



**SỞ Y TẾ BẠC LIÊU**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU**

**KHÁNG SINH DỰ PHÒNG**  
**TRONG NGOẠI KHOA**

**DS CKII. Viên Cẩm Tú**  
**Trưởng Khoa Dược – Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu**

**Bạc Liêu, ngày 07 tháng 07 năm 2022**



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## NỘI DUNG

1. Nhiễm khuẩn vết mổ - sự cần thiết của việc áp dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật.
2. Nguyên tắc lựa chọn kháng sinh dự phòng phẫu thuật.
3. Vai trò của Ban QLSDKS trong việc sử dụng KSDP trong phẫu thuật.



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

---

## 1. NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ (NKVM) - SỰ CẦN THIẾT CỦA KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT (PT)



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ (NKVM)

- Là tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra tại vị trí PT hoặc gần vết mổ:
  - Với PT không có cấy ghép: 30 ngày kể từ lúc phẫu thuật.
  - Với PT có cấy ghép dụng cụ giả (implant) 90 ngày (US CDC) hoặc 1 năm kể từ lúc PT.
- Hậu quả không mong muốn, có thể gây tử vong/BN Phẫu thuật
- Là 1 trong 5 nhiễm khuẩn phổ biến nhất liên quan BV (Hospital-acquired infection)
- Làm tăng chi phí YT, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến điều trị BN



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ (NKVM)

Nhóm phẫu thuật		Tỷ lệ NKVM (%)
Phẫu thuật lồng ngực		0,76 – 2,04
Phẫu thuật thần kinh		5,8 – 9,7
Phẫu thuật cổ		<b>1,64 – 11,40</b>
Phẫu thuật chỉnh hình	Phẫu thuật kết hợp cột sống	0,70 – 4,15
	Phẫu thuật cắt u xơ (laminectomy)	0,72 – 2,30
	Phẫu thuật phục hình khớp háng	0,67 – 2,40
	Phẫu thuật phục hình khớp gối	0,60 – 1,60
Phẫu thuật tiêu hóa	Phẫu thuật dạ dày	1,72 – 4,23
	Phẫu thuật ống mật, gan hoặc tuyến tụy	<b>8,07 – 13,65</b>
	Phẫu thuật túi mật	0,23 – 1,72
	Phẫu thuật ruột thừa	1,15 – 3,47
	Phẫu thuật đại tràng	<b>2,15 – 9,47</b>
	Sửa chữa khối thoát vị	0,74 – 5,25

Uptodate 2020. Anderson D. J. , Sexton D. J. (2020), Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection in adults.

Edwards J. R., *et al.* (2009), "National Healthcare Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, *Am J Infect Control.* 37 (10). pp. 783-805.



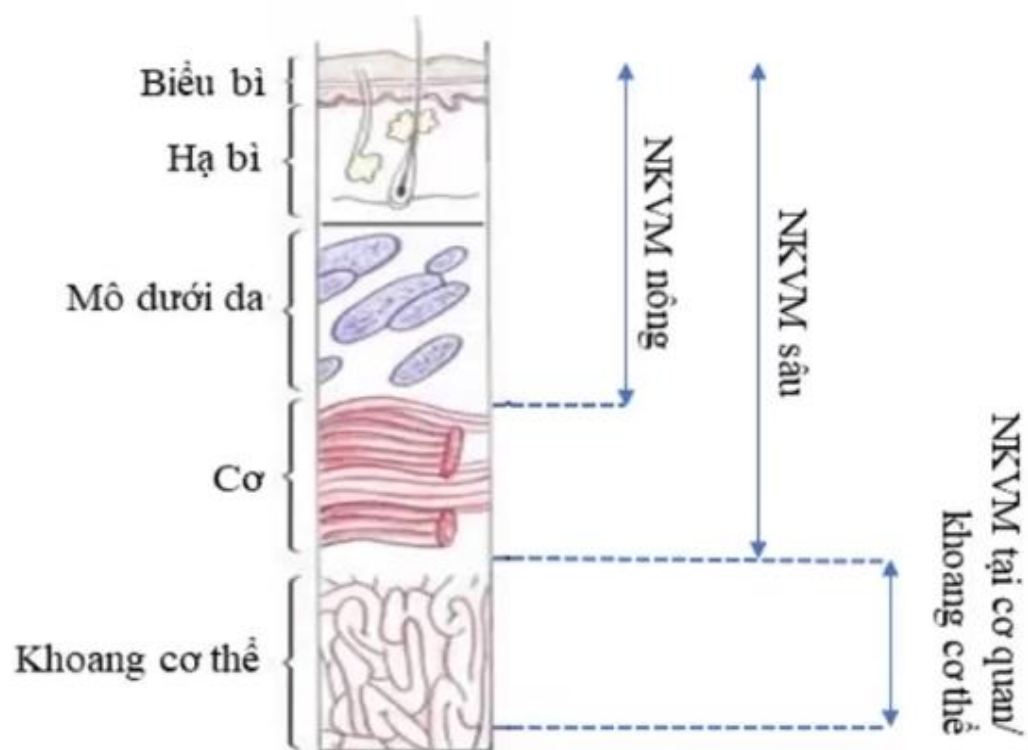


# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## PHÂN LOẠI

### ▪ NKVM được phân 3 loại:

- NKVM nông
- NKVM sâu
- NKVM tại cơ quan,  
khoang cơ thể





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Nguyên nhân nhiễm khuẩn vết mổ

### ❖ Nguồn gốc nội sinh: Vi sinh vật có trên cơ thể

- Vi khuẩn thường trú trên da, niêm, tạng rỗng của cơ thể
- Vi khuẩn từ ổ NT ở xa vết mổ xâm nhập vào vết mổ theo đường máu hoặc hệ bạch huyết

### ❖ Nguồn gốc ngoại sinh:

- Môi trường khu PT: phương tiện, thiết bị, không khí, nước,...
- Dụng cụ, vật liệu cầm máu, đồ vải PT.
- Nhân viên kíp PT.
- Chăm sóc vết mổ không đúng nguyên tắc vô khuẩn.



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

Các chủng vi khuẩn gây NKBV thường gặp ở một số PT

Nhóm phẫu thuật	Vi khuẩn thường gặp	
	Vi khuẩn gram dương	Vi khuẩn gram âm
Ghép bộ phận già và PT tim, lồng ngực, mạch máu, thần kinh	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , staphylococci coagulase (-)	
Mắt	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , staphylococci coagulase (-), streptococci	Trực khuẩn gram âm (bacilli)
Chỉnh hình	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , staphylococci coagulase (-)	Trực khuẩn gram âm (bacilli)
Đầu cổ*	<i>S. aureus</i> , streptococci, enterococci	<i>E. coli</i>
Phổi, cắt ruột thừa, đường mật, đại trực tràng, dạ dày – tá tràng*	Enterococci	Trực khuẩn gram âm (bacilli)
Sản phụ khoa*	Streptococci nhóm B	Trực khuẩn gram âm (bacilli)
Tiết niệu, mờ bụng thăm dò, vết thương thấu bụng *		Trực khuẩn gram âm (bacilli), <i>Klebsiella sp.</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>B. fragilis</i>

\*Các nhóm phẫu thuật có nguy cơ nhiễm vi khuẩn kỵ khí





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Yếu tố bệnh nhân

Tuổi cao  
Béo phì (hoặc suy dinh dưỡng)  
Hút thuốc lá  
Đái tháo đường,  
suy giảm miễn dịch  
Thời gian nằm viện trước mổ dài  
Điểm ASA 4-5đ

## Yếu tố nguy cơ

**NKVM**

## Yếu tố môi trường

Vệ sinh tay ngoại khoa:  
Chuẩn bị BN trước mổ: vệ sinh, cạo lông..  
Thiết kế buồng PT  
Điều kiện khu PT: Không khí, nước vệ sinh  
tay ngoại khoa, bề mặt thiết bị...  
Dụng cụ y tế  
Nhân viên y tế: ra vào kg đúng...

## Yếu tố phẫu thuật

Thời gian PT: dài, ngắn... nguy cơ  
Loại PT: nhiễm, bản có nguy cơ cao  
Thao tác PT: làm tổn thương  
bầm dập, mất máu nhiều.

