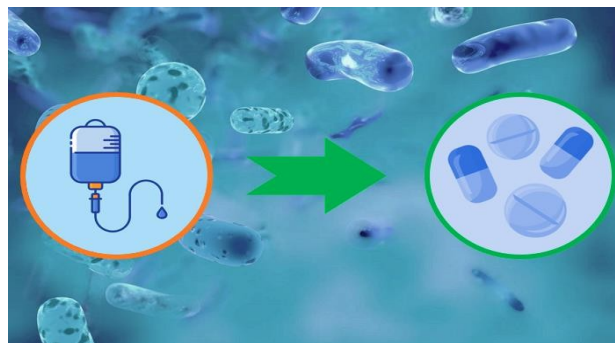


CHUYỂN KHÁNG SINH TỪ DẠNG TIÊM SANG DẠNG UỐNG

Chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/truyền sang đường uống là một trong những can thiệp quan trọng trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh. Việc chuyển đổi đường dùng kháng sinh ở những người bệnh phù hợp sẽ giúp giảm thiểu các biến chứng liên quan tới tiêm/truyền, giảm chi phí điều trị, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm gánh nặng công việc cho nhân viên y tế.



I. Tiêu chí khuyến khích chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống theo đánh giá lâm sàng

A. Dấu hiệu sinh tồn ổn định và đang tiến triển tốt

- Huyết áp tâm thu ở mức ổn định (>90mmHg) và đang không dùng vận mạch hoặc liệu pháp bù dịch

B. Các triệu chứng của nhiễm trùng cải thiện tốt hoặc không còn

- Không sốt, nhiệt độ < 38,3°C và không cần dùng thuốc hạ nhiệt trong ít nhất 24 giờ
- Không có hiện tượng hạ thân nhiệt, nhiệt độ > 36°C trong ít nhất 24 giờ

C. Đường tiêu hóa không bị tổn thương và ổn định về mặt chức năng

- Không có các tình trạng ảnh hưởng đến hấp thu thuốc qua đường uống: hội chứng kém hấp thu, hội chứng ruột ngắn, liệt ruột nặng, tắc ruột, hút dịch dạ dày liên tục qua ống thông mũi.

D. Đường miệng không bị tổn thương (người bệnh sử dụng được thuốc uống)

- Không nôn
- Bệnh nhân hợp tác

E. Không có các chống chỉ định của kháng sinh đường uống liên quan đến loại nhiễm khuẩn

- Không đạt nồng độ kháng sinh thích hợp tại vị trí nhiễm trùng bằng đường uống
- **Không có các tình trạng nhiễm trùng sau:**

Nhiễm khuẩn huyết nặng, nhiễm khuẩn huyết do *S.aureus*

Viêm mô tế bào hoặc viêm cân cơ hoại tử

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương (viêm não, viêm màng não)

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

Viêm trung thất

Nhiễm trùng mô sâu, ví dụ áp xe, viêm mũ màng phổi

Viêm tủy xương

Nhiễm trùng hoại tử mô mềm

Viêm khớp nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn liên quan đến các thiết bị cấy ghép

