

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 động môi trường, tăng tác dụng thuốc, 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 trùng 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 để chọn các nhiễm khuẩn tại khu vực có bệnh nhân nhiễm khuẩn. Dù là nhiễm trùng nhiễm khuẩn những mức tiêu chuẩn và chỉ lựa chọn kháng sinh theo đường hướng nhiễm khuẩn có nguy cơ cao mới có ý nghĩa đáp ứng từng bước cho những nhiễm khuẩn chọn lựa rõ ràng nguyên. VD: Đối với nhiễm khuẩn S.aureus kháng Methicillin (MRSA) theo kháng sinh của sơ đồ đáp ứng cao là Vancomycin. Shock nhiễm khuẩn thường gặp loại Gram (-)... để khuyến cáo sơ đồ kháng sinh phòng ngừa, phải hiểu các kháng sinh nên tránh kháng sinh beta-lactamase phá hủy vì rất nhiều u trùng khuẩn Gram (-) có khả năng sinh beta-lactamase tự nhiên có thể kháng lại các kháng sinh beta-lactamase phòng ngừa [1].

Dù là sơ đồ lựa chọn khu vực nào thì mức độ nhiễm khuẩn những mức sơ căn nhắc càng gặp với đa số các nhiễm khuẩn thường gặp thì sơ đồ đúng phù hợp với nhiễm khuẩn càng cao. Sau đây là một số thông tin về nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn những mức 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 đáng kể là Salmonella chiếm 40,2%) trong các loại vi khuẩn đáng kể ruồi thì E.coli, Enterobacter, P.aeruginosa, Acinetobacter chiếm đa số trong nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn những mức, kể đến là S.aureus [2]. Kháng sinh nhạy cảm nhất nhất cho E.coli là Amykacin 100%, Tobramycin 90,3%, Norfloxacin 80,6%. Đối với những nhiễm khuẩn do S.aureus nhạy với Methicillin (MSSA) thì những kháng sinh còn sơ đồ tốt gồm: Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Lincomycin, Norfloxacin, Gentamycin, hơn 80% nhạy cảm.

* Theo nghiên cứu của Ngô Thị Thi [4] cho thấy cũng đáng kể trên nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn những mức trên em chọn yếu u trùng khuẩn Gram (-). Nhìn chung các kháng sinh thuốc h Amynoglycosid như Amykacin, Ceftriaxon, Floquinolon và là những kháng sinh còn nhạy cảm nhất trên 70 - 90%. S.aureus thì Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Ceftriaxon còn nhạy cảm nhất.

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

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

Teicoplanin đ_đng t_đ nh m_đ ch. Các nhi_m m khu_n n S.aureus trung gian v_đ i Methicillin (MISA) có th_đ đ_đ u tr_đ b_đng Cloxacillin li_đ u cao.[7]- V_đ i các ch_đng Enterococcus (liên c_đ u đ_đng ru_t t): ampicillin + amikacin sau 24 gi_đ ti_đ p xúc còn 100% đ_đđ i 0,01% l_đđđng vi khu_n n còn s_đng sót; gentamicin + vancomycin là 75%; ampicillin + gentamicin là 66,7%; ampicillin + pefloxacin là 50% và ampicillin + vancomycin, gentamicin + pefloxacin là 16,7%. Ng_đđ c l_đđ i, n_đ u k_đ t h_đ p amikacin v_đ i ciprofloxacin thì 100% đ_đđ i 1% s_đ l_đđđng vi khu_n n còn s_đng sót và penicillin v_đ i pefloxacin là 50% đ_đđ i 10% l_đđđng vi khu_n n s_đng sót.

