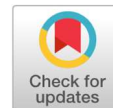




ISSN : 1859-1779

## Nghiên cứu Dược học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh - Dược học;29(3):50-58  
<https://doi.org/10.32895/hcjm.p.2026.03.06>



# Quan điểm của nhân viên y tế về việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật lồng ngực

Nguyễn Ái Vy<sup>1</sup>, Đinh Quang Trung<sup>2</sup>, Nguyễn Quốc Hòa<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Việc đảm bảo việc sử dụng hợp lý kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật lồng ngực tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch tại thời điểm nghiên cứu gặp khó khăn do chưa tối ưu việc tuân thủ quy trình sử dụng KSDP tại bệnh viện, dẫn đến quyết định chủ yếu dựa trên kinh nghiệm của bác sĩ và thuốc sẵn có tại khoa Dược.

**Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP của nhân viên y tế, sau đó mô tả và phân loại các yếu tố ảnh hưởng theo mức độ thúc đẩy hoặc cản trở việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu định tính dựa trên việc phỏng vấn bán cấu trúc. Dữ liệu được phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung, đạt bão hòa dữ liệu sau 17 cuộc phỏng vấn các nhân viên y tế từ Khoa Ngoại Lồng ngực, Gây mê – Hồi sức và Dược.

**Kết quả:** Xác định được 5 yếu tố ảnh hưởng: dự trữ thuốc, niềm tin về hiệu quả, cá nhân bác sĩ, đặc điểm bệnh viện và hướng dẫn điều trị. Các yếu tố này được phân loại thành yếu tố rào cản và yếu tố thúc đẩy việc sử dụng hợp lý KSDP trong phẫu thuật lồng ngực.

**Kết luận:** Cần can thiệp vào các rào cản có thể thay đổi được như quản lý dự trữ thuốc và tăng cường việc tuân thủ quy trình tại bệnh viện để tối ưu hóa việc sử dụng KSDP.

**Từ khóa:** kháng sinh dự phòng; phẫu thuật lồng ngực; nghiên cứu định tính; nhân viên y tế; hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng

### Abstract

## PERSPECTIVES OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS USE IN THORACIC SURGERY

Nguyen Ai Vy, Dinh Quang Trung, Nguyen Quoc Hoa

**Introduction:** Ensuring the rational use of antibiotic prophylaxis (AP) in thoracic surgery at Pham Ngoc Thach Hospital during the study period was challenging due to the lack of a standardized protocol, thus decisions based mainly on experience and available drugs.

**Objectives:** To explore factors influencing healthcare professionals' decisions on AP, and subsequently to categorize these factors according

Ngày nhận bài: 21-12-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 01-04-2026 / Ngày đăng bài: 28-04-2026

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Quốc Hòa. Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

E-mail: nqhoa@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

to whether they facilitate or hinder AP guidelines adherence.

**Methods:** A qualitative study based on semi-structured interviews with 17 healthcare professionals from Thoracic Surgery, Anesthesiology and Pharmacy Department. Data was analyzed using content analysis, reaching data saturation after 17 interviews.

**Results:** Five key factors were identified: drug inventory, belief in efficacy, individual doctor preferences, hospital characteristics, and guidelines. These were categorized as barriers or facilitators to the rational use of AP in thoracic surgery.

**Conclusion:** Interventions targeting modifiable barriers like drug inventory management or standardized hospital protocol development are essential to optimize AP use.

**Keywords:** antibiotic prophylaxis; thoracic surgery; qualitative research; healthcare professionals; antibiotic prophylaxis guidelines

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh dự phòng (KSDP) được sử dụng trong phẫu thuật để giảm tải lượng vi khuẩn tại vị trí phẫu thuật và đã chứng minh được hiệu quả làm giảm đáng kể nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) trong nhiều loại phẫu thuật [1,2]. Tuy nhiên, việc sử dụng KSDP hợp lý và hiệu quả lại khá phức tạp và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Theo Courtney và cộng sự, các yếu tố này bao gồm kỹ năng kê đơn KS, khả năng tuân thủ hướng dẫn điều trị, các quy tắc nội bộ, kỹ năng giao tiếp, nhận thức về rủi ro và sự phân bổ trách nhiệm. Nắm được các yếu tố này giúp cung cấp thông tin cho việc đề xuất các chiến lược quản lý, góp phần tối ưu hóa hiệu quả của KSDP, từ đó mang lại cho người bệnh những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất [3]. Trong phạm vi các nghiên cứu đánh giá yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KS, nghiên cứu định tính tập trung vào việc khai thác quan điểm cá nhân của nhân viên y tế (NVYT) nhằm cung cấp thông tin về các yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn KS trên thực tế lâm sàng [4].

Tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch vào thời điểm thực hiện nghiên cứu, việc tuân thủ quy trình sử dụng KSDP trên toàn bệnh viện vẫn chưa được tối ưu với phần lớn các quyết định lựa chọn KSDP của bác sĩ là dựa trên kinh nghiệm và thuốc sẵn có.