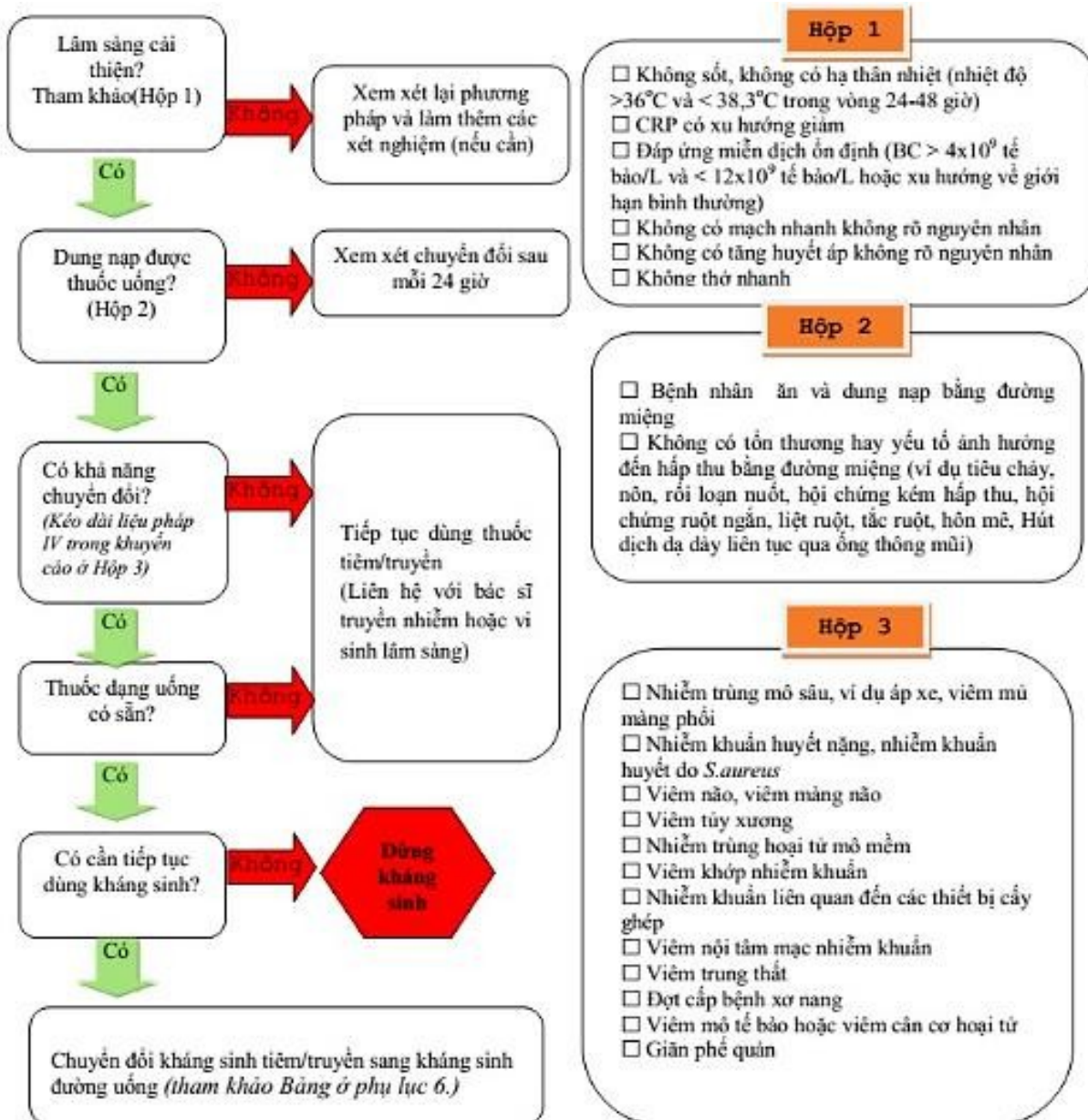
Giãn phế quản

Đợt cấp bệnh xơ nang

F. Kháng sinh đường uống có sinh khả dụng tốt, có phổ tác dụng trùng hoặc tương tự thuốc tĩnh mạch và sẵn có tại bệnh viện.

II. Sơ đồ diễn tiến chuyển đổi kháng sinh đường tiêm sang kháng sinh đường uống theo đánh giá lâm sàng

❖ **Người bệnh người lớn**



❖ Người bệnh nhi



Các hình thức chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/truyền sang đường uống trong điều trị

- Điều trị **tiếp nối** (Sequential therapy): chuyển từ kháng sinh đường tiêm sang kháng sinh đường uống cùng hoạt chất.
- Điều trị **chuyển đổi** kháng sinh tiêm uống (Switch therapy): chuyển đổi từ kháng sinh đường tiêm sang kháng sinh đường uống cùng nhóm, nhưng kháng sinh đường uống có thể là hoạt chất khác, có cùng hoạt lực và phổ tác dụng.

- Điều trị **xuống thang** (Scale down therapy): Chuyển đổi từ kháng sinh đường tiêm sang kháng sinh đường uống khác có thể cùng loại, cùng nhóm hoặc khác nhóm với kháng sinh đường tiêm. Tuy nhiên, tần suất, liều dùng và phổ tác dụng có thể không hoàn toàn tương tự như kháng sinh đường tiêm.

