

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG KHÁNG SINH KINH NGHIỆM TRONG NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP

Bảng 1. Phân tầng nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng, gợi ý tác nhân gây bệnh và định hướng kháng sinh kinh nghiệm trong nhiễm khuẩn hô hấp dưới.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI		
1 - Nguy cơ thấp	2 - Nguy cơ trung bình	3 - Nguy cơ cao
Yếu tố nguy cơ liên quan chăm sóc y tế/Sử dụng kháng sinh (KS)		
· Không điều trị tại các cơ sở y tế trong vòng 90 ngày trước. · Không dùng KS trong vòng 90 ngày trước.	· Có điều trị tại các cơ sở y tế trong vòng 90 ngày trước. · Không có thủ thuật xâm lấn hoặc chỉ xâm lấn tối thiểu (tiêm truyền tĩnh mạch, suy thận mạn, lọc máu chu kỳ, cCAP...). · Có sử dụng KS trong vòng 90 ngày.	· Nằm viện ≥ 5 ngày và/hoặc nhiều thủ thuật xâm lấn (catheter tĩnh mạch trung tâm, thông dạ dày/tá tràng, đặt nội khí quản, thở máy, dẫn lưu màng phổi....). · Điều trị nhiều KS phổ rộng, phối hợp KS gần đây.
Bệnh lý đồng mắc/ Độ nặng lâm sàng (thang điểm, giá trị)		
· < 65 tuổi · Không có bệnh lý đồng mắc · Điểm CURB-65 (VPCĐ) = 0-1 · Điểm SOFA = 0	· ≥ 65 tuổi · Có bệnh lý đồng mắc (bệnh lý tim, gan, thận mạn tính, đái tháo đường không kiểm soát, bệnh lý ác tính, nghiện rượu...) · Điểm CURB-65 (VPCĐ) = 2-3 · Điểm SOFA = 1	· Có bệnh lý đồng mắc đặc biệt như xơ nang, bệnh lý cấu trúc phổi, giảm bạch cầu trung tính, suy giảm miễn dịch nặng, giãn phế quản, khí phế thũng · Điểm CURB-65 (VPCĐ) = 4-5 · Điểm SOFA ≥ 2 hoặc Sepsis
Định hướng vi khuẩn (VK) gây bệnh		
- Thường gặp các VK cộng đồng · <i>Streptococcus pneumoniae</i>; · <i>Haemophilus influenzae</i>; · <i>Moraxella catarrhalis</i>; · Các vi khuẩn nội bào: ■ <i>Mycoplasma pneumoniae</i>; ■ <i>Chlamydia pneumoniae</i>; ■ <i>Legionella spp.</i> - Ít nguy cơ nhiễm VK đa kháng như <i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL hoặc MRSA. - Rất ít nguy cơ nhiễm vi khuẩn không lên men như <i>Pseudomonas aeruginosa</i> hoặc <i>Acinetobacter baumannii</i>.	- Nguy cơ nhiễm VK đa kháng như <i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL (kháng/không kháng cephalosporin thế hệ 3) - Tự cầu kháng Methicillin (MRSA); - Ít nguy cơ nhiễm vi khuẩn không lên men như <i>Pseudomonas aeruginosa</i> hoặc <i>Acinetobacter baumannii</i>. - Ít nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn.	- Nguy cơ cao nhiễm VK đa đề kháng · <i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL (kháng cephalosporin thế hệ 3); · <i>Pseudomonas</i>; · <i>Acinetobacter</i>; · Tự cầu kháng Methicillin (MRSA); · Những VK siêu kháng: ■ <i>Enterobacteriaceae</i> kháng carbapenem; ■ <i>Pseudomonas</i> kháng carbapenem; ■ <i>Acinetobacter</i> kháng carbapenem; ■ <i>Enterococcus</i> kháng vancomycin. - Có nguy cơ cao nhiễm nấm xâm lấn.

- Rất ít nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn.		
-------------------------------------	--	--

Kháng sinh kinh nghiệm gợi ý

1 - Nguy cơ thấp	2 - Nguy cơ trung bình	3 - Nguy cơ cao
- Lựa chọn KS cần hướng đến các VK từ cộng đồng như beta-lactam/ức chế betalactamase (như ampicillin/sulbactam đường amoxicillin/clavulanat đường uống), cephalosporin thế hệ 1,2, macrolid, moxifloxacin. - Hạn chế sử dụng KS phổ rộng có hoạt tính trên VK sinh ESBL và <i>Pseudomonas</i>. - Không cần dùng kháng nấm	- Cần chỉ định những KS có hoạt tính trên VK sinh ESBL nhưng không có hoặc ít hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i> như carbapenem nhóm 1 (Ertapenem). - Beta-lactam/ức chế betalactamase (như ampicillin/sulbactam, piperacillin/tazobactam) có thể được lựa chọn thay thế trong một số tình huống với bệnh cảnh ít nghiêm trọng. - Glycopeptid (Vancomycin) chỉ dùng trong trường hợp nghi ngờ hoặc vùng dịch tễ MRSA cao - Chưa cần sử dụng kháng nấm	- Cần chỉ định các KS phổ rộng có hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i> như carbapenem nhóm II (imipenem, meropenem) hoặc beta-lactam/ức chế betalactamase có hoạt tính trên <i>Pseudomonas</i> (như piperacillin/tazobactam, cefoperazon/sulbactam) - Đơn trị hoặc phối hợp với aminoglycosid (gentamicin, amikacin) hoặc Fluoroquinolon (levofloxacin, ciprofloxacin) - Khi nghi ngờ MRSA dùng glycopeptid (vancomycin)