Chính vì vậy, để làm nền tảng cho việc đề xuất các can thiệp nhằm cải thiện tính hợp lý trong việc sử dụng KSDP, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: khảo sát những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP của NVYT tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, sau đó mô tả và phân loại các yếu tố ảnh hưởng theo mức độ thúc đẩy hoặc cản trở việc tuân thủ các hướng dẫn sử dụng KSDP và đề xuất các giải pháp cải thiện sự tuân thủ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Dân số nghiên cứu

NVYT tại khoa Ngoại lồng ngực, khoa Gây mê - Hồi sức và khoa Dược Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

NVYT có kinh nghiệm  $\geq 1$  năm làm công tác lâm sàng tại bệnh viện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

NVYT làm việc bán thời gian và NVYT đang thực tập tại bệnh viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu định tính dựa trên việc tiến hành các cuộc phỏng vấn bán cấu trúc NVYT tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

### 2.3. Quy mô mẫu và lấy mẫu

#### 2.3.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu của nghiên cứu được xác định dựa trên “điểm bão hòa dữ liệu” là điểm mà ở đó dữ liệu mới thu thập cung cấp ít hoặc không có thêm thông tin mới để giải quyết câu hỏi nghiên cứu [5]. Dữ liệu sẽ được ngừng thu thập khi đạt đến điểm bão hòa [6]. Dựa trên các nghiên cứu liên quan, điểm bão hòa dữ liệu đạt được sau khoảng 14 đến 30 cuộc phỏng vấn [3,5,7,8]. Do đó, cỡ mẫu dự kiến của nghiên cứu là 14 - 30 NVYT.

### 2.3.2. Phương pháp lấy mẫu

Lấy mẫu thuận tiện trên các NVYT thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ. Người tham gia phỏng vấn được xác định thông qua 2 cách chính: liên hệ trực tiếp hoặc sử dụng phương pháp lấy mẫu tuyết lăn [9]. Sau khi xác định được danh sách người tham gia tiềm năng, nghiên cứu viên sẽ liên lạc để gửi Bản thông tin giới thiệu về nghiên cứu. Nếu nhận được sự đồng ý tham gia, nghiên cứu viên sẽ chủ động sắp xếp thời gian và địa điểm gặp mặt phỏng vấn trực tiếp. Sau khi đồng thuận, người tham gia sẽ được thông báo về việc ghi âm xuyên suốt buổi phỏng vấn để phục vụ cho việc phân tích dữ liệu cũng như cam kết giữ bảo mật tuyệt đối những thông tin ghi nhận được.

Các cuộc phỏng vấn được tiến hành bởi một nghiên cứu viên (NAV). Nghiên cứu viên đã được hướng dẫn về các kỹ thuật tiến hành phỏng vấn định tính bởi chuyên gia trong lĩnh vực (NQH) và không có vai trò quản lý trực tiếp với những người tham gia. Để giảm thiểu nguy cơ sai lệch thông tin trong quá trình phỏng vấn, nghiên cứu viên đã thực hiện: (1) phỏng vấn thử với 2 nhân viên y tế bệnh viện khác để hiệu chỉnh cách hỏi và mức độ đưa ra câu hỏi thăm dò, (2) đảm bảo ẩn danh người trả lời và (3) khuyến khích người tham gia bày tỏ quan điểm và trải nghiệm thực tế thay vì đưa ra đáp án đúng/sai.

### 2.3.3. Nội dung phỏng vấn

Nghiên cứu được định hướng bởi các nguyên lý của mô hình hành vi kê đơn và khung chương trình quản lý KS. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn KS được xem xét ở ba cấp độ: cá nhân, bối cảnh xã hội/thực hành và hệ thống, kết hợp với các yếu tố cốt lõi nhằm tối ưu hóa việc sử dụng KS. Khung lý thuyết này được sử dụng để xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn và định hướng quá trình mã hóa, phân loại các chủ đề thành nhóm yếu tố thúc đẩy và rào cản trong phân tích dữ liệu [10-13]. Các câu hỏi phỏng vấn được tham khảo từ một số nghiên cứu liên quan, giữ nguyên nội dung và điều chỉnh cách tiếp cận trong quá trình phỏng vấn cho phù hợp với bệnh viện nơi thực hiện nghiên cứu (bệnh viện chuyên khoa bệnh phổi, chủ yếu thực hiện các phẫu thuật lồng ngực) [7,14]. Nội dung chính của các câu hỏi bao gồm: (1) Thông tin chung; (2) Loại KSDP trước phẫu thuật phổ biến nhất tại bệnh viện và lý do lựa

chọn; (3) Liệt kê thêm một vài loại KSDP cũng thường được sử dụng tại bệnh viện; (4) Hiểu biết về các hướng dẫn sử dụng KSDP; (5) Ảnh hưởng của việc đã có/chưa có quy trình sử dụng KSDP chính thức của bệnh viện; (6) Khả năng tuân thủ quy trình sử dụng KSDP của bệnh viện.

