

Khoa KSNK

Trong những năm gần đây, tình hình bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn đã kháng kháng sinh tăng lên rõ rệt tại môi trường bệnh viện và cộng đồng. Hiện nay, gần như tất cả các vi khuẩn gây bệnh đều có kháng thuốc. Hàng năm có khoảng 25 triệu đơn thuốc kháng sinh được kê và trong đó trên 50% kháng sinh được kê không hợp lý, vì vậy không ngừng gia tăng tình hình phát triển kháng thuốc của vi khuẩn. Bệnh nhân nhập viện là các đối tượng dễ gây lây truyền các VK kháng thuốc, đặc biệt các bệnh nhân ở phòng Hồi sức (ICU). Ước tính khoảng 60% các nhiễm trùng bệnh viện trên toàn thế giới là do các vi khuẩn kháng thuốc gây ra, Việc sử dụng kháng sinh không hợp lý không chỉ làm tăng nguy cơ đặc tính cho bệnh nhân, tác dụng phụ, tình trạng tác dụng, bệnh nhiễm, kéo dài bệnh tật và thậm chí tử vong, mà còn là nguyên nhân chính gây phát tán siêu kháng thuốc (4).



Hầu hết nhiễm khuẩn là chọn kháng sinh để điều trị theo kinh nghiệm phải căn cứ theo những thông tin có được về nguồn nhiễm và mang tính định hướng cao với các đặc tính kháng thuốc của vi khuẩn tại thời điểm chọn lựa kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm, và dựa trên các nhiễm khuẩn tại khu vực có bệnh nhân nhiễm khuẩn. Dù là nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn mức tiêu chuẩn vẫn phải chọn lựa kháng sinh theo đường hướng nhiễm khuẩn có nguy cơ cao mới có ý nghĩa đáp ứng điều trị cho nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn rõ ràng nguyên. VD: Đối với nhiễm khuẩn S.aureus kháng Methicillin (MRSA) theo kháng sinh cảm ứng đáp ứng cao là Vancomycin. Shock nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn gram (-)... đặc biệt nguy hiểm cáo sơ đồ kháng sinh phải riêng, phải hiểu các kháng sinh nên tránh kháng sinh beta-lactamase phá huỷ vì rất nhiều u trùng khuẩn Gram (-) có khả năng sinh beta-lactamase tự nhiên có thể kháng lại các kháng sinh beta-lactamase phải riêng [1].

Dù là sơ đồ lựa chọn liệu pháp nào thì mức độ nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn cảm ứng vẫn phải căn cứ càng gần với đa số các nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn gram thì càng đúng phù hợp với nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn càng cao. Sau đây là một số thông tin về nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn đã được nghiên cứu:

* Theo nghiên cứu của Trần Văn Hoàng tại bệnh viện Trung ương Huế 1997-1998 (không tính đến kết quả nuôi cấy vi khuẩn đường tính là Salmonella chiếm 40,2%) trong các loại vi khuẩn đường ruột thì E.coli, Enterobacter, P.aeruginosa, Acinetobacter chiếm đa số trong nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn, kết quả là S.aureus [2]. Kháng sinh nhạy cảm tối thiểu nhất cho E.coli là Amykacin 100%, Tobramycin 90,3%, Norfloxacin 80,6%. Đối với nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn do S.aureus nhạy cảm với Methicillin (MSSA) thì nhiễm khuẩn kháng sinh còn sơ đồ thuốc tốt gồm: Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Lincomycin, Norfloxacin, Gentamycin, hơn 80% nhạy cảm.

* Theo nghiên cứu của Ngô Thị Thi [4] cho thấy cũng tương tự trên nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn gram (-). Nhìn chung các kháng sinh thuốc hãm Aminoglycosid như Amykacin, Ceftriaxon, Floquinolon vẫn là nhiễm khuẩn kháng sinh còn nhạy cảm tối thiểu trên 70 - 90%. S.aureus thì Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Ceftriaxon còn nhạy cảm tối thiểu.

* Theo nghiên cứu của Trần Hữu Luyến nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn bệnh tại bệnh viện TW Huế năm 2001 cho thấy 92 % S.aureus gây nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn kháng Methicillin (MRSA) nhạy cảm tối thiểu nhất là Vancomycin kết quả là Bactrim, Chloramphenicol # 70% [2].