III. Danh mục kháng sinh chuyển từ đường tiêm/truyền sang đường uống (IV/PO)

Nhóm	Định nghĩa	Kháng sinh
Nhóm 1	Kháng sinh có sinh khả dụng đường uống cao (>90%), hấp thu tốt và dung nạp tốt ở liều tương tự liều đường tiêm	Levofloxacin Linezolid Cotrimoxazol Moxifloxacin Fluconazol Metronidazol
Nhóm 2	Kháng sinh có sinh khả dụng đường uống thấp hơn (70-80%) nhưng có thể bù trừ bằng tăng liều của kháng sinh uống	Ciprofloxacin Voriconazol
Nhóm 3	Kháng sinh có sinh khả dụng đường uống cao (>90%) nhưng có liều tối đa đường uống thấp hơn so với liều đường tiêm (do dung nạp tiêu hóa kém)	Clindamycin Cephalexin Amoxicillin
Nhóm 4	Kháng sinh có sinh khả dụng đường uống thấp hơn và liều tối đa thấp hơn đường tiêm	Cefuroxim
<i>Ghi chú:</i>	<p>Nhóm 1-2 có thể sử dụng ban đầu qua đường uống cho các nhiễm khuẩn không đe dọa tính mạng, bệnh nhân có huyết động ổn định và không có vấn đề về hấp thu, có thể sử dụng trong chuyển tiếp IV/PO nếu đáp ứng điều kiện lâm sàng.</p> <p>Nhóm 3-4 có thể sử dụng trong chuyển tiếp IV/PO theo nguyên tắc: sau khi nhiễm khuẩn cơ bản đã được giải quyết bằng kháng sinh đường tiêm ban đầu, kết hợp tác dụng của kháng sinh với tình trạng miễn dịch của người bệnh.</p>	

Bảng: Một số kháng sinh gợi ý chuyển đổi ở người lớn

Kháng sinh tĩnh mạch	Kháng sinh đường uống
Levofloxacin 500mg mỗi 12 giờ hoặc 750mg mỗi 24 giờ	Levofloxacin 500mg mỗi 12 giờ hoặc 750mg mỗi 24 giờ
Moxifloxacin 400mg mỗi 24 giờ	Moxifloxacin 400mg mỗi 24 giờ
Ciprofloxacin 400mg mỗi 12 giờ	Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ
Linezolid 600mg mỗi 12 giờ	Linezolid 600mg mỗi 12 giờ
Metronidazol 500mg mỗi 12 giờ	Metronidazol 500mg mỗi 12 giờ
Doxycyclin 100-200mg mỗi 12 giờ	Doxycyclin 100-200mg mỗi 12 giờ
Ampicillin/sulbactam (liều theo ampicillin) 1-2g mỗi 6 giờ	Amoxicillin/acid clavulanic (liều theo amoxicillin) 500-1000mg mỗi 8 giờ
Cefotaxim 1g mỗi 12 giờ	Ciprofloxacin 500-750mg mỗi 12 giờ
Ceftriaxon 1-2g mỗi 24 giờ	Ciprofloxacin 500-750mg mỗi 12 giờ hoặc amoxicillin/acid clavulanic 875/125mg mỗi 12 giờ
Ceftazidim hoặc cefepim (2g mỗi 8 giờ)	Ciprofloxacin (750mg mỗi 12 giờ) hoặc levofloxacin (500mg mỗi 12 giờ hoặc 750mg mỗi 24 giờ)
Gentamicin 5mg/kg mỗi 24 giờ	Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ (750mg mỗi 12 giờ cho trường hợp nhiễm <i>P.aeruginosa</i>)
Tobramycin 5mg/kg mỗi 24 giờ	Ciprofloxacin 500mg mỗi 12 giờ (750mg mỗi 12 giờ cho trường hợp nhiễm <i>P.aeruginosa</i>)

Tài liệu tham khảo:

Quyết định 5631/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 31 tháng 12 năm 2020 về việc ban hành tài liệu “*Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện*”.