## Yếu tố vi sinh vật

VK đề kháng  
Sử dụng KS phổ rộng trước PT



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

Năm 1955 Altemeier phân loại

Bảng 3: Phân loại vết mổ và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Loại vết mổ	Định nghĩa	Nguy cơ NKVM (%)
<b>Sạch</b>	Là những phẫu thuật không có nhiễm khuẩn, không mở vào đường hô hấp, tiêu hóa, sinh dục và tiết niệu. Các vết thương sạch được đóng kín kỹ đầu hoặc được dẫn lưu kín. Các phẫu thuật sau chấn thương kín.	1-5
Sạch nhiễm	Là các phẫu thuật mở vào đường hô hấp, tiêu hoá, sinh dục và tiết niệu trong điều kiện có kiểm soát và không bị ô nhiễm bất thường. Trong trường hợp đặc biệt, các phẫu thuật đường mật, ruột thừa, âm đạo và hậu hộng được xếp vào loại vết mổ sạch nhiễm nếu không thấy có bằng chứng nhiễm khuẩn/ không phạm phải lỗi vô khuẩn trong khi mổ.	5-10
Nhiễm	Các vết thương hở, chấn thương có kèm vết thương mới hoặc những phẫu thuật để xây ra lỗi vô khuẩn lớn hoặc phẫu thuật để thoát lượng lớn dịch từ đường tiêu hoá. Những phẫu thuật mở vào đường sinh dục tiết niệu, đường mật có nhiễm khuẩn, phẫu thuật tại những vị trí có nhiễm khuẩn cấp tính nhưng chưa hoá mủ.	10-15
Bẩn	Các chấn thương cũ kèm theo mô chết, dị vật hoặc ô nhiễm phân. Các phẫu thuật có nhiễm khuẩn rõ hoặc có mủ.	>25

## Chỉ định kháng sinh

Không nhất thiết phải dung KSDP nếu PT ngắn, tiến hành trong điều kiện vô khuẩn nghiêm ngặt

## Là đối tượng chính của KSDP

Bắt buộc phải dung KS (như là KS điều trị) để chống nhiễm khuẩn và tránh diễn tiến nặng

Có chỉ định dung KS điều trị

Bộ y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ  
Bộ y tế (2020), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Bệnh viện Chợ Rẫy  
Bộ y tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh,



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Các biện pháp phòng ngừa NKVM

### Trước phẫu thuật

- Chuẩn bị người bệnh
- **KS dự phòng**

### Trong phẫu thuật

- Vệ sinh khu vực PT
- Chuẩn bị nhân viên y tế
- Bệnh nhân
- Kỹ thuật mổ

### Sau phẫu thuật

- Chăm sóc vết mổ, ống dẫn lưu
- Giám sát phát hiện NKBV



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

**KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CHỈ LÀ 1 MẮT XÍCH  
TRONG TỔNG SỐ BIỆN PHÁP  
PHÒNG NGỪA NKVM**





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 2. NGUYÊN TẮC LỰA CHỌN KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Kháng sinh dự phòng được sử dụng trong phẫu thuật sạch, sạch - nhiễm

- Nhằm phòng ngừa NKVM tại nơi PT, làm giảm số lượng VK tại vị trí PT trong thời gian mổ. Nồng độ KS tại tổ chức  $>$  MIC của VK tại thời điểm rạch da và trong suốt quá trình PT.
- **Áp dụng với PT sạch và sạch nhiễm**
  - **Sạch:** áp dụng với can thiệp/PT nặng (PT chỉnh hình, tim và mạch máu, thần kinh, nhãn khoa)
- PT Nhiễm; PT bẩn: không áp dụng KSDP, mà sử dụng KS điều trị



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Nguyên tắc lựa chọn kháng sinh dự phòng

Tiêu chí	Khuyến cáo
Chỉ định loại KS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tất cả PT sạch-nhiễm và PT sạch có nguy cơ NKVM cao</li><li>- Là KS diệt khuẩn, với phổ hẹp nhất cho tác động trên các VK có khả năng gây NKVM và phù hợp với tình trạng đề kháng thuốc tại cơ sở.</li></ul>
Liều	<ul style="list-style-type: none"><li>- Thường dùng liều cao nhất của KS (so với liều điều trị NK thông thường)</li><li>- <b>Tăng liều ở BN béo phì</b>, ở trẻ em, tính theo cân nặng (không vượt &gt; liều người lớn)</li><li>- Không cần hiệu chỉnh liều ở bệnh <b>nhân suy gan, suy thận</b></li></ul>
Thời điểm	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hầu hết liều đầu tiên nên được SD trong vòng 60 phút trước rạch da (riêng vancomycin và fluoroquinolone trong vòng 120 phút trước rạch da (do tiêm truyền kéo dài)</li></ul>

Bộ y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Bộ y tế (2020), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

Ling M. L. et al. (2019) Antimicrobial Resistance and Infection Control (2019) 8:174



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Nguyên tắc lựa chọn kháng sinh dự phòng

Tiêu chí	Khuyến cáo
<b>Bổ sung liều</b>	<p>Bổ sung liều KSDP trong quá trình PT khi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Thời gian PT &gt; 2 x <math>T_{1/2}</math> của KSDP dựa lựa chọn (tính từ liều KS gần nhất),</li><li>- Mất máu nhiều (người lớn &gt; 1500ml, trẻ em &gt; 25ml/kg.</li><li>- BN bồng nặng hoặc béo phì (<math>T_{1/2}</math> bị rút ngắn).</li></ul>
<b>Thời gian sử dụng</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Một liều duy nhất trước PT.</li><li>- Sử dụng KSDP sau phẫu thuật là không cần thiết.</li><li>- Nếu cần kéo dài: trong vòng 24 giờ từ lúc kết thúc PT, 48 giờ với PT tim (đặc biệt ở PT có nguy cơ: PT &gt; 4 giờ, mất quá nhiều máu, béo phì, ĐTĐ, suy dinh dưỡng...)</li></ul>

Bộ y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Bộ y tế (2020), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Bệnh viện Chợ Rẫy

Ling M. L. et al. (2019) Antimicrobial Resistance and Infection Control (2019) 8:174

Gilbert DN, Chamber HF, Eliopoulos G, et al. (2016). The Sanford Guide To Antimicrobial Therapy 2016. *Sanford guidelines*, (51): pp.222-227





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## CÁC HƯỚNG DẪN VỀ VIỆC KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Hướng dẫn riêng của mỗi bệnh viện
- Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế (2015)
- Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện Chợ Rẫy (2020)
- Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ Bộ Y tế (2012)
- Hướng dẫn của WHO về dự phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (2016)
- Hướng dẫn thực hành lâm sàng về KSDP của Hội Dược sĩ Hoa Kỳ (2013 ASHP) (Clinical practice guidelines for Antimicrobial prophylaxis) - xây dựng dựa trên hợp tác với IDSA, SIS, SHEA,



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 1. LOẠI KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Phải có phổ bao trùm vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ

### SPECIAL ARTICLES

#### Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999

Alicia J. Mangram, MD; Teresa C. Horan, MPH, CIC; Michele L. Pearson, MD; Leah Christine Silver, BS; William R. Jarvis, MD; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

From the Hospital Infections Program  
National Center for Infectious Diseases  
Centers for Disease Control and Prevention  
Public Health Service  
U.S. Department of Health and Human Services

Surgical Site Infection Guideline Sponsor  
James T. Lee, MD, PhD, FACS  
University of Minnesota  
Minneapolis, Minnesota

**Table 4.** Operations, Likely Surgical Site Infection (SSI) Pathogens, and References on Usage of Prophylaxis\*

Operations	Likely Pathogens†‡
Placement of all grafts, prostheses, or implants Cardiac	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci
Neurosurgery	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci
Breast	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci
Ophthalmic Limited data: however, commonly used in procedures such as anterior segment resection, vitrectomy, and scleral buckles	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci; streptococci; gram-negative bacilli
Orthopedic Total joint replacement Closed fractures/use of nails, bone plates, other internal fixation devices Functional repair without implant/device Trauma	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci; gram-negative bacilli
Noncardiac thoracic Thoracic (lobectomy, pneumonectomy, wedge resection, other noncardiac mediastinal procedures) Closed tube thoracostomy	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci; <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; gram-negative bacilli
Vascular	<i>Staphylococcus aureus</i> : coagulase-negative staphylococci
Appendectomy Biliary tract Colorectal	Gram-negative bacilli; anaerobes Gram-negative bacilli; anaerobes Gram-negative bacilli; anaerobes
Gastroduodenal	Gram-negative bacilli; streptococci;



