

Chiến lược chọn kháng sinh trong Nhi Khoa

PGS.TS Trần Thị Mộng Hiệp
Bộ môn Nhi và Bộ môn YHGD Trường ĐHYK PNT
Giáo sư các Trường ĐHYK tại Pháp

Cách chọn kháng sinh trong Nhi Khoa

Điều trị KS khác ở người lớn:

- Nguy cơ nhiễm trùng ở trẻ thiếu tháng và trẻ sơ sinh cao (miễn dịch chưa hoàn chỉnh)
- Nguy cơ biến chứng cao: cần điều trị sớm và nhanh với KS phù hợp
- Dịch tể VT học khác tùy lứa tuổi và cơ quan bị bệnh
- Độc tính và tính dung nạp thuốc tùy loại KS
- Đường dùng và thời gian có thể khác

Có 2 cách để chọn:

1/ lôgic

2/ phỏng đoán

Lôgic:

tdụ VMN do H influenzae,
chọn KS dựa vào:

- . KSĐ
- . Nồng độ trong DNT
- . Số lần
- . Tính dung nạp

Phỏng đoán:

- . Kinh nghiệm lâm sàng
- . Bối cảnh
- . Tuổi
- . Vị trí nhiễm trùng
- . Cơ địa
- . Tiền căn nhiễm trùng
- . Dịch tễ VT học: tính kháng thuốc của từng nơi

I. Nhiễm trùng đường hô hấp trên

I.1. Viêm tai giữa:

Vi trùng:

H influenzae

Pneumocoque

Mục tiêu:

Điều trị cấp

Tránh VMN mãn

Tránh chuyển sang mạn tính

Từ 1990:

Pneumocoque kém nhạy (nồng độ ức chế tối thiểu 0,12- 1mg/l)

hoặc kháng Pénicilline (nồng độ ức chế tối thiểu > 2mg/l)

I.1. Viêm tai giữa: > 6 tháng

Vi trùng:

H influenzae
Pneumocoque
Streptocoque A
Moraxella catarrhalis

Lần đầu

Theo dõi tốt
Điều kiện xã hội, vệ sinh bt
Sốt cao, đi nhà trẻ
> 2 tuổi

KS:

Amoxicilline: 75-100mg/kg/24g, 3 lần
Cefixime: 8mg/kg/ngày, 2 lần

VTG tái phát, hoặc không có các tiêu chuẩn trên:

Augmentin (amox+ac clavulanique)
80mg/kg/24g amox

Cephalosporin thế hệ 1:

Cefaclor: 40-60mg/kg/24g, 3 lần

Cefatrizine: 40mg/kg/24g, 3 lần

Cephalosporine thế hệ 2:

Cefuroxime-axétil (Zinnat):
30mg/kg/ngày, 3-4 lần

Cephalosporine thế hệ 3: Cefixime
8mg/kg/ngày, 2 lần

I.1. Viêm tai giữa: < 6 tháng

Ngoài các VT trên còn có:

E coli, proteus

Sinh mủ, staphylocoque vàng

⇒ Khó chọn KS

⇒ trẻ nhỏ: nhập viện và nên có KSĐ

⇒ KS TM Cephalosporine 3

Ceftazidime + amox

không dùng macrolides trong VTG (H ìnfluenzae không nhạy)

I. 2. Viêm mũi họng

Thường do siêu vi

Nhưng dễ bội nhiễm

KS tùy điều kiện theo dõi và môi trường

Chọn KS: nhằm tránh VTG,
do vậy KS chọn giống như VTG

I. 3. Viêm họng

2/3 do siêu vi

Streptocoque bêta nhóm A (từ 3 tuổi): 20-50%

Cần cho KS thấm qua amidan

Macrolides: 50mg/kg/ngày, 2 lần

Amoxicilline

Roxithromycine (Rulid): 5mg/kg/ngày, 2 lần

Tái phát thường xuyên: Cephalo thế hệ 1 hoặc 2, Augmentin
(Streptocoque A, HI, S aureus, enterobacterie)

Thời gian: 5 ngày

I.4. Viêm xoang cấp

- . Tương tự VTG cấp
- . Thêm thuốc chống viêm: không steroid (AINS) hoặc Corticoid
- . Thời gian : 10 ngày

1.5. Viêm nắp thanh quản (epiglottitis)

Là 1 cấp cứu Nhi Khoa, thường do H.influenzae
Càng ít thấy từ khi có thuốc chủng ngừa H.I

Hồi sức ban đầu

KS: nhắm H influenzae

Céphalo 3 (100mg/kg/ngày) TM

II. Nhiễm trùng đường hô hấp dưới

II. 1. Viêm phổi

Đa số do siêu vi

VT: Pneumocoque , HI, Mycoplasma pneumoniae

KS: Amoxicilline: uống 80-100 mg/kg/ngày
Cephalo thế hệ III, tiêm TM: dạng nặng
(hoặc Augmentin)

Nếu thất bại: macrolides (ít nhất 14 ngày), hoặc
azithromycine (5 ngày)

II. 2. Bệnh lý phế quản

a/ Viêm phế quản cấp:

siêu vi

Pneumocoque, H influenzae

KS: Amox, Augmentin, cephalo uống, macrolides

b/ Viêm tiểu phế quản:

Không cần dùng KS, ngoại trừ: kèm VTG, bội nhiễm

c/ Xẹp phổi:

Bắt buộc phải cho KS, dù nguyên nhân xẹp phổi nào

VT: Pneumocoque, Staph, HI beta lactamase +

KS: Augmentin, Cephalo uống

Thời gian: kéo dài

III. Nhiễm trùng tiểu

III.1. NTT trên

- Cephalosporine thế hệ III, Augmentin (tiêm TM): x 4 ngày
- Sau đó chuyển sang đường uống (KS theo kháng sinh đồ nếu có thể được), tổng thời gian: 10 ngày
- Ciprofloxacin 20 - 30mg/kg/ngày (tối đa 800mg/ngày) tiêm TM chia 2 lần/ngày trong trường hợp nhiễm trùng Gram âm đa kháng.