### 2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu

Phương pháp phân tích nội dung được áp dụng. Từ nội dung phỏng vấn ghi chép hoàn chỉnh, nghiên cứu viên tiến hành gắn nhãn cho các câu trả lời. Sau đó, các nhãn sẽ được đưa vào trong các chủ đề phụ (subtheme), các chủ đề phụ sẽ được phân nhóm vào các đề mục lớn hơn gọi là chủ đề chính (theme). Các chủ đề chính cần mang tính đại diện và bao quát cho tất cả các nhãn. Việc gắn nhãn được thực hiện bằng sự hỗ trợ của phần mềm Taguette và các nhãn được lưu trữ và phân loại bằng phần mềm Microsoft Excel. Việc mã hóa và phân tích dữ liệu do 2 nghiên cứu viên NAV (NCV1) và ĐQT (NCV2) thực hiện. Tuy nhiên, do giới hạn về mặt thời gian, bản ghi trước tiên sẽ được mã hóa và gắn nhãn bởi NCV1, sau đó tiến hành nhóm họp với NCV2 để nghe lại các bản ghi âm và đánh giá các nhãn thu được. Mọi bất đồng được giải quyết bằng thảo luận đến khi đạt đồng thuận và mời nghiên cứu viên còn lại (NQH) quyết định nếu cần. Sau khi đạt được đồng thuận chung, cả 2 nghiên cứu viên sẽ tiến hành phân loại các nhãn vào các chủ đề.

Tính tuân thủ hướng dẫn KSDP được đánh giá dựa trên việc kết hợp 3 hướng dẫn: (1) Hướng dẫn của ASHP năm 2013 [15], (2) Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2015 [16] và (3) Hướng dẫn của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 [17]. Theo đó, KSDP khuyến cáo trong phẫu thuật lồng ngực là: cefazolin hoặc ampicillin/sulbactam hoặc ceftriaxon. Nếu dị ứng với penicillin thì thay bằng clindamycin hoặc vancomycin.

Các chủ đề được phân loại là “yếu tố thúc đẩy” nếu dữ liệu phỏng vấn chỉ ra chúng giúp tăng khả năng tuân thủ các hướng dẫn sử dụng KSDP, ngược lại được phân loại là “yếu tố rào cản” nếu được người tham gia nêu lên như nguyên nhân làm giảm khả năng tuân thủ [18,19]. Nhóm nghiên cứu tiến hành phân loại dựa trên mô hình hành vi kê đơn và quyết định phân loại cuối cùng dựa trên sự đồng thuận của tất cả thành viên nhóm nghiên cứu.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm của các nhân viên y tế tham gia phỏng vấn

Các cuộc phỏng vấn được tiến hành từ ngày 24/04/2024 đến ngày 27/05/2024. Nghiên cứu đạt bão hòa dữ liệu sau 15 cuộc phỏng vấn. Tiến hành phỏng vấn thêm 2 NVYT để đảm bảo tất cả thông tin cần thiết đều đã được ghi nhận. Do đó, tổng số NVYT tham gia phỏng vấn là 17 người. Tỷ lệ nam và nữ khá đồng đều với 58,8% nam giới và 41,2% nữ giới. Cuộc phỏng vấn ngắn nhất kéo dài 4 phút và dài nhất kéo dài 10 phút. Đặc điểm chung của 17 NVYT tham gia phỏng vấn được trình bày trong Bảng 1.

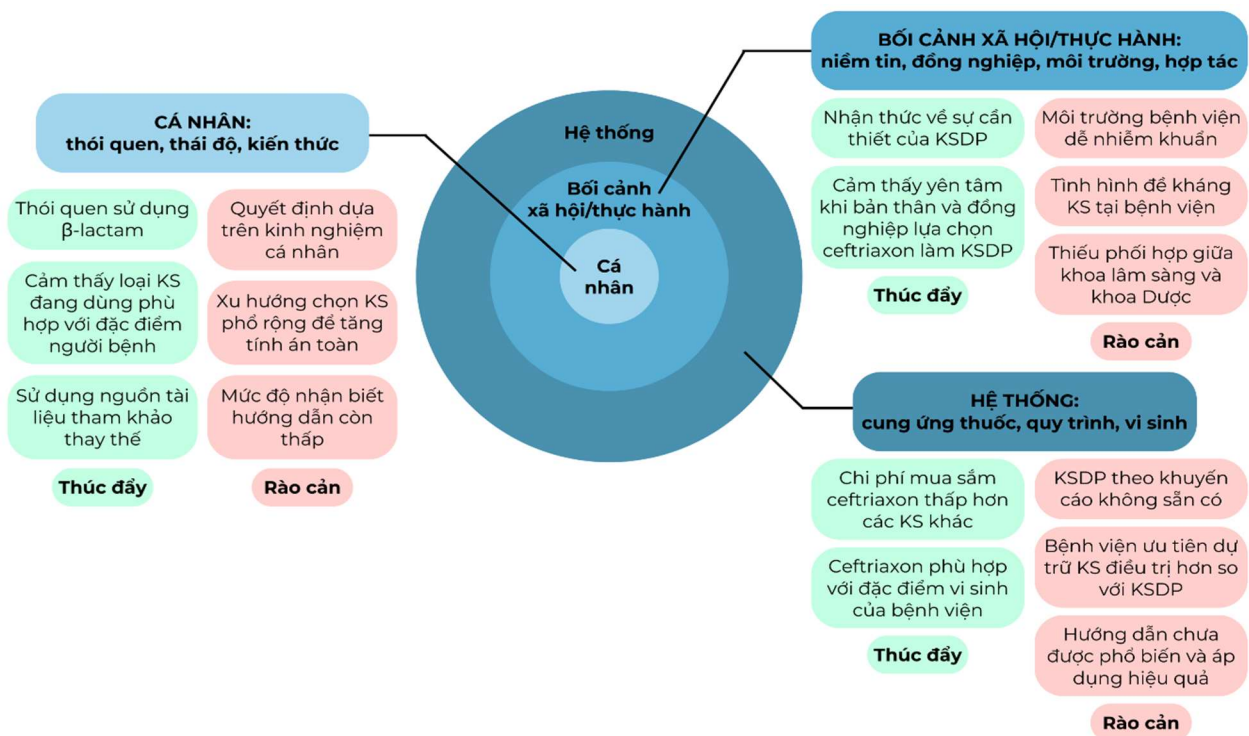
#### 3.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP và ảnh hưởng của các yếu tố đến việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP

Nghiên cứu ghi nhận được 5 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP: (1) Dự trữ thuốc tại bệnh viện, (2) Niềm tin về hiệu quả, (3) Cá nhân bác sĩ, (4) Đặc điểm của bệnh viện và (5) Hướng dẫn sử dụng KSDP. Các chủ đề và số lượng câu trả lời liên quan ghi nhận được trình bày trong Bảng 2.

Trong các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP của các NVYT, một số yếu tố được phân loại vào nhóm yếu tố thúc đẩy việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP, còn lại là nhóm những yếu tố rào cản. Các nhóm yếu tố được khái quát thành 3 cấp độ: cá nhân, bối cảnh xã hội/thực hành và hệ thống để thể hiện mối quan hệ giữa các nhóm yếu tố này trong quá trình ra quyết định sử dụng KSDP. Tổng hợp kết quả phân loại được trình bày trong Hình 1.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của các NVYT tham gia phỏng vấn (N = 17)**

Đặc điểm	Kết quả	
Giới tính (N = 17), n (%)	Nam	10 (58,8)
	Nữ	7 (41,2)
Khoa công tác (N= 17), n (%)	Khoa Dược	5 (29,4)
	Khoa Gây mê hồi sức	5 (29,4)
	Khoa Ngoại lồng ngực	7 (41,2)
Kinh nghiệm quản lý sử dụng/ chỉ định KSDP (năm) (N = 17), n (%)	< 1	10 (58,7)
	1 – 5	6 (35,3)
	> 5	1 (6,0)
Thời gian phỏng vấn (phút) (N = 17), Trung vị (IQR1 - IQR3)	7 (5 - 8)	



**Hình 1. Phân loại các yếu tố theo ảnh hưởng đến việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP**

Bảng 2. Các chủ đề liên quan đến yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP

Chủ đề phụ	Trích dẫn minh họa	Thúc đẩy/ Rào cản
<b>Chủ đề chính 1: Dự trữ thuốc tại bệnh viện</b>		
Hạn chế về khả năng sẵn có của KS (16/17)	"... đầu tiên là do tính sẵn có của kháng sinh ở bệnh viện, (...) những kháng sinh hay dùng để dự phòng như là cefazolin hay là ampicillin/sulbactam thì ở bệnh viện chi rất là ít hoặc gần như là không có..."(Dược sĩ DS5)	Rào cản
Ảnh hưởng của chính sách đấu thầu và chi phí thuốc (03/17)	"...trong mức thầu kháng sinh của bệnh viện thì ceftriaxon là loại kháng sinh ở mức giá thầu thấp nhất, bệnh viện có thể dễ dàng dự trữ..." (Bác sĩ ngoại BSN7)	Thúc đẩy
Thiếu phối hợp giữa khoa lâm sàng và khoa Dược (03/17)	"...khoa Dược sẽ lên danh mục thuốc dựa vào việc khoa lâm sàng yêu cầu, còn khoa lâm sàng lại phụ thuộc vào nguồn dự trữ thuốc của khoa Dược, hai bên chưa có sự rõ ràng, thống nhất với nhau." (Dược sĩ DS1)	Rào cản
Quy trình dự trữ thuốc mang tính bị động (02/17)	"...mặc dù loại KS đó có trong các khuyến cáo nhưng nếu khoa lâm sàng không yêu cầu thì khoa Dược không dự trữ, (...) thì nó sẽ dẫn đến tình trạng khoa Dược chưa chủ động trong việc dự trữ thuốc."(Dược sĩ DS1)	Rào cản
Ưu tiên dự trữ KS đa chỉ định hơn kháng sinh chuyên cho dự phòng (01/17)	"...theo như cá nhân chị suy nghĩ, loại kháng sinh mà khoa Dược dự trữ trong kho sẽ phải phù hợp cho cả bệnh viện cùng dùng chứ không có ưu tiên cho một khoa đặc thù nào hết." (Bác sĩ ngoại BSN5)	Rào cản
<b>Chủ đề chính 2: Niềm tin về hiệu quả</b>		
Nhận thức về sự cần thiết của KSDP (17/17)	"Mặc dù dụng cụ phẫu thuật đã được làm vô trùng nhưng thời điểm rạch da thì cũng có một lượng vi trùng đã xâm nhập vào cơ thể qua vị trí vết mổ rồi. Cho nên kháng sinh dự phòng sẽ giúp kiểm soát vấn đề nhiễm khuẩn sau phẫu thuật."(Bác sĩ ngoại BSN6)	Thúc đẩy
Cảm thấy yên tâm với loại KSDP lựa chọn (13/17)	"...sử dụng ceftriaxon người ta sẽ yên tâm hơn là sử dụng một loại kháng sinh khác quá nhẹ." (Dược sĩ DS4)	Thúc đẩy
Xu hướng chọn KS phổ rộng để tăng tính an toàn (07/17)	"...nó là kháng sinh phổ rộng, cho nên sẽ bao phủ được các vi khuẩn gram dương thường trú trên da có thể gây nhiễm khuẩn vết mổ và cả những vi khuẩn gây nhiễm khuẩn ở phổi." (Bác sĩ ngoại BSN5)	Rào cản
Nhận thức về tình trạng đề kháng KS tại bệnh viện (02/17)	"...các kháng sinh cephalosporin thế hệ 1 và 2 gần như đã bị đề kháng gần hết rồi." (Bác sĩ ngoại BSN2)	Rào cản
<b>Chủ đề chính 3: Cá nhân bác sĩ</b>		
Thói quen kê đơn (07/17)	"Nhìn chung thì anh thấy bác sĩ sẽ thích dùng $\beta$ -lactam hơn so với các loại kháng sinh khác." (Dược sĩ DS2)	Thúc đẩy
Quyết định dựa trên kinh nghiệm cá nhân (05/17)	"...anh thấy các bác sĩ thường chỉ định kháng sinh dự phòng theo kinh nghiệm là chính." (Bác sĩ ngoại BSN1)	Rào cản
Đánh giá chủ quan về sự phù hợp với loại phẫu thuật (02/17)	"bác sĩ cảm thấy loại kháng sinh đó sẽ phù hợp nhất cho những đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân." (Bác sĩ gây mê BSGM3)	Thúc đẩy
<b>Chủ đề chính 4: Đặc điểm của bệnh viện</b>		
Đặc điểm vi sinh của bệnh viện (05/17)	"Khoa Vi sinh sẽ nghiên cứu về những vi khuẩn cư trú ở phổi thường gặp ở bệnh viện sau đó sẽ hội chẩn với khoa Dược để thống nhất về những kháng sinh có phổ trên các vi khuẩn đó..." (Bác sĩ ngoại BSN6)	Thúc đẩy
Môi trường bệnh viện (03/17)	"...môi trường dễ xảy ra nhiễm khuẩn trong bệnh viện làm bác sĩ lo ngại..." (Dược sĩ DS4)	Rào cản
<b>Chủ đề chính 5: Hướng dẫn sử dụng KSDP</b>		
Thiếu hướng dẫn chuyên môn dễ tiếp cận (15/17)	"...chưa có hướng dẫn chính thức nào ủng hộ việc sử dụng ceftriaxon cho mục đích dự phòng."(Dược sĩ DS3)	Rào cản
Hướng dẫn chưa được phổ biến và áp dụng hiệu quả (13/17)	"Ở khoa Gây mê hồi sức thì đã có một quy trình gây mê phẫu thuật lồng ngực, nhưng mà về một biên bản đưa về các khoa luôn thì chị không thấy..."(Bác sĩ gây mê BSGM4) "Nếu không có sự thống nhất giữa các khoa và khoa Dược cũng chưa nắm được quy trình cập nhật thì thật sự cũng khó cho việc dự trữ thuốc và lựa chọn kháng sinh của các bác sĩ." (Bác sĩ ngoại BSN6)	Rào cản
Mức độ nhận biết hướng dẫn còn thấp (08/17)	"Anh có nghe nói đến những loại kháng sinh dự phòng được khuyến cáo như là cefazolin hoặc clindamycin nhưng không nhớ cụ thể tên của những phác đồ đó." (Bác sĩ gây mê BSGM1) "Chị có từng nghe nhắc tới nhưng mà chị không nhớ được trong hướng dẫn đó khuyến cáo sử dụng những loại kháng sinh nào." (Bác sĩ gây mê BSGM2)	Rào cản
Sử dụng nguồn tài liệu tham khảo thay thế (02/17)	"...cuốn sách Antibiotic Essentials (...), là một tài liệu tham khảo cũng đang được sử dụng khá rộng rãi, có đề cập đến việc sử dụng ceftriaxon làm kháng sinh dự phòng trong các phẫu thuật lồng ngực ở những bệnh nhân không có nguy cơ cao nhiễm MRSA. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 cũng có đề cập đến việc sử dụng ceftriaxon trong phẫu thuật lồng ngực." (Dược sĩ DS4)	Thúc đẩy

## 4. BÀN LUẬN

Có 5 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến việc lựa chọn KSDP của bác sĩ, trong đó đa số đều cho rằng yếu tố mang tính quyết định là tình hình dự trữ thuốc của bệnh viện. Chính sách đấu thầu và chi phí mua sắm thuốc được xem là yếu tố thúc đẩy việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP do chi phí cho ceftriaxon thấp hơn đáng kể so với các cephalosporin thế hệ 3 khác theo báo cáo đấu thầu của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch và đồng thời, trong các cephalosporin thế hệ 3, chỉ có ceftriaxon là được khuyến cáo làm KSDP trong phẫu thuật lồng ngực do có hoạt tính mạnh trên các cầu khuẩn Gram dương gây NKVM [16,20]. Do đó, việc dự trữ và sử dụng không chọn lọc tất cả các cephalosporin thế hệ 3 trong dự phòng phẫu thuật dẫn đến việc chưa tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP. Bên cạnh đó, thực tế cho thấy việc ceftriaxon được dự trữ thường xuyên và có chi phí thấp hơn so với nhiều kháng sinh khác đã vô tình định hướng lựa chọn của bác sĩ, dù thuốc này không phải là lựa chọn ưu tiên hàng đầu trong các hướng dẫn sử dụng KSDP. Điều này cho thấy sự phụ thuộc đáng kể của quyết định lâm sàng vào hệ thống cung ứng thuốc, thay vì hoàn toàn dựa trên bằng chứng. Sự chênh lệch giữa khuyến cáo chuyên môn và danh mục thuốc dự trữ có thể là nguyên nhân quan trọng dẫn đến việc chưa tuân thủ tối ưu hướng dẫn KSDP.

Nhận thức của NVYT về sự cần thiết của KSDP được xác định là yếu tố thúc đẩy, tuy nhiên, điều này đôi khi gắn với quan điểm “dùng KS phổ rộng sẽ an toàn và hiệu quả hơn”. Trái ngược, trong nghiên cứu của Courtney và cộng sự (2019), hầu hết NVYT cho rằng nhiễm khuẩn hậu phẫu là những biến chứng phức tạp, để ngăn ngừa những biến chứng này, kỹ năng của bác sĩ được đề cao hơn nhiều so với việc sử dụng KSDP [14]. Quan điểm phải sử dụng KS phổ rộng mới có hiệu quả đưa đến một khoảng trống giữa nhận thức và bằng chứng khoa học, bởi các hướng dẫn đều nhấn mạnh việc ưu tiên KS phổ hẹp, đủ bao phủ vi khuẩn thường gặp tại vị trí phẫu thuật [15,16]. Đồng thời, sử dụng KS phổ rộng kéo dài còn tạo điều kiện cho sự phát triển của các vi khuẩn kháng thuốc [21]. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, xu hướng ưu tiên KS phổ rộng cũng được ghi nhận, ngay cả ở những quốc gia có mức độ kháng thuốc thấp, chẳng hạn nghiên cứu của Christensen và cộng sự (2022) tại Na Uy ghi nhận việc các bác sĩ ưu tiên lựa chọn các KS phổ rộng mặc

dù vẫn nhận thức được nguy cơ người bệnh có thể sẽ mắc các chủng vi khuẩn đa kháng [7]. Điều này cho thấy tâm lý “phòng ngừa tối đa” của bác sĩ là một yếu tố phổ biến, xuất phát từ nỗi lo biến chứng nhiễm khuẩn hậu phẫu. Nếu không được điều chỉnh, tâm lý này có thể làm gia tăng nguy cơ đề kháng KS và đi ngược lại với mục tiêu của các chương trình quản lý sử dụng KS.

Yếu tố cá nhân bác sĩ (kinh nghiệm, thói quen và cảm nhận) tiếp tục đóng vai trò quan trọng trong quyết định lựa chọn KSDP, tương tự với nhiều nghiên cứu trước đó. Chẳng hạn, theo Jegatha và cộng sự (2019), các yếu tố được xem xét khi lựa chọn KS rất đa dạng, trong đó có yếu tố cá nhân bác sĩ, thậm chí, nhiều NVYT thừa nhận rằng việc lựa chọn KSDP còn bị ảnh hưởng bởi tâm trạng của họ tại thời điểm ra chỉ định [3]. Tương tự, theo Courtney và cộng sự (2019), một bác sĩ gây mê cho rằng họ biết khuyến cáo nên sử dụng cefazolin, nhưng họ vẫn thích dùng ceftriaxon hơn [14]. Tại Việt Nam, nơi văn hóa thực hành lâm sàng vẫn còn xem trọng việc truyền kinh nghiệm giữa các thế hệ, ảnh hưởng của yếu tố cá nhân có thể càng rõ nét. Điều này lý giải vì sao ngay cả khi đã có hướng dẫn, việc tuân thủ vẫn chưa đồng đều giữa các bác sĩ.

Lựa chọn KSDP theo đặc điểm vi sinh của bệnh viện được xem là yếu tố thúc đẩy việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP. Vì theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2015, KSDP ưu tiên phải là các KS có phổ phù hợp với tình trạng tại địa phương và từng bệnh viện [16]. Tuy nhiên, sự lo ngại môi trường bệnh viện dễ nhiễm trùng, từ đó lựa chọn các KS phổ rộng và sử dụng KS kéo dài sau phẫu thuật dù người bệnh không có dấu hiệu nhiễm khuẩn lại được xem là một rào cản. Đây là một thực trạng phổ biến toàn cầu khi Courtney và cộng sự (2019) cho biết các NVYT xem nhiễm khuẩn hậu phẫu như một “con ác mộng”, có thể đem lại hậu quả nghiêm trọng hơn rất nhiều so với việc người bệnh mắc các vi khuẩn đa kháng [14].

Hầu hết NVYT cho rằng việc sử dụng ceftriaxon trong dự phòng phẫu thuật chủ yếu vì các bác sĩ tin rằng sẽ đem lại hiệu quả. Nghĩa là trong đa số các trường hợp, quyết định của bác sĩ được đặt lên cao hơn. Nhận định này có phần tương tự với nghiên cứu của Courtney và cộng sự (2019), trong đó các NVYT cho rằng quyết định của bác sĩ là tối quan trọng khi đưa ra y lệnh liên quan đến KSDP [14]. Điều này sẽ trở thành một rào cản cho việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP. Theo khung chương trình quản lý KS, sự tồn tại,

cập nhật và khả năng tiếp cận hướng dẫn điều trị là một yếu tố cốt lõi nhằm tối ưu hóa việc sử dụng KS [22]. Đồng thời, Courtney và cộng sự cho rằng khả năng tiếp cận các hướng dẫn là yếu tố thúc đẩy việc sử dụng KSDP phù hợp [14]. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc xấp xỉ phân nửa (08/17) NVYT không biết hoặc không nhớ rõ Hướng dẫn sử dụng KSDP của Bộ Y tế được xem là một rào cản lớn đến việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP. Một số nghiên cứu cho biết các NVYT không thực sự tin tưởng vào hiệu quả của các hướng dẫn bởi họ cho rằng phạm vi áp dụng của các khuyến cáo là quá rộng [3,23]. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch đã sẵn có một quy trình sử dụng KSDP, tuy nhiên việc cập nhật và tuân thủ vẫn chưa được đồng bộ. Do đó, cần nhấn mạnh việc tăng cường tổ chức và triển khai các hướng dẫn tại bệnh viện một cách có hệ thống, kết hợp việc tham khảo các hướng dẫn với tình hình vi sinh của bệnh viện để tối ưu hóa việc sử dụng KSDP.

Từ các phân tích trên, có thể thấy rằng phần lớn rào cản đối với việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP là những yếu tố có thể can thiệp được ở cấp độ bệnh viện. Các yếu tố thúc đẩy cần được duy trì. Các yếu tố rào cản có thể thay đổi được bao gồm: dự trữ thuốc tại bệnh viện, xu hướng ưu tiên KS phổ rộng, sử dụng KSDP theo kinh nghiệm và quy trình sử dụng KSDP chưa được phổ biến và áp dụng hiệu quả. Những biện pháp can thiệp có thể thực hiện bao gồm: (1) Cải thiện quản lý dự trữ thuốc: dược sĩ lâm sàng phối hợp cùng bác sĩ điều trị đề xuất các KSDP phù hợp theo khuyến cáo, khoa Dược và khoa lâm sàng phối hợp chặt chẽ với nhau để đảm bảo tính sẵn có của KSDP phù hợp; (2) Hạn chế sử dụng KS phổ rộng: khuyến khích bác sĩ ưu tiên KSDP phổ hẹp, phù hợp với vi khuẩn gây NKVM, thay vì KS phổ rộng không cần thiết; (3) Tối ưu việc tuân thủ quy trình: xác định chính xác các trường hợp cần sử dụng KSDP và bám sát vào hướng dẫn sử dụng KSDP bệnh viện đã ban hành; (4) Đào tạo nâng cao nhận thức: tổ chức các chương trình đào tạo để tăng cường kiến thức và nhận thức của NVYT về tuân thủ hướng dẫn KSDP.

Nhìn chung, so với các nghiên cứu ở nước ngoài, kết quả của nghiên cứu này cho thấy nhiều điểm tương đồng về vai trò của niềm tin cá nhân và yếu tố hệ thống, nhưng cũng làm nổi bật những thách thức đặc thù của bối cảnh Việt Nam, như hạn chế về nguồn lực, sự chưa đồng bộ trong phối hợp liên khoa và việc triển khai hướng dẫn. Những khác biệt này cần

được cân nhắc khi xây dựng các can thiệp nhằm nâng cao tính phù hợp trong sử dụng KSDP tại bệnh viện.

Một hạn chế của nghiên cứu là thời lượng mỗi cuộc phỏng vấn tương đối ngắn, điều này có thể ảnh hưởng đến mức độ khai thác chiều sâu trải nghiệm của người tham gia. Tuy nhiên, nhóm nghiên cứu đã sử dụng các câu hỏi mở và câu hỏi thăm dò để khuyến khích người tham gia chia sẻ cụ thể các tình huống thực tế, đồng thời tiếp tục phỏng vấn để đảm bảo không bỏ sót thông tin sau khi đã đạt bão hòa dữ liệu. Trong tương lai, các nghiên cứu có thể áp dụng phỏng vấn sâu với thời lượng dài hơn hoặc kết hợp thảo luận nhóm nhằm khai thác sâu hơn cơ chế của các yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn KSDP.