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 1. LOẠI KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Thông thường:
  - Cefazolin, cefuroxime
  - Ampicillin/Sulbactam, Cefoxitin

ASHP REPORT

### Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery

DALE W. BRATZLER, E. PATCHIN DELLINGER, KEITH M. OLSEN, TRISH M. PERL, PAUL G. AUWAERTER, MAUREN K. BOLOIN, DOUGLAS N. FISH, LENA M. NAPOLITANO, ROBERT G. SAWYER, DOUGLAS SLAIN, JAMES P. STEINBERG, AND ROBERT A. WEINSTEIN

Ann J Health-Syst Pharm. 2013; 70:195-202

These guidelines were developed jointly by the American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), the Surgical Infection Society (SIS), and the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). This work rep-

resents the prevention of an infection and can be characterized as primary prophylaxis, secondary prophylaxis, or eradication. Primary prophylaxis refers to the prevention of an initial infection. Secondary prophylaxis refers to the prevention of recurrence or reactivation.

of the revised guidelines. The work of the panel was facilitated by faculty of the University of Pittsburgh School of Pharmacy and University of Pittsburgh Medical Center Drug Use and Disease State Management Program who served as contract researchers and writers for the project.

Table 2.

Recommendations for Surgical Antimicrobial Prophylaxis

Type of Procedure	Recommended Agents <sup>a,b</sup>	Alternative Agents in Pts With $\beta$ -Lactam Allergy	Strength of Evidence <sup>c</sup>
<b>Cardiac</b>			
Coronary artery bypass	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Cardiac device insertion procedures (e.g., pacemaker implantation)	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, vancomycin	A
Ventricular assist devices	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, vancomycin	C
<b>Thoracic</b>			
Noncardiac procedures, including lobectomy, pneumonectomy, lung resection, and thoracotomy	Cefazolin, ampicillin-sulbactam	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Video-assisted thoroscopic surgery	Cefazolin, ampicillin-sulbactam	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	C
<b>Gastrointestinal<sup>e</sup></b>			
Procedures involving entry into lumen of gastrointestinal tract (bariatric, pancreaticoduodenectomy)	Cefazolin	Clindamycin or vancomycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or fluoroquinolone <sup>h,i</sup>	A
Procedures without entry into gastrointestinal tract (antireflux, highly selective vagotomy) for high-risk patients	Cefazolin	Clindamycin or vancomycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or fluoroquinolone <sup>h,i</sup>	A
<b>Biliary tract</b>			
Open procedure	Cefazolin, cefoxitin, cefotetan, ceftriaxone, <sup>a</sup> ampicillin-sulbactam <sup>b</sup>	Clindamycin or vancomycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or fluoroquinolone <sup>h,i</sup> Metronidazole + aminoglycoside <sup>g</sup> or fluoroquinolone <sup>h,i</sup>	A
<b>Laparoscopic procedure</b>			
Elective, low-risk <sup>k</sup>	None	None	A
Elective, high-risk <sup>k</sup>	Cefazolin, cefoxitin, cefotetan, ceftriaxone, <sup>a</sup> ampicillin-sulbactam <sup>b</sup>	Clindamycin or vancomycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or	A



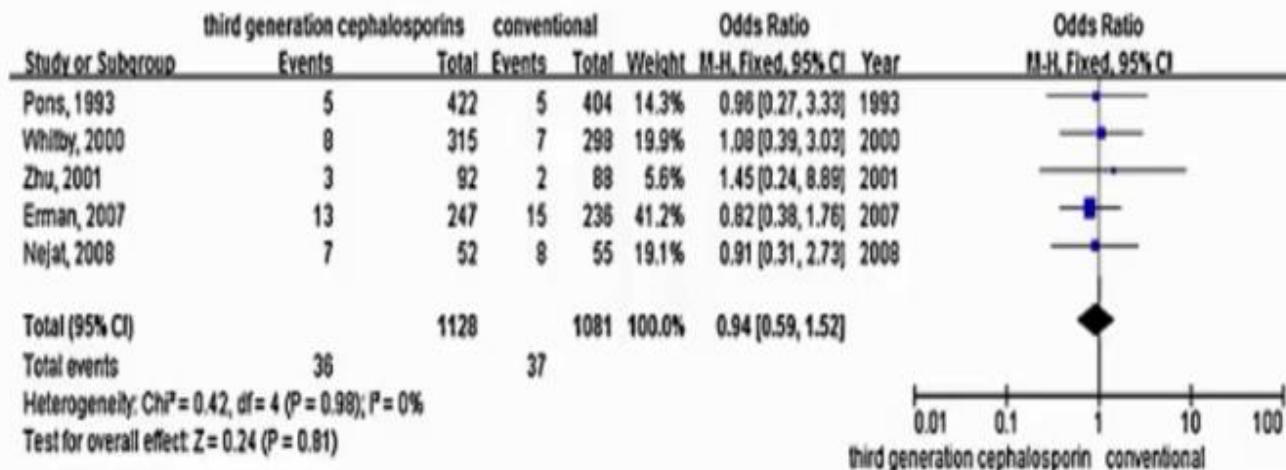


# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 1. LOẠI KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Dùng KS thể hệ mới hơn không có sự vượt trội về ngăn ngừa nguy cơ SSI (teicoplanin, ceftriaxone,...)

Reference	Surgical procedure	Definition of postoperative infection	Preoperative prophylaxis		Sample size		Postoperative infections			
			Control	Intervention	Total (M : F)	Control*	Intervention*	Control*	Intervention*	P
Marroni et al. <sup>42,44</sup>	Abdominal aortic or lower limb prosthetic vascular surgery	Surgical wound infection; deep wound infection (CDC <sup>53</sup> )	Cefazolin 2 g	Teicoplanin 400 mg	238 (220 : 18)	119 (50-0)	119 (50-0)	2 (1-7)	7 (5-9)	0-19
								2 (1-7)	0 (0-0)	0-49



Review > Clin Neurol Neurosurg. 2014 Jan;116:13-9. doi: 10.1016/j.clineuro.2013.10.015.

Epub 2013 Nov 1.

### Third-generation cephalosporins as antibiotic prophylaxis in neurosurgery: what's the evidence?

Weiming Liu<sup>1</sup>, Marian Christoph Neidert<sup>2</sup>, Rob J M Groen<sup>3</sup>, Christoph Michael Woernle<sup>2</sup>, Hajo Grundmann<sup>4</sup>

Affiliations + expand

PMID: 24269048 DOI: 10.1016/j.clineuro.2013.10.015

Alen J. BJS Open.2018; 2(3):81-98

Marroni M. Eur J Clin Microbiol infect Dis; 18: 175-178

Liu W. Clin Neurol Neurosurg. 2014; 116: 13-19





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 1. LOẠI KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Đa số chỉ cần dùng 1 kháng sinh làm KSDP
- Phối hợp khi vùng mổ có thể nhiễm VK khác ngoài ngoài VK thường trú trên da:  
VD kỵ khí: viêm RT/phụ khoa (kỵ khí) – VD: cefazolin + metronidazol

Table 2.  
Recommendations for Surgical Antimicrobial Prophylaxis

Type of Procedure	Recommended Agents <sup>a,b</sup>	Alternative Agents in Pts With $\beta$ -Lactam Allergy	Strength of Evidence <sup>c</sup>
<b>Cardiac</b>			
Coronary artery bypass	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Cardiac device insertion procedures (e.g., pacemaker implantation)	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, vancomycin	A
Ventricular assist devices	Cefazolin, cefuroxime	Clindamycin, vancomycin	C
<b>Thoracic</b>			
Noncardiac procedures, including lobectomy, pneumonectomy, lung resection, and thoracotomy	Cefazolin, ampicillin–sulbactam	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Video-assisted thoracoscopic surgery	Cefazolin, ampicillin–sulbactam	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	C
<b>Gastroduodenal<sup>e</sup></b>			
Procedures involving entry into lumen of gastrointestinal tract (bariatric, pancreaticoduodenectomy <sup>f</sup> )	Cefazolin	Clindamycin or vancomycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or fluoroquinolone <sup>h,j</sup>	A
Appendectomy for uncomplicated appendicitis	Cefoxitin, cefotetan, cefazolin + metronidazole	Clindamycin + aminoglycoside <sup>g</sup> or aztreonam or fluoroquinolone <sup>h,j</sup> Metronidazole + aminoglycoside <sup>g</sup> or fluoroquinolone <sup>h,j</sup>	A



