

# LÝ THUYẾT VIÊM PHỔI

## PNEUMONIA





### Nội dung điều trị

1. Ngoại trú hay nhập viện (cấp cứu hay khoa)
2. Điều trị đặc hiệu: Kháng sinh
3. Điều trị triệu chứng:
4. Nằm đầu cao, thở oxy
5. Hạ sốt para
  - Dinh dưỡng
1. Dịch truyền
2. VLTL:
  - Tập ho khạc đàm
  - Tập thở
  - Dẫn lưu tư thế nếu có Abscess
1. Chăm sóc cấp máy
2. Khám lại sau bao lâu
3. CLS

### TÌNH HÌNH KHÁNG THUỐC

#### Cộng đồng

Cotrimoxazone, tetracycline không ai xài nữa. Vì sao? Vì kháng hết rồi, không nhắc nữa

<u>Aa</u> Property	 Amox + cla	 Cepha 2	 Marolide	 Levofloxacin
<u>Phế cầu</u>				@November 14, 2021
<u>Híf 50% tiết lactamase</u>	@November 14, 2021	@November 14, 2021	@November 14, 2021	@November 14, 2021

- Phế cầu: PNC tĩnh mạch 12 triệu UI/ngày ( $MIC \geq 8$  là kháng,  $MIC \leq 2$  là nhạy)
- Moxarella 100% tiết lactamase

- Kleb có con tiết lactamase, có con không tiết, có con tiết ESBL (là kháng luôn cepha 3,4 đó)

## Bệnh viện

Đề kháng cao với nhiều kháng sinh phổ rộng (penicilline và cepha, quinolone, carbapenem) , ngoại trừ colistin

# KHÁNG SINH

## Phổ thuốc

Khe hở các KS điều trị MRSA

- Glycopeptides (vancomycin, teicoplanin): GNB; VRE ; VRSA; GISA (enterococci)
- Linezolid: GNB (gram negative bacilli)

Lưu ý nhóm quinolone

- Moxi tác dụng gram (+). Cipro tác dụng gram (-). Levo tác dụng cả 2
- Levo và moxifloxacin là quinolone hô hấp, điều trị VPCĐ. Cipro chỉ dùng cho VP BV, hay VP CĐ nghi do Pseudo

## Hiệu quả thuốc

Aa Property	≡ Hiển nhiên phải nhớ	≡ Thường gặp	▼ 1
<u>T/MIC</u>	Tất cả beta-lactam (penicillins, cepha, aztreonam, monobactams, carbapenems)	"macrolides"	
<u>AUC/MIC</u>	Vancomycin	azithromycin	quinolones
<u>Peak/MIC</u>	Aminoglycosides		quinolones

- MIC: nồng độ diệt được 90% vi khuẩn
- Phụ thuộc nồng độ: đỉnh phải gấp 10 lần MIC. Sau khi thuốc giảm xuống thì vẫn còn tác dụng hậu kháng sinh
- Phụ thuộc thời gian: 50% thời gian có nồng độ thuốc > MIC
- Phụ thuộc diện tích dưới đường cong: tùy con vi khuẩn

## ĐIỀU TRỊ VPCĐ

## Nguyên tắc

- Điều trị sớm trong 8 giờ đầu
  - Kháng sinh
  - dùng KS diệt khuẩn
  - đủ liều
  - dùng KS theo dược lực học, dược động học
  - Không thay đổi KS trong 72 giờ đầu , trừ LS xấu hơn hay có bằng chứng vi sinh cần thay đổi (Điều trị tối đa 5 ngày mà không ổn là phải đổi)
  - Chuyển sang uống: giảm ho, giảm khó thở, hết sốt (đo 2 lần cách 8 giờ) và BỆNH NHÂN uống được (đang tiêu chảy dừng cho uống nha). Chuyển qua cùng 1 loại KS thì tốt hơn
  - Xuất viện: ổn định LS và KS đã chuyển sang uống được
  - Thời gian điều trị tùy nguyên nhân, mức độ và yếu tố nội tại BỆNH NHÂN:
- + Phế cầu và VK khác : 7-10 ngày
- + C. pneumoniae ,M.pneumoniae, Legionella : 10 -14 ngày.
- + BỆNH NHÂN ức chế MD và điều trị cơ lâu dài: > 14 ngày

## Mục đích điều trị

### Hội lao và bệnh phổi 2013

- Ngoại trú: Nếu nghi ngờ DRSP (phế cầu kháng thuốc) thì dùng amoxicillin liều cao (III) hoặc fluoroquinolon hô hấp (III).
- *Nặng*: Khi sử dụng cephalosporine TM thì chuyển thuốc uống co-amoxiclave hơn là cephalosporine uống (III).

