

Khoa KSNK

Trong những năm gần đây, tình hình bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn đã kháng kháng sinh tăng lên rõ rệt tại các 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 nhng lra chn kháng sinh đđi u tr theo kinh nghiệm phĩ căn c theo nhng thông tin có đĩc gĩn nhĩt và mang tính đĩ diĩn cao vĩ các đĩc tính kháng thuĩc cĩa vi khuĩn tĩi thĩi đĩĩm chĩn lra kháng sinh đĩi u tr theo kinh nghiệm, vĩ đĩch tĩ các nhiĩm khuĩn tĩi khu vĩc có bĩnh nhĩn nhiĩm khuĩn. Dù là nhĩn đĩnh nhiĩm khuĩn nhĩng mĩc tiêu vĩn ĩ chĩ lra chĩn kháng sinh theo đĩnh hĩĩng nhiĩm khuĩn có nguy cĩ cao mĩi có ý nghĩa đĩp ĩng tĩĩng đĩi cho nhĩng nhiĩm khuĩn chĩa rĩ căn nguyên. VD: Đĩi vĩi nhiĩm khuĩn S.aureus kháng Methicillin (MRSA) theo kháng sinh cĩn sĩ đĩng đĩp ĩng cao là Vancomycin. Shock nhiĩm khuĩn thĩĩng gĩp loĩĩ Gram (-)... đĩĩc khuĩn cáo sĩ đĩng kháng sinh phĩ rĩng, phĩi hĩĩp các kháng sinh nên tránh kháng sinh bĩ β- lactamase phá huĩ vĩ rĩt nhĩĩu trĩc khuĩn Gram (-) có khĩ năng sinh β-lactamase tĩĩn nhiĩn có thĩ kháng lĩĩ các kháng sinh β- lactamase phĩ rĩng [1].

Dù là sĩ lra chĩn kiĩu nào thĩ mĩi nhiĩm khuĩn nĩng cĩn mĩt sĩ căn nhĩc cĩng gĩn vĩĩ đa sĩ các nhiĩm khuĩn thĩĩng gĩp thĩ tĩĩ đĩng phĩ hĩĩp vĩi nhiĩm khuĩn cĩng cao. Sau đĩy là mĩt sĩ thông tin vĩ nhiĩm khuĩn huyĩt, nhiĩm khuĩn nĩng đĩ đĩĩc nghiên cĩu:

* Theo nghiên cĩu cĩa Trĩn Vĩn Hĩng tĩi bĩnh viĩn Trung ĩĩng Huĩ 1997-1998 (không tính đĩn kĩt quĩ nuĩi cĩy vi khuĩn đĩĩng tính là Salmonella chĩĩm 40,2%) trong các loĩĩ vi khuĩn đĩĩng ruĩt thĩ E.coli, Enterobacter, P.aeruginosa, Acinetobacter chĩĩm đa sĩ trong nhiĩm khuĩn huyĩt, nhiĩm khuĩn nĩng, kĩ đĩn là S.aureus [2]. Kháng sinh nhĩy cĩm tĩt nhĩt cho E.coli là Amykacin 100%, Tobramycin 90,3%, Norfloxacin 80,6%. Đĩi vĩi nhĩng nhiĩm khuĩn do S.aureus nhĩy vĩi Methicillin (MSSA) thĩ nhĩng kháng sinh cĩn sĩ đĩng tĩt gĩm: Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Lincomycin, Norfloxacin, Gentamycin, hĩĩn 80% nhĩy cĩm.

* Theo nghiên cĩu cĩa Ngĩ Thĩ Thi [4] cho thĩy cĩng tĩĩng đĩĩng trĩn nhiĩm khuĩn huyĩt, nhiĩm khuĩn nĩng trĩĩm chĩ yĩu trĩc khuĩn Gram (-). Nhĩn chung các kháng sinh thuĩc hĩĩ Amynoglycosid nhĩĩ Amykacin, Ceftriaxon, Floquinolon vĩĩn là nhĩng kháng sinh cĩn nhĩy cĩm trĩĩn 70 - 90%. S.aureus thĩ Oxacillin 100%, Vancomycin 100%, Ceftriaxon cĩn nhĩy cĩm tĩt.

* Theo nghiên cĩu cĩa Trĩn Hĩu Luyĩn nhiĩm khuĩn bĩng tĩi bĩnh viĩn TW Huĩ năm 2001 cho thĩy 92 % S.aureus gĩy nhiĩm khuĩn bĩng kháng Methicillin (MRSA) nhĩy cĩm tĩt nhĩt là Vancomycin kĩ đĩn là Bactrim, Chloramphenicol # 70% [2].

* Theo nghiên cĩu cĩa CDC Hoa Kĩ và Hĩĩp hĩĩ Chĩng nhiĩm khuĩn khu vĩc Tĩy Thĩi bĩnh đĩĩng các nhiĩm khuĩn do S.aureus kháng Methicillin (MRSA) chĩ sĩ đĩng Vancomycin hĩĩc

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