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 1. LOẠI KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

### ▪ Nếu dị ứng beta lactam:

- Dự phòng NK do cầu khuẩn Gr (+): Clindamycin hoặc vancomycin
- Với những vị trí có nguy cơ Gr (-) có ( $\pm$  kỵ khí): ciprofloxacin/aminoglycoside  $\pm$  metronidazole/clindamycin

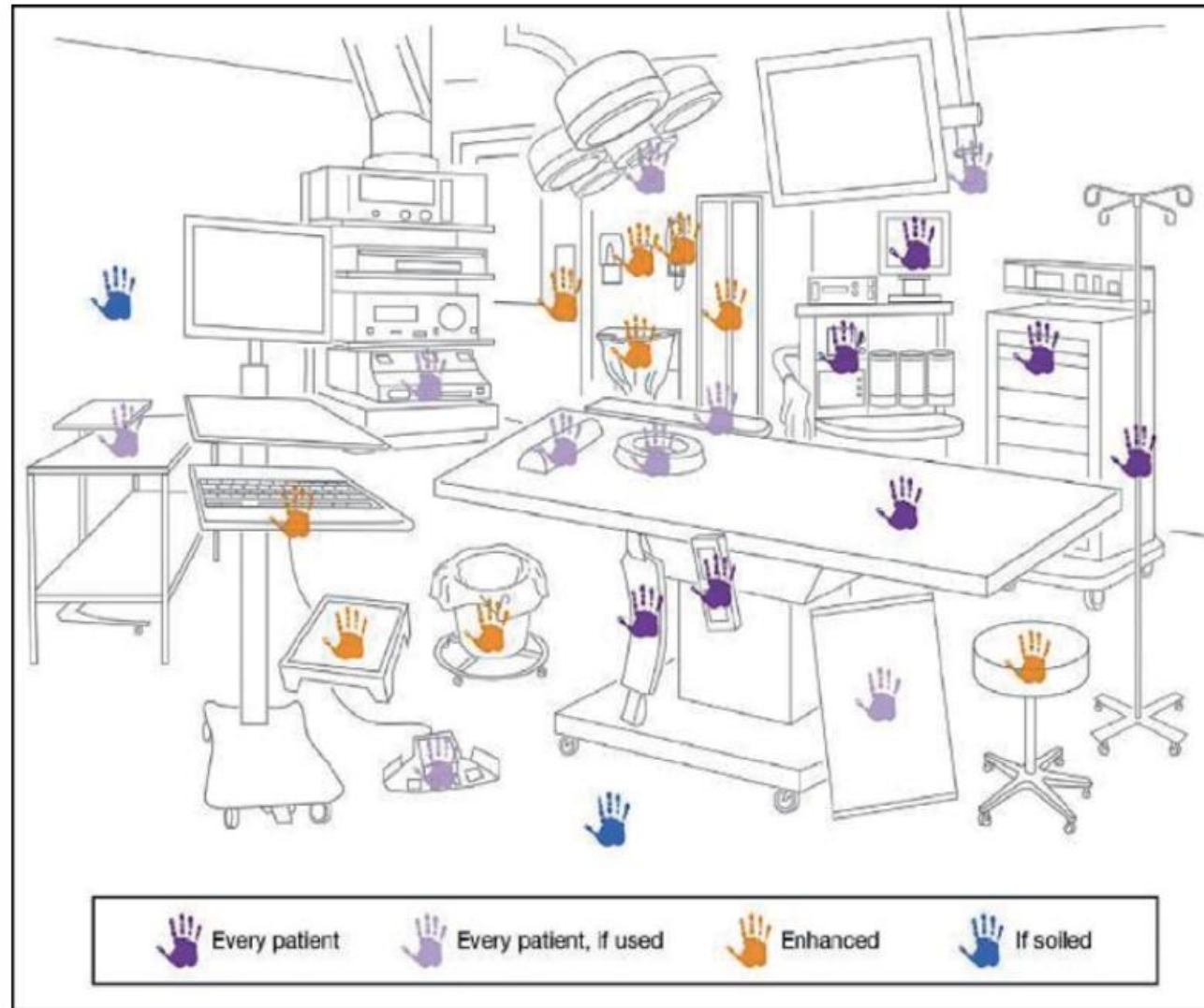
Type of Procedure	Recommended Agents <sup>a,b</sup>	Alternative Agents in Pts With $\beta$ -Lactam Allergy	Strength of Evidence <sup>c</sup>
Hip fracture repair	Cefazolin	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Implantation of internal fixation devices (e.g., nails, screws, plates, wires)	Cefazolin	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	C
Total joint replacement	Cefazolin	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
<b>Urologic</b>			
Lower tract instrumentation with risk factors for infection (includes transrectal prostate biopsy)	Fluoroquinolone, <sup>h,j</sup> trimethoprim-sulfamethoxazole, cefazolin	Aminoglycoside <sup>g</sup> with or without clindamycin	A
Clean without entry into urinary tract	Cefazolin (the addition of a single dose of an aminoglycoside may be recommended for placement of prosthetic material [e.g., penile prosthesis])	Clindamycin, <sup>d</sup> vancomycin <sup>d</sup>	A
Involving implanted prosthesis	Cefazolin $\pm$ aminoglycoside, cefazolin $\pm$ aztreonam, ampicillin-sulbactam	Clindamycin $\pm$ aminoglycoside or aztreonam, vancomycin + aminoglycoside or aztreonam	A
Clean with entry into urinary tract	Cefazolin (the addition of a single dose of an aminoglycoside may be recommended for placement of prosthetic material [e.g., penile prosthesis])	Fluoroquinolone, <sup>h,j</sup> aminoglycoside <sup>g</sup> with or without clindamycin	A
Clean-contaminated	Cefazolin + metronidazole, cefoxitin	Fluoroquinolone, <sup>h,j</sup> aminoglycoside <sup>g</sup> + metronidazole or clindamycin	A