* Theo nghiên cứu của CDC Hoa Kỳ và Hiệp hội Chăm sóc nhiễm khuẩn khu vực Tây Thái bình dương các nhiễm khuẩn nhiễm khuẩn do S.aureus kháng Methicillin (MRSA) chọn sơ đồ Vancomycin hoặc

Teicoplanin đ_{ng} t_{nh} m_{ch}. Các nhi_m khu_n S.aureus trung gian v_i Methicillin (MISA) có th_{đi}u tr_bng Cloxacillin li_u cao.[7]- V_i các ch_{ng} Enterococcus (liên c_u đ_{ng} ru_t): ampicillin + amikacin sau 24 gi_đ ti_p xúc còn 100% đ_i 0,01% l_{ng} vi khu_n còn s_{ng} sót; gentamicin + vancomycin là 75%; ampicillin + gentamicin là 66,7%; ampicillin + pefloxacin là 50% và ampicillin + vancomycin, gentamicin + pefloxacin là 16,7%. Ng_c l_i, n_u k_t h_p amikacin v_i ciprofloxacin thì 100% đ_i 1% s_lng vi khu_n còn s_{ng} sót và penicillin v_i pefloxacin là 50% đ_i 10% l_{ng} vi khu_n s_{ng} sót.

* Cũng theo nghiên c_u c_a CDC Hoa K_đ và Hi_p h_i Ch_{ng} nhi_m khu_n c_a khu v_c Tây Thái bình đ_{ng} các nhi_m khu_n do Enterococcus kháng Vancomycin đ_{ng} c_{khuy} cáo s_đng kháng sinh đ_u tr_{nh} sau [7]: - Có th_{đi}u s_đng Teicoplanin n_u vi khu_n còn nh_y c_m. -Ph_i h_p Penicillin, Ampicillin v_i Glycopeptid ho_c Arynoglycoside có tác đ_{ng} hi_p đ_{ng}. 3- V_i các ch_{ng} E.coli: ceftriaxone + ciprofloxacin; tobramycin+ norfloxacin; tobramycin + norfloxacin có 100% đ_i 0,01% s_lng vi khu_n còn s_{ng} sót sau 24 gi_đ ti_p xúc. Ceftriaxone (ho_c ceftazidime ho_c gentamicin ho_c amikacin) c_{ng} v_i norfloxacin là 75%, ceftazidime + netromycin là 66,7%; ceftriaxone + amikacin là 60% và ceftazidime c_{ng} v_i gentamicin ch_đ có 50%. V_i các ch_{ng} h_đng ru_t khác: ampicillin + amkacin, ceftazidime + gentamicin, gentamicin + ciprofloxacin và amikacin + norfloxacin cho 100% đ_i 0,01% s_lng vi khu_n còn s_{ng} sót sau 24 gi_đ ti_p xúc; ceftazidime + amikacin là 66,7%; ampicillin + norfloxacin, gentamicin + norfloxacin và ceftazidime + ciprofloxacin là 50%. Còn cho k_t h_p gi_a ceftazidime ho_c amikacin v_i pefloxacin, amikacin v_i ciprofloxacin đ_u cho 100% đ_i 10% s_lng vi khu_n Enterobacteriaceae s_{ng} sót (ho_c không tìm khu_n) sau 24 gi_đ ti_p xúc.

* Cũng theo nghiên c_u c_a CDC Hoa K_đ và Hi_p h_i Ch_{ng} nhi_m khu_n c_a khu v_c Tây Thái bình đ_{ng} nhi_m khu_n do các vi khu_n đ_{ng} ru_t sinh β -lactamase ph_rng là m_t trong nh_{ng} nhi_m khu_n n_{ng} n_đc bi_t nhi_m khu_n huy_t, nhi_m khu_n n_{ng} v_i nh_{ng} vi khu_n kháng đa kháng sinh cũng nh_{nh}ng nhi_m khu_n nghi ng_đ là Pseudomonas đ_{ng} c_{khuy} cáo s_đng Imipenem nh_{ng} m_t s_t tác gi_c c_{nh} báo c_n c_{nh} giác v_i nh_{ng} ch_{ng} Acinetobacter baumannii đ_{ng} kháng Imipenem.