* Cũng theo nghiên c_đ u c_đ a CDC Hoa K_đ và Hi_đ p h_đ i Ch_đng nhi_m m khu_n n c_đ a khu v_đ c Tây Thái bình đ_đng các nhi_m m khu_n n do Enterococcus kháng Vancomycin đ_đđ c khuy_đ n cáo s_đ đ_đng kháng sinh đ_đ u tr_đ nh_đ sau [7]: - Có th_đ s_đ đ_đng Teicoplanin n_đ u vi khu_n n còn nh_đ y c_đ m. -Ph_đ i h_đ p Penicillin, Ampicillin v_đ i Glycopeptid ho_đ c Arynoglycoside có tác đ_đng hi_đ p đ_đng. 3- V_đ i các ch_đng E.coli: ceftriaxone + ciprofloxacin; tobramycin+ norfloxacin; tobramycin + norfloxacin có 100% đ_đđ i 0,01% s_đ l_đđđng vi khu_n n còn s_đng sót sau 24 gi_đ ti_đ p xúc. Ceftriaxone (ho_đ c ceftazidime ho_đ c gentamicin ho_đ c amikacin) c_đng v_đ i norfloxacin là 75%, ceftazidime + netromycin là 66,7%; ceftriaxone + amikacin là 60% và ceftazidime c_đng v_đ i gentamicin ch_đ có 50%. V_đ i các ch_đng h_đ đ_đng ru_t t khác: ampicillin + amkacin, ceftazidime + gentamicin, gentamicin + ciprofloxacin và amikacin + norfloxacin cho 100% đ_đđ i 0,01% s_đ l_đđđng vi khu_n n còn s_đng sót sau 24 gi_đ ti_đ p xúc; ceftazidime + amikacin là 66,7%; ampicillin + norfloxacin, gentamicin + norfloxacin và ceftazidime + ciprofloxacin là 50%. Còn cho k_đ t h_đ p gi_đ a ceftazidime ho_đ c amikacin v_đ i pefloxacin, amikacin v_đ i ciprofloxacin đ_đ u cho 100% đ_đđ i 10% s_đ l_đđđng vi khu_n n Enterobacteriaceae s_đng sót (ho_đ c không tìm khu_n n) sau 24 gi_đ ti_đ p xúc.

* Cũng theo nghiên c_đ u c_đ a CDC Hoa K_đ và Hi_đ p h_đ i Ch_đng nhi_m m khu_n n c_đ a khu v_đ c Tây Thái bình đ_đng nhi_m m khu_n n do các vi khu_n n đ_đng ru_t t sinh β-lactamase ph_đ r_đng là m_đ t trong nh_đng nhi_m m khu_n n n_đng n_đ đ_đ c bi_đ t nhi_m m khu_n n huy_đ t, nhi_m m khu_n n n_đng v_đ i nh_đng vi khu_n n kháng đa kháng sinh cũng nh_đ nh_đng nhi_m m khu_n n nghi ng_đ là Pseudomonas đ_đđ c khuy_đ n cáo s_đ đ_đng Imipenem nh_đng m_đ t s_đ tác gi_đ c_đ nh báo c_đ n c_đ nh gi_đác v_đ i nh_đng ch_đng Acinetobacter baumannii đ_đ kháng Imipenem.

* Đánh giá tình hình kháng kháng sinh c_đ a vi khu_n n t_đ i B_đ nh vi_đ n đa khoa t_đ nh Qu_đng Nam c_đ a Khoa Vi sinh trong 9 tháng đ_đ u năm 2015: Các kháng sinh nhóm Cephalosporin thì Cefuroxime (th_đ h_đ 2) đ_đ kháng cao (46,2%) v_đ i vi khu_n n so v_đ i th_đ h_đ 3,4. Tuy nhiên Cefotaxim th_đ h_đ 3 (28,96%) có t_đ l_đ đ_đ kháng th_đ p h_đ n so v_đ i Cefepime là th_đ h_đ 4 (31,18%). Đ_đ i v_đ i vi khu_n n gram đ_đng, có t_đ l_đ đ_đ kháng cao nh_đ t đ_đ i v_đ i Penicillin (55,88%) và đ_đ kháng th_đ p nh_đ t v_đ i Vancomycin (11,82%). Vi khu_n n còn nh_đ y c_đ m t_đ t v_đ 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