## LỰA CHỌN KHÁNG SINH DỰ PHÒNG PHẪU THUẬT

Các loại phẫu thuật – thủ thuật	Khuyến cáo dự phòng	Kháng sinh thay thế nếu dị ứng Penicillin
<b>Các phẫu thuật, thủ thuật tiết niệu</b>		
Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng <sup>1</sup>	Cefazolin	Ciprofloxacin HOẶC gentamycin <sup>2</sup>
Phẫu thuật qua niệu đạo (Ví dụ: Cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo - TURP, cắt u bàng quang qua niệu đạo - TURBT, nội soi niệu quản, nội soi bàng quang niệu quản)	Cefazolin	Gentamycin <sup>2</sup>
Tán sỏi	Cefazolin	Gentamycin <sup>2</sup>
Cắt thận hoặc cắt bỏ tuyến tiền liệt triệt căn	Cefazolin	Clindamycin
Cắt bàng quang triệt căn; phẫu thuật hồi tràng; cắt bàng quang và tuyến tiền liệt hoặc cắt bàng quang, niệu đạo, âm đạo, tử cung và các mô ở thành tiểu khung.	Cefotetan	Clindamycin VÀ gentamycin <sup>2</sup>
Liên quan dương vật hoặc các phẫu thuật thay thế bộ phận giả khác.	[Cefazolin vancomycin] HOẶC gentamycin <sup>2</sup> VÀ	[Clindamycin vancomycin] HOẶC gentamycin <sup>2</sup> VÀ
<b>Phẫu thuật tim</b>		
Mở xương ức đường giữa, ghép tim <sup>3</sup>	Cefazolin	Vancomycin
Mở xương ức đường giữa, ghép tim ở người bệnh có tiền sử dùng dụng cụ hỗ trợ thất (VAD) hoặc có <i>tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA)</i> xâm nhập/nhiễm khuẩn <sup>3</sup>	Cefazolin VÀ vancomycin	Vancomycin
Đặt máy tạo nhịp hoặc máy khử rung tim (ICD)	Cefazolin	Clindamycin HOẶC vancomycin
Đặt máy tạo nhịp hoặc máy khử rung tim (ICD) ở người bệnh có <i>tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA)</i> xâm nhập/nhiễm khuẩn	Cefazolin VÀ vancomycin	Vancomycin
Đặt các dụng cụ hỗ trợ thất (VAD)	Cefazolin	Vancomycin
Đặt các dụng cụ hỗ trợ thất (VAD) ở người bệnh có <i>tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA)</i> xâm nhập/nhiễm khuẩn	Cefazolin VÀ vancomycin	Vancomycin
Đặt các dụng cụ hỗ trợ thất (VAD) ngực hở	Cefazolin VÀ vancomycin đến khi đóng ngực	Vancomycin VÀ ciprofloxacin đến khi đóng ngực
<b>Phẫu thuật mạch máu</b>		
Thủ thuật mạch cảnh và mạch cảnh tay đầu không đặt graft	Không khuyến cáo dự phòng	Không khuyến cáo dự phòng
Thủ thuật mạch chi trên có đặt graft và thủ	Cefazolin	Clindamycin HOẶC
<b>MỨC ĐỘ GIÁ TRỊ BẰNG CHỨNG</b>	<b>Ý NGHĨA</b>	
Mức độ I hay A (Mạnh)	Bằng chứng có được từ nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng hay tổng quan hệ thống (systematic review of studies)	
Mức độ II hay B (Trung bình)	Bằng chứng có được từ nghiên cứu không chọn ngẫu nhiên (nghiên cứu Cohort, nghiên cứu bệnh chứng, nghiên cứu loại ca...)	
Mức độ III hay C (Nhẹ)	Bằng chứng có được từ nghiên cứu từng ca, kể cả những dữ liệu về nhạy cảm kháng sinh mà không gắn với mô tả lâm sàng.	



Figure 3.3.1. Example of cleaning frequencies in preoperative and postoperative care areas







# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## VI KHUẨN KỶ KHÍ

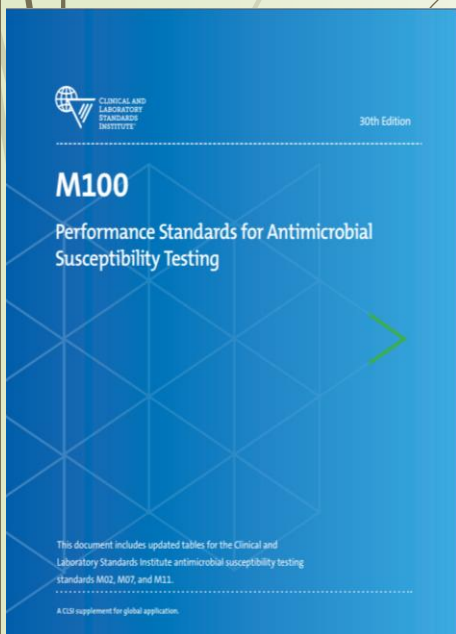


Table 1C  
Suggested Anaerobe Groupings  
M11

Table 1C. Suggested Groupings of Antimicrobial Agents Approved by the US Food and Drug Administration for Clinical Use That Should Be Considered for Testing and Reporting on Anaerobic Organisms by Microbiology Laboratories in the United States

Group A: Includes antimicrobial agents considered to be appropriate for inclusion in a routine, primary testing panel, as well as for routine reporting of results for the specific organism group.	
Gram-Negative Anaerobes	Gram-Positive Anaerobes <sup>a</sup>
Amoxicillin-clavulanate Ampicillin-sulbactam Piperacillin-tazobactam	Ampicillin <sup>b</sup> Penicillin <sup>b</sup> Amoxicillin-clavulanate Ampicillin-sulbactam Piperacillin-tazobactam
Clindamycin	Clindamycin
Doripenem Ertapenem Imipenem Meropenem	Doripenem Ertapenem Imipenem Meropenem
Metronidazole	Metronidazole
Group C: Includes alternative or supplemental antimicrobial agents that may require testing in institutions that harbor endemic or epidemic strains resistant to several of the primary drugs, for treatment of patients allergic to primary drugs, for treatment of unusual organisms, or for reporting to infection prevention as an epidemiological aid.	
Penicillin <sup>b</sup> Ampicillin <sup>b</sup>	Cefotetan Cefoxitin
Cefotetan Cefoxitin	Ceftizoxime Ceftriaxone
Ceftizoxime Ceftriaxone	Moxifloxacin
Chloramphenicol	Tetracycline
Moxifloxacin	

### Footnotes

- a. Many non-spore-forming, gram-positive anaerobic rods are resistant to metronidazole (see Appendix D).
- b. If  $\beta$ -lactamase positive, report as resistant to penicillin and ampicillin. Be aware that  $\beta$ -lactamase-negative isolates may be resistant to penicillin and ampicillin by other mechanisms.

Lưu ý: Các kháng sinh trùng phổ kỵ khí



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 2. LIỀU DÙNG KSDP

Đủ liều theo  
khuyến cáo

Antimicrobial	Recommended Dose		Half-life in Adults With Normal Renal Function, hr <sup>19</sup>	Recommended Redosing Interval (From Initiation of Preoperative Dose), hr <sup>c</sup>
	Adults <sup>a</sup>	Pediatrics <sup>b</sup>		
Ampicillin-sulbactam	3 g (ampicillin 2 g/sulbactam 1 g)	50 mg/kg of the ampicillin component	0.8-1.3	2
Ampicillin	2 g	50 mg/kg	1-1.9	2
Aztreonam	2 g	30 mg/kg	1.3-2.4	4
Cefazolin	2 g, 3 g for pts weighing $\geq 120$ kg	30 mg/kg	1.2-2.2	4
Cefuroxime	1.5 g	50 mg/kg	1-2	4
Cefotaxime	1 g <sup>d</sup>	50 mg/kg	0.9-1.7	3
Cefoxitin	2 g	40 mg/kg	0.7-1.1	2
Cefotetan	2 g	40 mg/kg	2.8-4.6	6
Ceftriaxone	2 g <sup>e</sup>	50-75 mg/kg	5.4-10.9	NA
Ciprofloxacin <sup>f</sup>	400 mg	10 mg/kg	3-7	NA
Clindamycin	900 mg	10 mg/kg	2-4	6
Ertapenem	1 g	15 mg/kg	3-5	NA
Fluconazole	400 mg	6 mg/kg	30	NA
Gentamicin <sup>g</sup>	5 mg/kg based on dosing weight (single dose)	2.5 mg/kg based on dosing weight	2-3	NA
Levofloxacin <sup>f</sup>	500 mg	10 mg/kg	6-8	NA
Metronidazole	500 mg	15 mg/kg	6-8	NA