### ADSA/ATS BỆNH NHÂN ngoại trú

### ADSA/ATS BỆNH NHÂN nội trú:

Nhập viện thì ưu tiên dùng thuốc chích, ổn rồi đổi qua uống

Lactam kháng pseudo: cefepime, ceftazidime, piperacillin-tazo, imipenem, meropenem...(Carbapenem trừ Ertapenem)

## ĐIỀU TRỊ VP BV

### Nguyên tắc

- Điều trị sớm

- Kháng sinh
- KS hướng đến VK đa kháng thuốc
- KS ban đầu dựa trên khuyến cáo nhưng phải tích hợp với tình hình đề kháng tại chỗ trong mỗi đơn vị ICU và cập nhật đều đặn. Ngoài ra còn tùy giá thành, sẵn có hay không
- Cấy VK trước khi dùng KS nhưng không được làm trì hoãn điều trị những BỆNH NHÂN nặng
- Nên cấy định lượng trong VPBV
- Cấy đường hô hấp dưới (-) được dùng để ngưng KS nếu không thay đổi điều trị KS trong 72 giờ qua

## Phối hợp KS

Aa Property	≡ Lợi	≡ Hại
<u>Phổ kháng khuẩn rộng</u>	- Điều trị sớm và hiệu quả - Giảm nguy cơ xuất hiện kháng thuốc	- Tăng nguy cơ BỘI NHIỄM - Tạo VK kháng thuốc
<u>Nhiều thuốc</u>	Có thể tác dụng hiệp đồng	Tăng tương tác thuốc
<u>Khác</u>	Kháng viêm, giảm nội độc tố	Tăng độc tính Tăng chi phí điều trị

## Kháng sinh ban đầu

- Chưa bik vk nào hết thì thường đánh gram (-) ESBL và pseudomonas: betalactam phổ rộng (carbapenem) + levo/cipro.
- Trong chợ rầy ESBL tới 60%, các BV tỉnh có khi tới 100%, ESBL are enzymes that confer resistance to most beta-lactam antibiotics, including penicillins, cephalosporins, monobactam, aztreonam (duy nhất không có carbapenem)
- Lactam kháng pseudo: cefepime, ceftazidime, piperacillin-tazo, imipenem, meropenem...(Carbapenem trừ Ertapenem)
- Nghi MRSA thì thêm vancomycin. Không đc thì teicoplanin, suy thận thì linezolid MSSA thì khỏi thêm gì hết, mấy thuốc đánh gram (-) là đánh chết con này rồi
- Không dùng colistin ngay từ đầu. Nặng lắm mới dùng colistin

## Theo dõi sau điều trị

- TCCN: sốt, ho đàm
- Khám: sinh hiệu, khám phổi mỗi ngày
- CLS (giống chỉ định nhập viện): XQ sau 48-72h, bạch cầu, chức năng các cơ quan

## VP không đáp ứng điều trị ban đầu

## Phân loại (trong sắp giấy)

- Sớm: trước 72h, có 1 trong 5 dấu hiệu sau: Mere Heve X: metastasis, respiratory failure, hemostasis, ventilator, X ray
- 1. Nhiễm trùng sang nơi khác
- 2. Suy hô hấp mới xuất hiện, nặng
- 3. Huyết động không ổn
- 4. Cần thông khí cơ học
- 5. Tổn thương XQ tiến triển
- Muộn: sau 72h, có 1 trong 3 dấu hiệu sau
- 1. Huyết động không ổn
- 2. Suy hô hấp mới xuất hiện, nặng
- 3. Sốt + triệu chứng hô hấp kéo dài

## Lý do

- Bác sĩ sai
- Chẩn đoán sai: nhồi máu phổi, K, viêm phổi tăng eosinophile
- Sai tác nhân: VP CĐ do đa vi khuẩn, tác nhân hiếm (actinomyces, nocardia)
- Vk mạnh
- Vk kháng thuốc
- Phát triển VP BV: đặt NKQ, thở máy, nguồn nước nhiễm Legionella
- Bản thân cái bệnh
- VP sau chỗ tắc nghẽn
- Biến chứng: mũ màng phổi, nhiễm trùng phát tán nơi khác
- **Áp xe lâu quá, thành dày, kháng sinh không vào được ổ áp xe**
- Sốt do thuốc

## Tìm nguyên nhân (trong sắp giấy)

- Sai tác nhân: tìm lại
  - Nước tiểu: tìm kháng nguyên Legionella
  - Đàm, nội soi PQ, dịch màng phổi: nhuộm gram, giemsa, miễn dịch huỳnh quang tìm Legionella. Nhuộm Ziehl-Nelson bt và cải biên tìm mycobacter. Cấy tìm vk
- Biến chứng:
- XQ: thay đổi tổn thương, TDMP, tạo hang. CT: chi tiết nhu mô, màng phổi, trung thất

- Áp xe phổi nói chung không được chọc hút do sợ chảy mủ vào màng phổi hoặc vào phế nang, tuy nhiên BỆNH NHÂN này bệnh diễn tiến lâu, xài KS hoài không hết, nghĩ ổ áp xe thành dày quá KS không vô được, nên có thể cân nhắc dẫn lưu qua nội soi lồng ngực.

## Phòng vk kháng thuốc

Phòng nhiễm trùng. Nhiễm trùng rồi thì sao

à Chẩn đoán và điều trị hậu quả. Quyết định điều trị rồi thì sao

à Dùng liều KS tối ưu. Giờ kháng thuốc rồi thì sao

à Tránh lây lan