* Đánh giá tình hình kháng kháng sinh c_a vi khu_n t_i B_{nh} vi_n đa khoa t_{nh} Qu_{ng} Nam c_a Khoa Vi sinh trong 9 tháng đ_u năm 2015: Các kháng sinh nhóm Cephalosporin thì Cefuroxime (th_h 2) đ_{ng} kháng cao (46,2%) v_i vi khu_n so v_i th_h 3,4. Tuy nhiên Cefotaxim th_h 3 (28,96%) có t_đ kháng th_p h_n so v_i Cefepime là th_h 4 (31,18%). Đ_i v_i vi khu_n gram đ_{ng}, có t_đ kháng cao nh_t đ_i v_i Penicillin (55,88%) và đ_{ng} kháng th_p nh_t v_i Vancomycin (11,82%). Vi khu_n còn nh_y c_m t_t v_i Imipenem (81,2%).

Sơ đồ ng kháng sinh theo nhi m khu n

Vị t b i Biên t p viên

Th sáu, 01 Tháng 4 2016 20:25 - L n c p nh t cu i Th ba, 12 Tháng 4 2016 17:58

Đi u tr kháng sinh có th th t b i bao g m nhi m khu n không đáp ng v i kháng sinh, nh ng b nh s t không do nhi m khu n và c s t do thu c.

Nh ng nguyên nhân th t b i kháng sinh th c s do:

- Có nh y c m in vitro nh ng b t ho t in vivo
- Có s dung n p kháng sinh c a c u khu n gram (+)
- S bao ph không đ /ph kháng sinh
- N ng đ thu c trong máu không đ
- N ng đ thu c trong mô không đ
- Không đ n l u á áp xe
- Nhi m khu n liên quan đ v t
- i nhi m khu n đ c b o v (vd đ ch não t y)
- Gi m t i máu các c quan/cung c p máu gi m (vd: viêm x ng t y mãn ng i b nh ti u đ ng)
- Gi m tác đ ng c a kháng sinh mô
- B i nhi m n m
- Đi u tr nh ng b nh không ph i nhi m khu n
- B nh không do nhi m khu n
- Nh ng r i lo n lâm sàng gi ng nhi m khu n;
- S t do thu c
- B nh nhi m khu n không đáp ng v i kháng sinh
- Ph n l n s đ ng kháng sinh cho các nhi m siêu vi, không ph i vi khu n.

Hi n nay ngày càng có nhi u b nh nhi m khu n kháng l i các thu c kháng sinh s n có. Do đó, v n đ là ph i dùng kháng sinh m t cách th n tr ng và dành các kháng sinh có hi u l c nh t cho các nhi m khu n n ng nh t, nh m đ m b o có các kháng sinh công hi u đ đi u tr các b nh trong t ng lai.

Tài li u tham kh o:

1. Sơ đồ ng h p lý kháng sinh – D c th Qu c gia Vi t Nam. Trang 61-67
2. Tr n văn H ng - Tr n H u Luy n “Tình hình kháng kháng sinh c a các vi khu n gây nhi m khu n huy t, nhi m khu n n ng t i b nh vi n trung ng Hu 1997-1998”. M t s công trình NCKH v đ nh y c m c a vi khu n v i thu c kháng sinh 1997-1999 Nhà xu t b n. Trang 122-124
3. Nguy n Chi Mai “Vi khu n sinh *-lactamase ph r ng”- Tài li u t p hu n Ch ng nhi m khu n - b nh vi n Ch R y 2002.

4. Ngô Thị Thi “Nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn nông trường trẻ em: căn nguyên vi khuẩn và tình hình kháng kháng sinh”. Một số công trình nghiên cứu khoa học về đề nghị y cảm của vi khuẩn với thuốc kháng sinh 1997-1999, nhà xuất bản. Trang 111-113.
5. Conly J. Antimicrobial resistance in Canada. CMAJ 2002;167:885-91.
6. Baron E.J Bailey and Scott's diagnostic microbiology 9 th edition, 1994.
7. Davies J. Origins and evolution of antibiotic resistance. Microbiologia 1996;12:9-16