III/ Nhiễm trùng tiểu

III.1. NTT dưới

- Nitrofurantoin (3-5mg/kg/ngày)
- Amoxicilline 50-100 mg/kg/ngày
- Cephalosporin thế hệ I, II: 30 mg/kg/ngày
- Augmentin: 50 mg/kg/ngày
- Cephalosporin III: không chỉ định rộng rãi (kháng thuốc)
- Bactrim
- Thời gian: 3-5 ngày

IV/ Nhiễm trùng da và mô mềm

a/ nhẹ:

sát trùng ngoài da: eosine, milian

VT: streptocoque A, Staph aureus

KS uống: Cephalo thế hệ 1, oxacilline, Augmentin, macrolides

Thời gian : 7 ngày

b/ viêm mô tế bào: nặng, cần nhập viện

Tùy đường vào:

Răng: Staph, streptocoque, kỵ khí

Augmentin hoặc Oxacilline + métronidazole

Vancomycine

Vùng mặt, đường vào TMH:

KS đường TM: Céphalo thế hệ 3 + aminoside

+ métronidazole (uống, IV)

IV. Nhiễm trùng da và mô mềm

c/ Viêm hạch:

Tùy đường vào:

TMH: pneumo, HI

Răng: strepto, kỵ khí

Da: staph

KS: Augmentin

V. Nhiễm trùng xương khớp

Viêm khớp mủ:

- . < 3 tháng: Staphylocoque aureus, streptocoque A, E coli:
Cefotaxime: 200mg/kg (chia 4 lần) x 15 ngày
+ genta (5mg/kg, 1 lần trong 30 phút)
- . > 3 tháng: Staphylocoque aureus, streptocoque A,
pneumocoque: augmentin (80mg/kg/ngày , IV, 4 lần/ngày)
+/- genta (5mg/kg/ngày, x 2 ngày)

Chuyển sang đường uống khi hết sốt, hết đau, CRP giảm (sau 3-5 ngày): augmentin, clindamycine, cephalo 1, amoxicilline

Tổng thời gian dùng KS: 4-5 tuần

VI. Viêm màng não

VT: N. meningitidis, HI, pneumocoque

N. meningitidis, HI: Cefotaxime (200mg/kg/ngày, 3-4 lần),
Ceftriaxone (80-100mg/kg/ngày, 1-2 lần)

Pneumocoque:

Cefotaxime: 200-300mg/kg/ngày , 4 lần
+ Vanco: 40-60mg/kg/ngày, 4 lần

Khi biết được CMI:

Nhạy: chuyển sang Cefotaxime (200mg/kg/ngày)

Kháng: giữ KS như trên

Theo dõi: nồng độ vanco trong máu và DNT

Thời gian:

Meningo: 5 ngày, HI: 8-10 ngày, Pneumo: 15 ngày

VII. Nhiễm trùng sơ sinh

VT: Streptocoque B, E coli, Listeria monocytogenes

Khi nghi ngờ hoặc nặng:

- Cephalo 3 (Streptocoque B, E coli)
- + Ampicillin hoặc Amoxicillin (Listeria)
- + Aminoglycosides (tăng vận tốc diệt khuẩn)

Điều chỉnh kháng sau khi có kết quả VT học

VIII. Bệnh lý tiêu hóa

Tiêu chảy cấp: Không cần dùng KS trong đa số, trừ:

Shigella (tiêu máu, sốt cao):

Azithromycine: 12 mg/kg ngày đầu (max: 500 mg)

6 mg/kg x 4 ngày sau (max: 250 mg)

Cefixime (kháng nhiều), ciprofloxacin (uống)

Nặng, triệu chứng toàn thân: ceftriaxone, ciprofloxacin IV

Salmonella

Dạng nặng, thương hàn, nhiễm trùng huyết: ceftriaxone

Ciprofloxacin: được OMS cho phép trong thương hàn

Campylobacter jejuni: Azithromycine

Khuyến cáo sử dụng kháng sinh trong nhiễm trùng cộng đồng

Ngày càng xuất hiện cơ chế kháng thuốc mới:

- ▶ Giới hạn sử dụng kháng sinh: nhất là nhiễm trùng đường hô hấp trên
- ▶ Thích ứng tùy biến lực chủng ngừa (hemophilus, pneumocoque: hiện nay đã có thuốc chủng ngừa)
- ▶ Theo dõi dịch tể vi trùng học thường xuyên
- ▶ Chọn kháng sinh theo dịch tể vi trùng học của từng nơi

Một thí dụ: Tỷ lệ kháng thuốc của *E. coli* ngày càng tăng

(BV Nhi Đồng 2 - Trần Thị Mộng Hiệp và cộng sự)

Kháng sinh	Tỷ lệ kháng (%)			2015
	1996-1998	2008-2010	2010-2012	
Cephalosporine III	15	28	64	84
Ciprofloxacin	0	29	38	64
Ceftazidime		16	53	64
Cephalothine		42	64	83
Gentamycine		44	48	56
Amikacine		5	3	13
Imipenem		0	0	5
Augmentin	30	25	20	67
Ampicilline	100	93	91	97
Bactrim		81	74	74