Neonates weighing <1200 g should receive a single 7.5-mg/kg dose

**BỔ  
SUNG  
LIỀU**

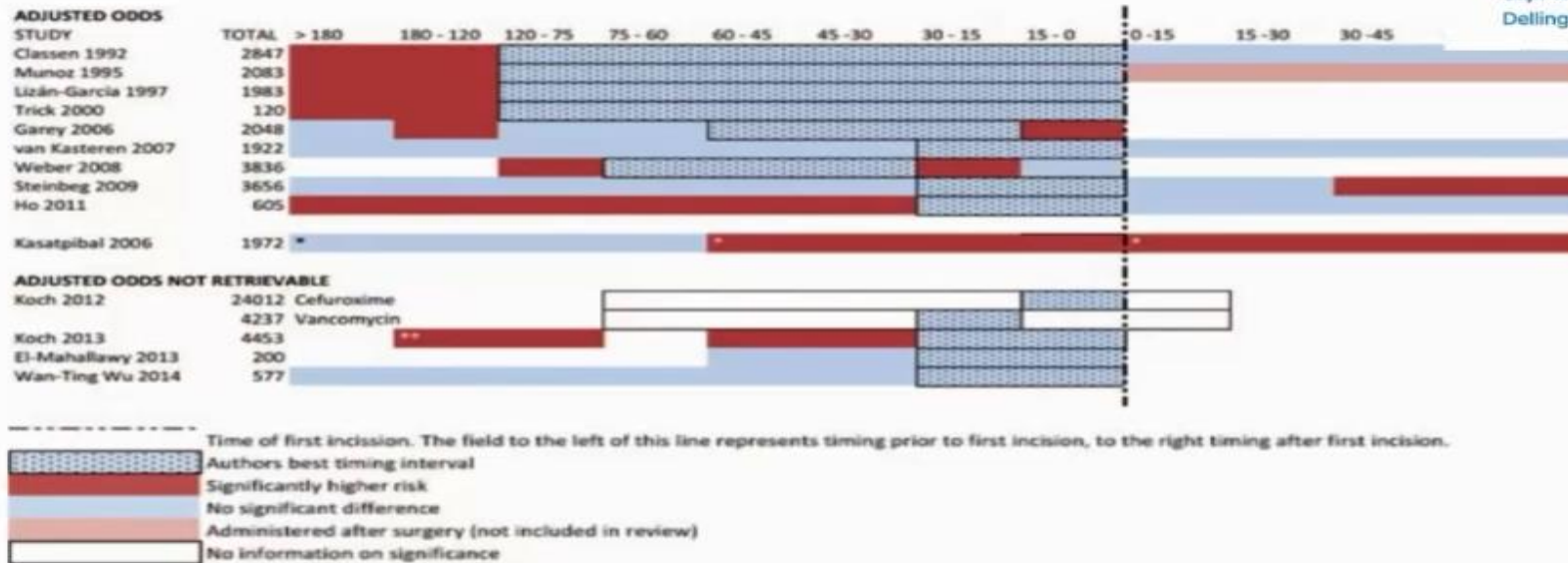
Bộ y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Bratzler D.W.(2013), "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", American journal of Health- system pharmacy



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 3. Thời điểm dùng KSDP



Review > Medicine (Baltimore). 2017 Jul;96(29):e6903.  
doi: 10.1097/MD.00000000000006903.

Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis

Stijn Willem de Jonge<sup>1</sup>, Sarah L Gans, Jasper J Atema, Joseph S Solomkin, Patchen E Dellinger, Marja A Boermeester

Khoảng thời gian thích hợp nhất

- Mục tiêu:  $C > MIC_{vi\text{ khuẩn}}$  tại thời điểm rạch da
- Trong vòng 60 phút trước phẫu thuật (120 phút đối với vancomycin và ciprofloxacin)





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 4. BỔ SUNG LIỀU KHÁNG SINH

Table 1.  
Recommended Doses and Redosing Intervals for Commonly Used Antimicrobials for Surgical Prophylaxis

Antimicrobial	Recommended Dose		Half-life in Adults With Normal Renal Function, hr <sup>19</sup>	Recommended Redosing Interval (From Initiation of Preoperative Dose), hr <sup>c</sup>
	Adults <sup>a</sup>	Pediatrics <sup>b</sup>		
Ampicillin-sulbactam	3 g (ampicillin 2 g/sulbactam 1 g)	50 mg/kg of the ampicillin component	0.8–1.3	2
Ampicillin	2 g	50 mg/kg	1–1.9	2
Aztreonam	2 g	30 mg/kg	1.3–2.4	4
Cefazolin	2 g, 3 g for pts weighing ≥120 kg	30 mg/kg	1.2–2.2	4
Cefuroxime	1.5 g	50 mg/kg	1–2	4
Cefotaxime	1 g <sup>d</sup>	50 mg/kg	0.9–1.7	3
Cefoxitin	2 g	40 mg/kg	0.7–1.1	2
Cefotetan	2 g	40 mg/kg	2.8–4.6	6
Ceftriaxone	2 g <sup>e</sup>	50–75 mg/kg	5.4–10.9	NA
Ciprofloxacin <sup>f</sup>	400 mg	10 mg/kg	3–7	NA
Clindamycin	900 mg	10 mg/kg	2–4	6
Ertapenem	1 g	15 mg/kg	3–5	NA
Fluconazole	400 mg	6 mg/kg	30	NA
Gentamicin <sup>g</sup>	5 mg/kg based on dosing weight (single dose)	2.5 mg/kg based on dosing weight	2–3	NA
Levofloxacin <sup>f</sup>	500 mg	10 mg/kg	6–8	NA
Metronidazole	500 mg	15 mg/kg	6–8	NA

Neonates weighing <1200 g should receive a single 7.5-mg/kg dose

- Mục tiêu:  $C > MIC_{vi\text{ khuẩn}}$  trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Lập lại phụ thuộc vào: lượng máu mất trong phẫu thuật,  $T_{PT}$ ,  $T_{1/2}$
- Thông thường lập lại khi  $T_{PT} > 2T_{1/2}$  hoặc mất  $> 1,5L$  máu (TE: 25ml/kg)





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 5. Thời gian dùng KSDP

- Khuyến cáo dùng KSDP dùng trong vòng 24h sau phẫu thuật (sạch, sạch nhiễm, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước phẫu thuật)

ASHP REPORT

### Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery

DALE W. BRATZLER, E. PATCHEN DELLINGER, KEITH M. OLSEN, TRISH M. PERL, PAUL G. AUWAERTER, MAUREEN K. BOLON, DOUGLAS N. FISH, LENA M. NAPOLITANO, ROBERT G. SAWYER, DOUGLAS SLAIN, JAMES P. STEINBERG, AND ROBERT A. WEINSTEIN

*Am J Health-Syst Pharm.* 2013; 70:193-203

**T**hese guidelines were developed jointly by the American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), the Infectious Diseases Society of America (IDSA), the Surgical Infection Society (SIS), and the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). This work rep-

resents the prevention of an infection and can be characterized as primary prophylaxis, secondary prophylaxis, or eradication. Primary prophylaxis refers to the prevention of an initial infection. Secondary prophylaxis refers to the prevention of recurrence or reactiva-

tion of the revised guidelines. The work of the panel was facilitated by faculty of the University of Pittsburgh School of Pharmacy and University of Pittsburgh Medical Center Drug Use and Disease State Management Program who served as contract researchers and writers for the project.

(3) safe, and (4) administered for the shortest effective period to minimize adverse effects, the development of resistance, and costs.<sup>8,59,60</sup>

\*The antimicrobial agent should be started within 60 minutes before surgical incision (120 minutes for vancomycin or fluoroquinolones). While single-dose prophylaxis is usually sufficient, the duration of prophylaxis for all procedures should be less than 24 hours. If an agent with a short half-life is used (e.g., cefazolin, cefoxitin), it should be readministered if the procedure duration exceeds the recommended redosing interval (from the time

