Theo nghiên cứu ENSURE, STKTT trung vị của nhóm sử dụng Erlotinib là 11.0 tháng [11], trong nghiên cứu OPTIMAL là 13.1 tháng. Với nhóm

nghiên cứu là những bệnh nhân cao tuổi trong nước và quốc tế điều trị bước một với Gefitinib hoặc Erlotinib thì trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển cũng tương tự dao động từ 8.4 – 15.5 tháng [7,8,9]

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 25.7 tháng, thấp nhất 4.9 tháng, dài nhất là 61.3 tháng. Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ đạt 80.4%, tại thời điểm 2 năm là 35.7%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu OPTIMAL, ENSURE với các giá trị trung vị sống thêm toàn bộ tương ứng là 22.8 tháng và 26.3 tháng [11]. Nghiên cứu của Yusuke Inoue (2013) tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm là 83.9% [8]. Nghiên cứu của Tateishi (2013) trung vị OS là 29.1 tháng [7]. Nghiên cứu của Phạm Văn Luận (2021) trung vị OS là 25 tháng, tỷ lệ sống thêm sau 1 năm và 2 năm lần lượt là 87.5% và 43.1% [9]. Khi phân tích sự tương quan giữa sống thêm toàn bộ và các yếu tố tiền sử hút thuốc, tình trạng đột biến gen EGFR cho thấy không có mối tương quan giữa các yếu tố này với thời gian sống thêm toàn bộ, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . Sống thêm toàn bộ ở nhóm không có di căn não đạt 28.3 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có di căn não là 19.2 tháng với  $p = 0.038 < 0.05$

#### V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bước 1 bằng thuốc kháng Tyrosine Kinase thế hệ 1 (Gefitinib, Erlotinib) cho hiệu quả tốt và kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển cũng như thời gian sống thêm toàn bộ. Thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân không có di căn não so với bệnh nhân có di căn não. Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ giữa nhóm có đột biến ở exon 19 và exon 21, và giữa nhóm hút thuốc và không hút thuốc. Thuốc ức chế Tyrosine Kinase thế hệ 1 là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trên nhóm bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn cao tuổi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN**. International agency for research on cancer. 2018.
2. **Nguyễn Bá Đức** (2004), "Ung thư phổi", Hóa chất điều trị bệnh ung thư. NXB Y học Hà Nội, 64-74.
3. **Nguyễn Bá Đức, Bùi Công Cường, Trần Văn Thuận** (2008), "Ung thư phổi", Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư. NXB Y học, 176-188.
4. **Harvey I. Pass, David P. Carbone, John D. Mina:** "Lung Cancer". Principles and practice, thirs edition 2005.

5. **Socinski MA, Evans T, Gettinger S, et al** (2013), Treatment of stage IV non small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3 rd: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, Chest; 143: 341s-368s.
6. **Minami S, Kijima T** (2015). Pemetrexed in maintenance treatment of advanced non squamous non-small- cell lung cancer. Lung cancer, 6, 13-25.
7. **Tateishi, K., Ichiyama, T., Hirai, K. et al.** Clinical outcomes in elderly patients administered gefitinib as first-line treatment in epidermal growth factor receptor-mutated non-small-cell lung cancer: retrospective analysis in a Nagano Lung Cancer Research Group Study. Med Oncol 30, 450 (2013). <https://doi.org/10.1007/s12032-012-0450-2>
8. **Y Inoue, N Inui, K Asada, M Karayama, et al.** Phase II study of erlotinib in elderly patients with non- small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations. Cancer Chemotherapy and Pharmacology volume 76, pages155–161 (2015)
9. **Phạm Văn Luận và cs.** Kết quả điều trị Gefitinib bước một ở bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa, có đột biến EGFR. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2021;16(6). <https://doi.org/10.52389/tdls.v16i6.836>
10. **Schiller JH, Harrington D, Belani CP, et al.** Comparison of Four Chemotherapy Regimens for Advanced Non –Small-Cell Lung Cancer. New England Journal of Medicine. 2002;346(2):92-98. doi:10.1056/NEJMoa011954.

## PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH NĂM 2021

Hoàng Thy Nhac Vũ<sup>1,2</sup>, Phạm Thu Thủy<sup>1</sup>, Lê Phước Thành Nhân<sup>2</sup>,  
Trần Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>, Trần Thị Diễm Trang<sup>2</sup>, Phan Thị Thanh Trà<sup>2</sup>,  
Phan Văn Đức<sup>2</sup>, Trần Văn Khanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích thực trạng sử dụng nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu liên quan đến tình hình sử dụng thuốc thuộc nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn trong điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2021 cho người bệnh có BHYT. **Kết quả:** Trong năm 2021, có 105 thuốc thuộc nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn được sử dụng, tương ứng với 41 hoạt chất, trong đó, thuốc kháng sinh chiếm tỷ lệ lớn về số hoạt chất (65,9%), số lượng thuốc (71,4%), lượt điều trị (85,3%), và chi phí (82,2%). Trong 8 nhóm kháng sinh được sử dụng (Aminoglycosid, Beta-lactam, Clindamycin, Macrolid, Nitroimidazol, Quinolon, Tetracyclin), nhóm Beta-lactam được sử dụng nhiều hơn các nhóm khác, với số lượng thuốc chiếm 40,0% tổng số thuốc kháng sinh, số lượt chỉ định chiếm 60,8%, và chi phí sử dụng chiếm 76,3%. Có 52,0% kháng sinh được chỉ định sử dụng trong ngoại trú có BHYT là thuốc được sản xuất tại Việt Nam, và 91,2% trường hợp được chỉ định duy

nất một loại kháng sinh. **Kết luận:** Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Lê Văn Thịnh về tình hình sử dụng thuốc trong giai đoạn đại dịch Covid-19, cung cấp những thông tin cần thiết giúp bệnh viện có những đánh giá kịp thời về việc sử dụng các nhóm thuốc lớn tại bệnh viện.

**Từ khóa:** Kháng sinh, điều trị ngoại trú, BHYT, bệnh viện Lê Văn Thịnh.

### SUMMARY

#### ANALYZING THE USE OF ANTIPARASITIC DRUGS AND ANTIBIOTICS FOR OUTPATIENTS WITH HEALTH INSURANCE AT LE VAN THINH HOSPITAL IN 2021

**Objectives:** This study analyzed the use of antiparasitic drugs and antibiotics for outpatients at Le Van Thinh Hospital in 2021. **Materials and Methods:** The retrospective data of antiparasitic drugs and antibiotics use for outpatients were collected and analyzed using Microsoft Excel. **Results:** In total, 105 drug groups corresponded to 41 active ingredients, with antibiotics accounting for 65.9% of the active ingredients, 71.4% of the drug amounts, 85.3% of prescriptions, and 82.2% of the total costs. Among 8 antibiotic groups (Aminoglycosid, Beta-lactam, Clindamycin, Macrolid, Nitroimidazol, Quinolon, Tetracyclin), Beta-lactams were the most prescribed antibiotics, accounting for 40.0% of the drug amounts, 60.8% of prescriptions, and 76.3% of the drug costs. A total of 52.0% of prescriptions were domestic antibiotics, while 91.2% of them were mono-antibiotics. **Conclusions:** This is the first study to examine the use of antiparasitic drugs and antibiotics at Le Van Thinh Hospital during the Covid-19

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 26.10.2022

Ngày duyệt bài: 11.11.2022