## 5. KẾT LUẬN

Thông qua phỏng vấn bán cấu trúc với 17 NVYT, nghiên cứu xác định 5 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn KSDP: (1) dự trữ thuốc tại bệnh viện, (2) niềm tin về hiệu quả, (3) cá nhân bác sĩ, (4) đặc điểm của bệnh viện và (5) hướng dẫn sử dụng KSDP. Trong đó, các yếu tố rào cản có thể thay đổi để tối ưu hóa việc sử dụng KSDP bao gồm: dự trữ thuốc chưa phù hợp, thói quen sử dụng KS phổ rộng và chưa tối ưu việc tuân thủ quy trình. Ngược lại, các yếu tố thúc đẩy như chi phí hợp lý, niềm tin vào hiệu quả của KSDP và sự phù hợp với đặc điểm vi sinh của bệnh viện có thể hỗ trợ cải thiện tuân thủ.

### Lời cảm ơn

Cảm ơn các nhân viên y tế tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch đã đồng ý tham gia và thể hiện tinh thần hợp tác trong quá trình phỏng vấn.

### Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

### Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu này.

### ORCID

Nguyễn Ái Vy

<https://orcid.org/0009-0001-4945-8165>

Nguyễn Quốc Hòa

<https://orcid.org/0000-0002-7192-5145>

### Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Ái Vy, Nguyễn Quốc Hòa.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Ái Vy, Nguyễn Quốc Hòa.

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Ái Vy, Đinh Quang Trung.

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Quốc Hòa, Đinh Quang Trung.

Nhập dữ liệu: Nguyễn Ái Vy.

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Ái Vy.

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Ái Vy.

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Ái Vy.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Quốc Hòa, Đinh Quang Trung.

### Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

### Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo quyết định số 894/PNT - HĐĐĐ ngày 04/05/2024.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ierano C, Nankervis JM, James R, Rajkhowa A, Peel T, Thursky K. Surgical antimicrobial prophylaxis. *Australian Prescriber*. 2017;40(6):225-9.
2. Aiken AM, Karuri DM, Wanyoro AK, Macleod J. Interventional studies for preventing surgical site infections in sub-Saharan Africa - a systematic review. *International Journal of Surgery*. 2012;10(5):242-9.
3. Jegatha K, Rosy T. What rationale do GPs use to choose a particular antibiotic for a specific clinical situation?. *BMC Family Practice*. 2019;20(1):178.
4. António TR, Fátima R, Amílcar F, Adolfo F, Maria TH. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2013;41(3):203-12.
5. Greg G, Emily N, Mario C. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PloS One*. 2020;15(5):e0232076.
6. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-907.
7. Christensen I, Haug JB, Berild D, Bjørnholt JV, Skodvin B, Jelsness-Jørgensen LP. Factors Affecting Antibiotic Prescription among Hospital Physicians in a low-antimicrobial-resistance country: a qualitative study. *Antibiotics (Basel)*. 2022;11(1):98.
8. Livorsi D, Comer A, Matthias MS, Perencevich EN, Bair MJ. Factors Influencing Antibiotic-Prescribing Decisions Among Inpatient Physicians: A Qualitative Investigation. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2015;36(9):1065-72.
9. Kirchherr J, Charles K. Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia. *PloS One*. 2018;13(8):e0201710.
10. Murshid MA, Mohaidin Z. Models and theories of prescribing decisions: a review and suggested a new model. *Pharmacy Practice*. 2017;15(2):990.
11. Mabaya G, Evans JM, Longo CJ, Morris AM. A behavioral analysis of factors that influence antibiotic prescribing in hospitals: a metasynthesis of reviews. *Open forum infectious diseases*. 2024;12(1):ofae728.
12. Hwang S, Kwon KT. Core elements for successful implementation of antimicrobial stewardship programs. *Infection & Chemotherapy*. 2021;53(3):421-35.
13. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the infectious diseases society of america and the society for healthcare epidemiology of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2016;62(10):e51-77.
14. Courtney I, Karin T, Trisha P, Arjun R, Caroline M, Darshini A. Influences on surgical antimicrobial prophylaxis decision making by surgical craft groups,

- anaesthetists, pharmacists and nurses in public and private hospitals. *PloS one*. 2019;14(11):e0225011.
15. American Society of Health - System Pharmacists (ASHP). Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. 2013. In: ASHP Therapeutic Guidelines [Internet]. [734-819]. [cited 2025 Aug 5]
  16. Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT. 2015.
  17. Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong bệnh viện. 2018.
  18. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(3):Cd005470.
  19. Elizabeth JD., Carole AE. Why do barriers and facilitators matter? In: Richards DA., Rahm HI., editors. *Complex interventions in health care: an overview of research methods*. First edition. London: Routledge; 2015. p.273-81.
  20. Burke AC. *Antibiotic Essentials*. 15th ed. New Delhi, London, Philadelphia, Panama: The Health Sciences Publisher; 2017.p.1-803.
  21. Milan C, Tina PS. Antibiotic consumption and resistance of gram-negative pathogens (collateral damage). *GMS infectious diseases*. 2018;6:Doc05.
  22. World Health Organization (WHO). WHO policy guidance on integrated antimicrobial stewardship activities. 2021.
  23. Dohou AM, Buda VO, Anagonou S, Van BF, Van HT, Dossou FM, et al. Healthcare Professionals' Knowledge and Beliefs on Antibiotic Prophylaxis in Cesarean Section: A Mixed-Methods Study in Benin. *Antibiotics (Basel, Switzerland)*. 2022;11(7):872.