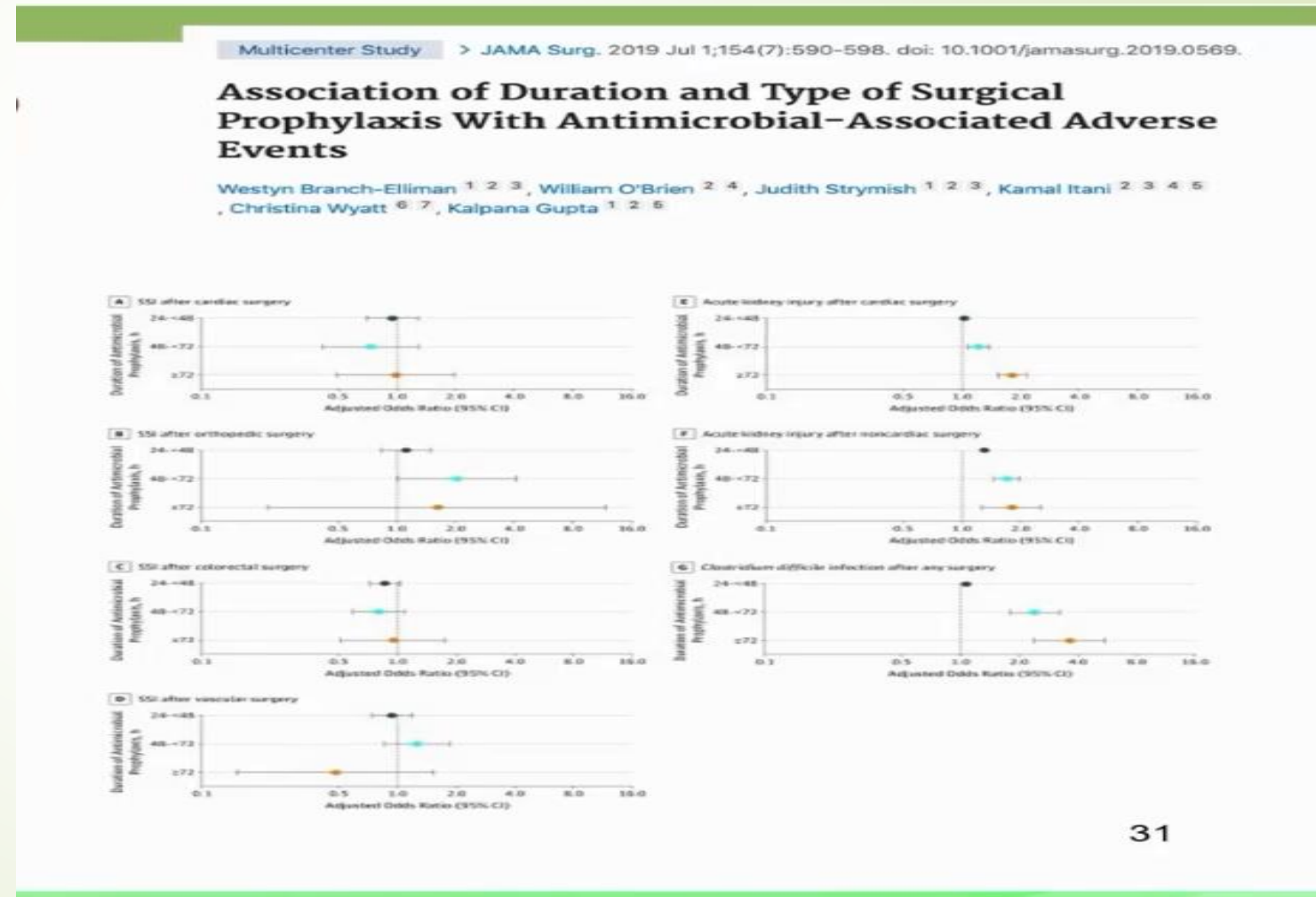


# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 5. THỜI GIAN DÙNG KSDP

Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm hơn 92.000 BN năm 2019 với các PT tim, xương khớp, đại trực tràng cho thấy khi kéo dài KSDP > 24h:

- Không làm giảm NKVM
- Làm tăng tỷ lệ BN suy thận cấp
- Tăng tỷ lệ nhiễm *Clostridium difficile*



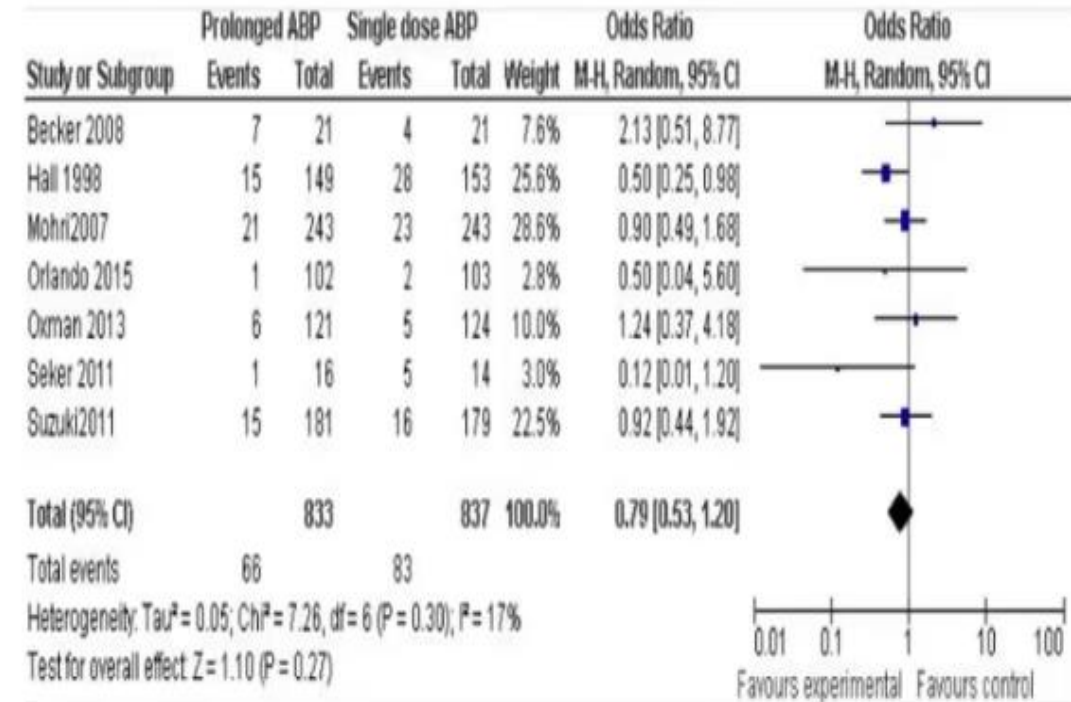


# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 5. Thời gian dùng KSDP

Theo WHO, 2016:

- Không nên kéo dài KSDP chỉ với mục đích dự phòng (bằng chứng thấp)
- Việc kéo dài KSDP không có chứng cứ rõ về lợi ích hay tác hại



### Recommendation

The panel recommends against the prolongation of SAP administration after completion of the operation for the purpose of preventing SSI.  
(Strong recommendation/moderate quality of evidence)





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## 5. THỜI GIAN DÙNG KSDP

Table 4.24.1. Recommendations on SAP according to available guidelines

Guidelines (date issued)	Recommendations on SAP duration
<b>SHEA/IDSA (2014) (17)</b>	Stop agent within 24 hours after the procedure for all procedures.
<b>American Society of Health-System Pharmacists (1)</b>	Discontinue antibiotic prophylaxis within 24 hours after surgery.
<b>NICE (2008) (19)</b>	Consider giving a single dose of antibiotic prophylaxis intravenously on starting anaesthesia.
<b>The Royal College of Physicians of Ireland (2012) (21)</b>	With the exception of a small number of surgical indications (see below), the duration of surgical prophylaxis should be a single dose.  Duration of prophylaxis involving more than a single dose, but not for more than 24 hours: open reduction and internal fixation of compound mandibular fractures, orthognathic surgery, complex septorhinoplasty (including grafts), head and neck surgery.  Duration for more than 24 hours, but not for more than 48 hours: open heart surgery.
<b>USA Institute for Healthcare Improvement: surgical site infection (2012) (18)</b>	Discontinue antibiotic prophylaxis within 24 hours and 48 hours for cardiac patients.
<b>SIGN: Antibiotic prophylaxis in surgery (2014) (20)</b>	A single dose of antibiotic with a long enough half-life to achieve activity throughout the operation is recommended. Up to 24 hours of antibiotic prophylaxis should be considered for arthroplasty.
<b>UK High impact intervention bundle (2011) (22)</b>	Appropriate antibiotics were administered within 60 minutes prior to incision and only repeated if there was excessive blood loss, a prolonged operation or during prosthetic surgery.

SAP: surgical antibiotic prophylaxis; SHEA: Society for Healthcare Epidemiology of America; IDSA: Infectious Diseases Society of America; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## Điều trị nhiễm khuẩn sau mổ

Chẩn đoán - xác định mức độ nhiễm khuẩn

Định hướng tác nhân gây bệnh chính

Lựa chọn kháng sinh

Đánh giá đáp ứng, điều chỉnh kháng sinh



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## VAI TRÒ CỦA BAN QUẢN LÝ SDKS TRONG SỬ DỤNG KHÁNG SINH



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 5631 /QĐ-BYT

*Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2020*

## **QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng  
kháng sinh trong bệnh viện”**

### **3. Xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng phẫu thuật**

3.1. ~~Tùy theo điều kiện cụ thể của từng chuyên khoa tại bệnh viện, xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng phẫu thuật. Hướng dẫn này cần căn cứ trên đặc điểm người bệnh, đặc điểm phẫu thuật, tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và đề kháng kháng sinh của vi sinh vật gây bệnh phân lập từ nhiễm khuẩn vết mổ và thực trạng công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện.~~

3.2. Một số nội dung cần chú ý khi xây dựng hướng dẫn:

- ✓ Phân loại phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ hoặc các nhiễm khuẩn liên quan đến phẫu thuật: Sạch, Sạch- Nhiễm, Nhiễm và Bản.
- ✓ Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng
- ✓ Lựa chọn loại kháng sinh, liều lượng, đường dùng, thời điểm sử dụng, thời gian sử dụng.
- ✓ Theo dõi và đánh giá bệnh nhân trong quá trình sử dụng kháng sinh dự phòng.



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## MỤC TIÊU CỦA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ SỬ DỤNG KS

- ❖ Bảo đảm hầu hết BN nhận được KS **thích hợp từ liệu đầu tiên.**
- ❖ Giảm số ngày sử dụng KS và số ngày nằm viện.
- ❖ Giảm biến cố bất lợi và tử vong liên quan đến việc dùng kháng sinh,
- ❖ Giảm chi phí SDKS,
- ❖ Giảm khả năng xuất hiện đề kháng KS





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## BIỆN PHÁP QUẢN LÝ SỬ DỤNG KSDP

Các vấn đề cần tìm hiểu:

- ❖ Tìm hiểu điều kiện tại cơ sở (phối hợp với khoa KSNK: xác định mức độ sạch, phương tiện PM, cấy mẫu dụng cụ PM, bàn tay NVYT...). **Phải đảm bảo điều kiện chuẩn**
- ❖ Tâm lý của bác sĩ ngoại khoa (lo ngại NKVM, quen sử dụng KS kéo dài sau PT) phải có chứng cứ thuyết phục.
  - Nước ngoài: kết quả các NC
  - Trong nước: các bệnh viện đã thực hiện tốt, thực hiện NC tại bệnh viện

# BAN QUẢN LÝ SỬ DỤNG KS BV BẠC LIÊU

SỞ Y TẾ BẠC LIÊU  
BỆNH VIỆN ĐK BẠC LIÊU

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 147/QĐ-BV

Bạc Liêu, ngày 23 tháng 01 năm 2022

## QUYẾT ĐỊNH

Về việc thành lập Ban quản lý sử dụng kháng sinh trong Bệnh viện

### GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU

Căn cứ Quyết định số 15/QĐ-UB ngày 18/01/1997 của Chủ tịch UBND tỉnh Bạc Liêu về việc thành lập Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu và quy định chức năng, quyền hạn, nhiệm vụ của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu;

Căn cứ Thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/8/2013 của Bộ Y tế về việc quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và Điều trị trong bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện";

Theo đề nghị của Thường trực Hội đồng Thuốc và Điều trị Bệnh viện,

## QUYẾT ĐỊNH

**Điều 1.** Thành lập Ban quản lý sử dụng kháng sinh của Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu gồm các thành viên sau:

01. Ông Nguyễn Ích Tuấn	P. Giám đốc	Trưởng Ban
02. Ông Trần Quốc Sử	P. Giám đốc	Phó Ban
03. Ông Hồ Hải Đăng	Dược sĩ lâm sàng	Thư ký
04. Bà Đoàn Xuân Thảo	PTP. KHTH	Thành viên
05. Ông Đinh Xuân Phước	TK. Nhiễm	Thành viên
06. Ông Quách Văn Lực	TK. HSTC & CĐ	Thành viên
07. Ông Lương Hồng Danh	TK. Nội TH	Thành viên
08. Ông Dương Thanh Tùng	TK. Ngoại TH	Thành viên
09. Ông Lê Thanh Châu	TK. Ung bướu	Thành viên
10. Bà Đỗ Thị Yến	TK. Nhi	Thành viên
11. Ông Cao Minh Trung	PK. CTCH	Thành viên
12. Ông Tô Phú Khánh	TK. Điều trị COVID-19	Thành viên
13. Ông Hoàng Minh Hoàn	K. PTGM-HS	Thành viên
14. Bà Đặng Phụng Trang	TP. Điều dưỡng	Thành viên
15. Ông Nguyễn Văn Ký	TK. KSNK	Thành viên
16. Ông Viên Cẩm Tử	TK. Dược	Thành viên
17. Ông Đỗ Bảo Tường	PTK. Dược	Thành viên
18. Bà Nguyễn Thị Xuân	Dược sĩ lâm sàng	Thành viên
19. Ông Lại Hào Kiệt	Dược sĩ lâm sàng	Thành viên
20. Ông Nguyễn Quốc Trung	PK. Xét nghiệm	Thành viên
21. Bà Quách Ngọc Dung	Phòng QLCL	Thành viên

**Điều 2.** Ban quản lý sử dụng kháng sinh có nhiệm vụ giúp Giám đốc Bệnh viện trong việc: xây dựng các quy định về sử dụng kháng sinh; giám sát sử dụng và giám sát đề kháng kháng sinh tại bệnh viện; triển khai can thiệp nâng cao chất lượng sử dụng kháng sinh; đào tạo tập huấn cho nhân viên y tế trong bệnh viện; đánh giá thực hiện, báo cáo và phản hồi thông tin.

**Điều 3.** Tổ chức hoạt động của Ban quản lý sử dụng kháng sinh triển khai theo "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện" ban hành theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

**Điều 4.** Các Ông/Bà có tên tại Điều 1 căn cứ Quyết định thi hành. Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 1;
- HD Thuốc và ĐT
- Lưu: VT; P.KHTH.





# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## SỬ DỤNG HỢP LÝ KSDP TỔNG HỢP TỪ CÁC NC

Tác giả chính	Tỷ lệ hợp lý của kháng sinh dự phòng (%)					
	Chỉ định	Liều	Thời điểm	Bổ sung liều	Thời gian	Chung
<b>Bùi Hồng Ngọc*</b> BV Bình Dân 2018	65,4% → <b>91,8%</b>	95,1% → <b>99,4%</b>	81,0% → <b>94,9%</b>	-	61,7% → 76,1%	42,0% → 68,6%
<b>Đỗ Bích Ngọc*</b> BV ĐH YD TP.HCM 2019	36,4% → 69,1%	76,3% → <b>86,8%</b>	80,4% → <b>96,4%</b>	-	39,3% → 84,6%	13,0% → 74,0%
<b>Khan Z.</b>	32%	100%	39,5%	-	-	-
<b>Karamchandani K.</b>	<b>80%</b>	45%	<b>89%</b>	9,2%	-	23,8%
<b>Tiri B.*</b>	78,4% → 78,4%	69,7% → <b>83,8%</b>	-	-	-	40,2% → 51,1%
<b>Satti M. Z.</b>	57,3%		<b>100%</b>		52,7%	49,3%

\*Các nghiên cứu có so sánh giữa các giai đoạn can thiệp



# CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO QUẢN LÝ SỬ DỤNG KHÁNG SINH

## KẾT LUẬN

- ❖ Sử dụng KSDP là biện pháp quan trọng (không phải là duy nhất) để phòng ngừa NKVM.
- ❖ Bệnh viện cập nhật, xây dựng phác đồ sử dụng KSDP phù hợp
- ❖ Ban giám đốc, Ban QLSDKS cần có biện pháp khuyến khích, hỗ trợ và giám sát sử dụng KSDP nhằm kiểm soát SDKS tại bệnh viện.



# BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU



SỨC KHỎE - HẠNH PHÚC

CHỖ ĐÓNG PHÂN, CHỖ ĐÓNG BỆNH COVID-19  
ĐÂY LÀ TRÁCH NHIỆM CỦA MỌI NGƯỜI  
MỖI LÀ BẢO VỆ BẠN THÂN, GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG

SỞ DƯNG NGUYỄN VĂN LUYỆN VÀ CẤP PHẢN

TRƯỜNG LÊ NGUYỄN THẾ GIỚI KHÔNG THUỐC LÁ SỐ 5  
VÀ TUYÊN LÊ QUỐC GIỚI KHÔNG THUỐC LÁ SỐ 11/19/2022

NHÀ THUỐC  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU

KHU VỰC  
CÁM ĐẠO XE



CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP