



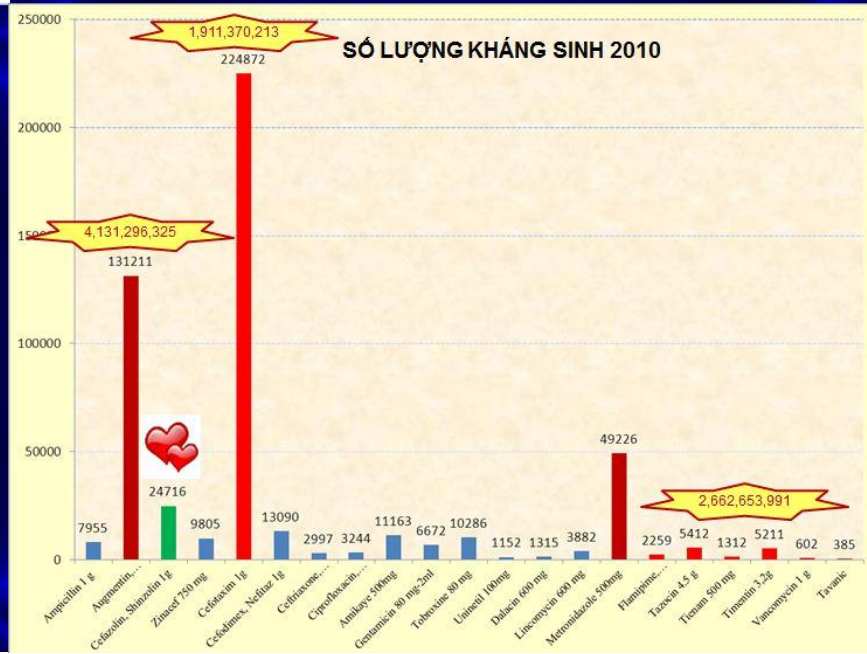
TỔNG KẾT DUỢC LÂM SÀNG KHOA SANH

Ds. Đặng Thị Thuận Thảo
 Phòng Dược Lâm Sàng, Thông Tin Thuốc
 Khoa Dược, Bệnh viện Từ Dũ

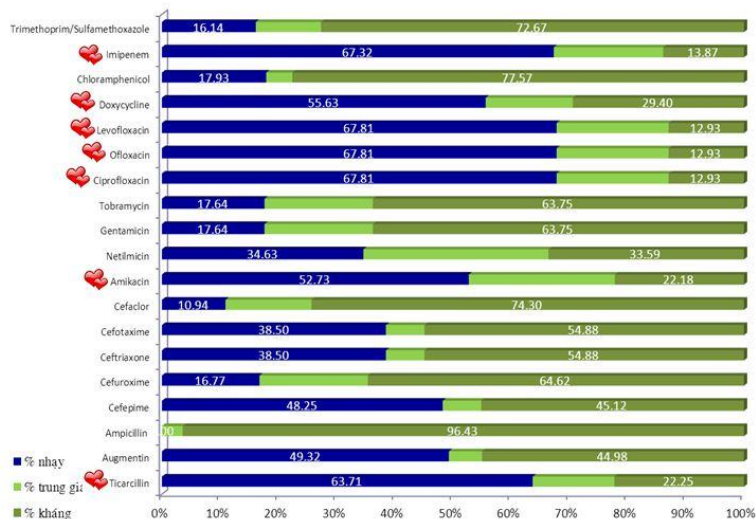
Nội dung

1. Tình hình đề kháng kháng sinh BVTD 2010
2. Giá trị của test kháng sinh
3. Quy trình quản lý ADR tại BVTD
4. Chỉ định kháng sinh
5. Betene (theo chuẩn Quốc Gia 2009)
6. Metronidazol và Gentamicin đối với phụ nữ cho con bú

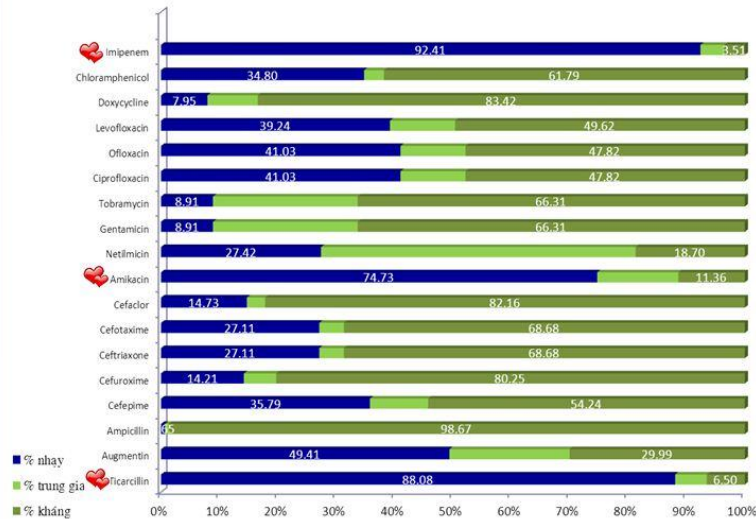
TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH Bệnh viện Từ Dũ



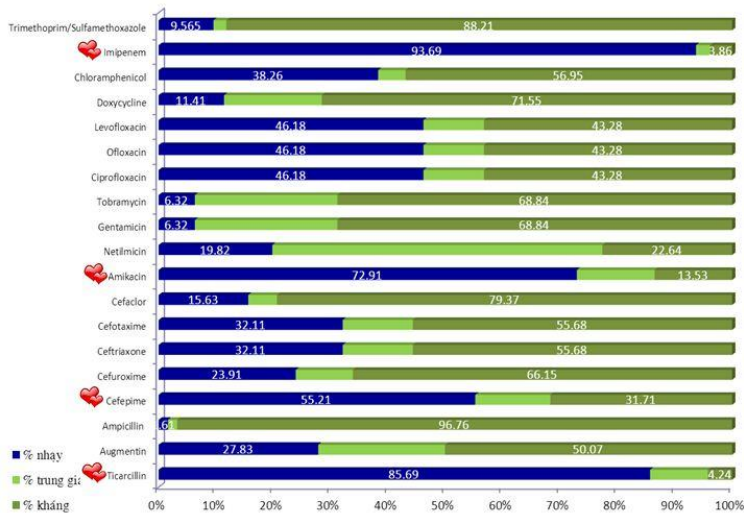
Đề kháng Acinetobacter năm 2010



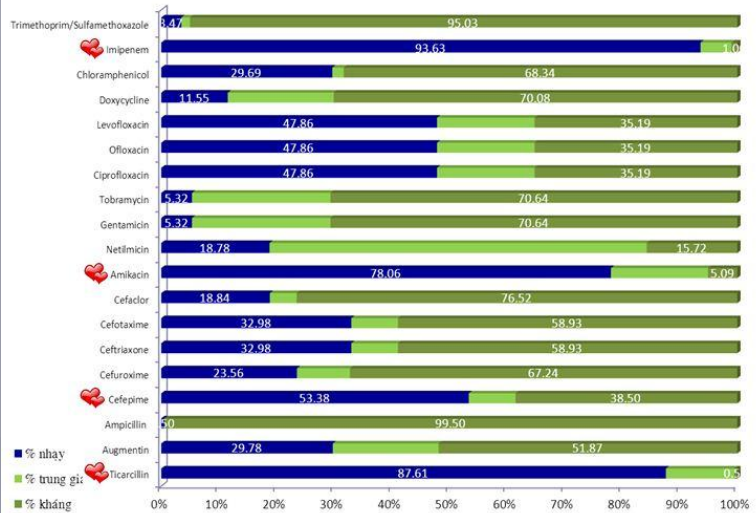
Đề kháng Ecoli năm 2010



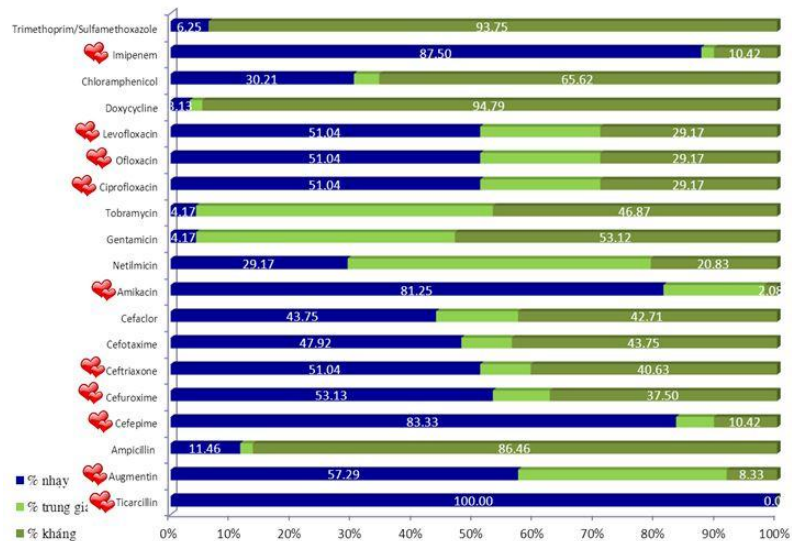
Đề kháng Enterobacter năm 2010



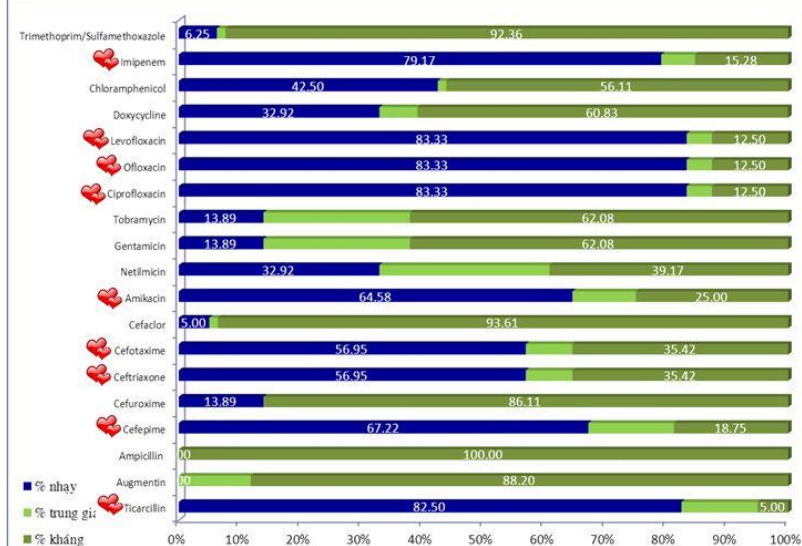
Đề kháng Klebsiella năm 2010



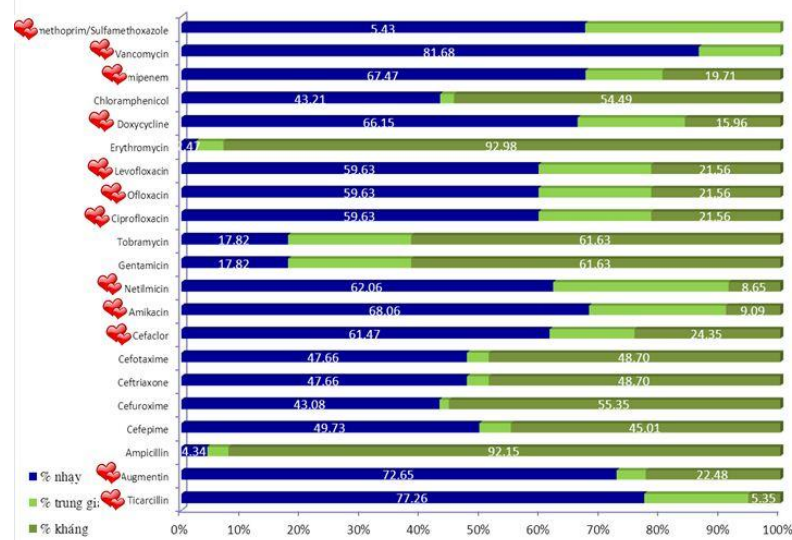
Đề kháng Proteus năm 2010



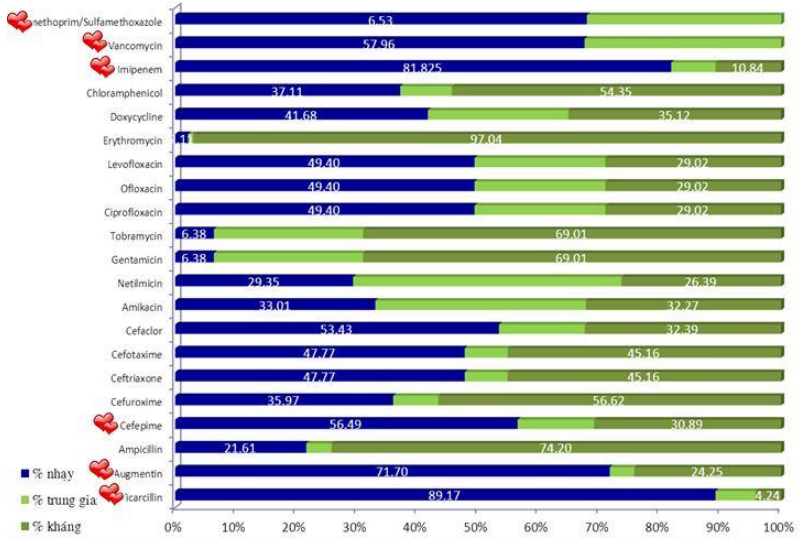
Đề kháng Pseudomonas năm 2010



Đề kháng Staphylococcus năm 2010



Đề kháng Streptococci năm 2010



MỘT SỐ VẤN ĐỀ QUY CHẾ DƯỢC

Xin lưu ý

- Một số thuốc không đánh số khi chỉ định:
– Nospa, Methylethergometrine, Misoprostol

MỘT SỐ HỒ SƠ BỆNH ÁN

Xin lưu ý

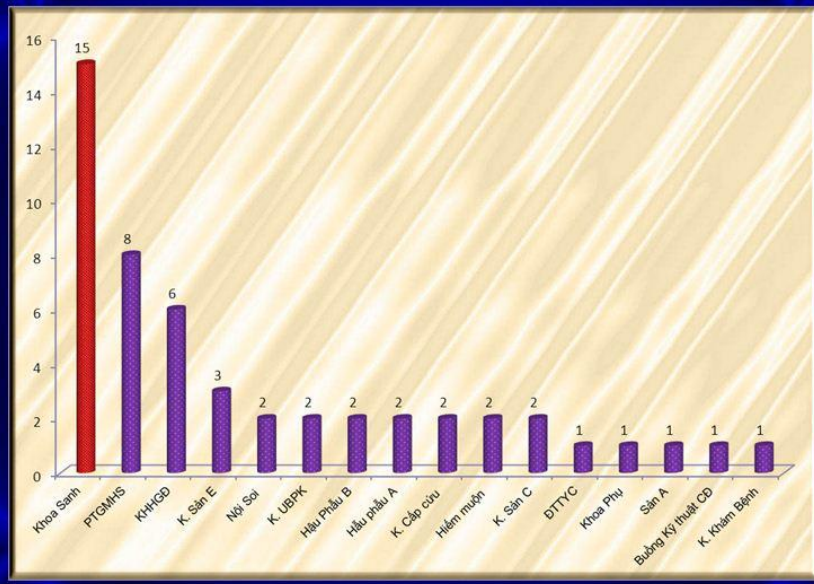
- SNV 027644, ĐTH, 1986, para 0000
- NV 25/5/2010, BHYT, tiền căn không dị ứng thuốc
- 24/5
 - 23h, CC: ối vỡ còn màng, màu trắng trong, nitrazine (+), ngôi đầu. CĐ: con so, thai 34.5 tuần, ngôi đầu, OVN
- 25/5
 - 17h25, PS, CĐ: **con so, thai 34.5 tuần**, ngôi đầu, OVN giờ 18.
XT: Augmentine 1.2g 1lo TMC (test) thực hiện thuốc 18g15,
Betene 5.2mg 3 ống (TMC)
- 26/5
 - 4g, CTC 4cm xóa 70% chắc, ngôi đầu áp CTC ối vỡ hoàn toàn
 - 5g, CTC 5cm xóa 70% chắc, ngôi đầu cao, ối vỡ.
XT: Augmentine 1.2g 1lo TMC (test) thực hiện thuốc 5g40
 - 6g15, sản phụ rặn thoát âm 1 bé



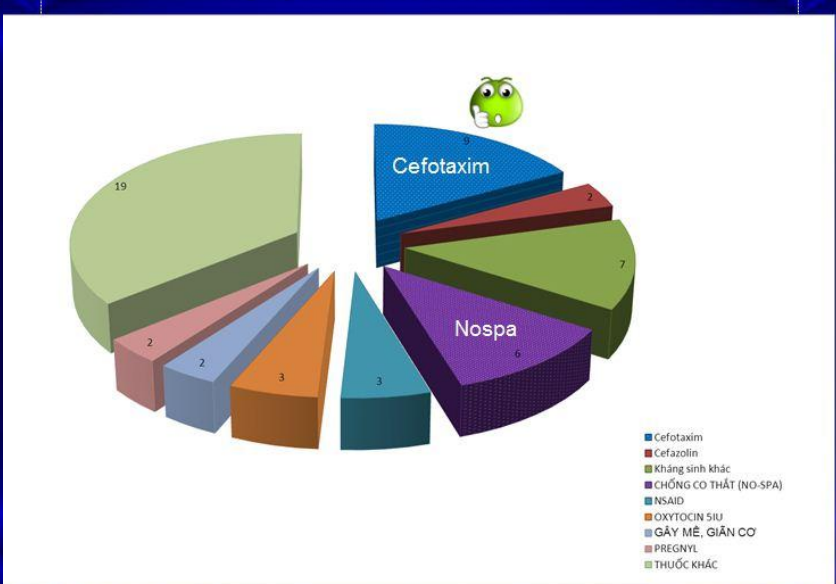
- Việc chỉ định test kháng sinh và test lại kháng sinh trên đối tượng phụ nữ mang thai?
- Dự phòng ối vỡ non bằng Augmentine?
- Chỉ định Betene?

Giá trị Test Kháng Sinh

Số báo cáo ADR các Khoa – BVTD - 2010



Tỷ lệ các thuốc ADR năm 2010



Các ca dị ứng Nospa từ năm 2001-2010 Bệnh viện Từ Dũ

16/04/2004	Nospa TB	Chinoin Budapest 0051202 HD 12/2007	Nổi mẩn đỏ vùng mông, ngứa Sau khi tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Lương Thị Hiền 28 tuổi	Sân A
14/04/2004	Nospa TB	Chinoin Budapest 01100203 HD 2/2008	Nổi mẩn đỏ vùng tiêm Sau khi tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Dương Thị Diễm 32 tuổi	Sân A
14/04/2009	Nospa TMC	Chinoin Budapest 27420308 HD03/2013	Ngực chỗ tiêm nổi mẩn đỏ, HA và mạch bình thường Sau khi tiêm 20ml/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Nguyễn Phùng Thanh Thủy 20 tuổi	Khoa Sanh
25/05/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 9001480209 HD 02/2014	BN nổi mẩn đỏ ngay từ chỗ tiêm đến phần da cơ delta Sau khi tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Nguyễn Thị Tuyết Hằng 29 tuổi	Khoa Sanh
28/05/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 9001480309 HD 03/2014	BN thấy ngứa nơi cánh tay tiêm, chóng mặt, HA và mạch bình thường Sau khi tiêm thuốc 5 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Nguyễn Thị Ngọc Long 28 tuổi	Khoa Sanh
31/05/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 9001480309 HD 03/2014	BN xuất hiện 3 mẩn đỏ nơi cánh tay tiêm (nổi phồng trắng có viền đỏ, không ngứa), HA và mạch bình thường Sau khi tiêm thuốc 5 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Nguyễn Thị Huỳnh Liên 25 tuổi	Khoa Sanh
13/6/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 9002120309 HD 03/2014	BN nổi nhiều mẩn đỏ, không mệt, không khó thở, HA 10/6cmHg, M 86l/p Sau khi tiêm thuốc 10 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Ngô Thị Thanh 23 tuổi	Khoa Sanh
20/07/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 900180209 HD 02/2014	BN nổi mẩn đỏ và ngứa vùng cánh tay chích thuốc, mạch huyết áp bình thường Sau khi tiêm thuốc 5 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Nguyễn Thị Hoàng Phương 27 tuổi	Khoa Sanh
20/07/2010	Nospa TMC	Chinoin Budapest 900180209 HD 02/2014	BN nổi mẩn đỏ và ngứa vùng cánh tay chích thuốc khi chích được 1/2 ống, mạch huyết áp bình thường Sau khi tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Trần Thị Ngọc Quyên 23 tuổi	Khoa Sanh

Số ca ADR có test kháng sinh âm tính tại Khoa Sanh

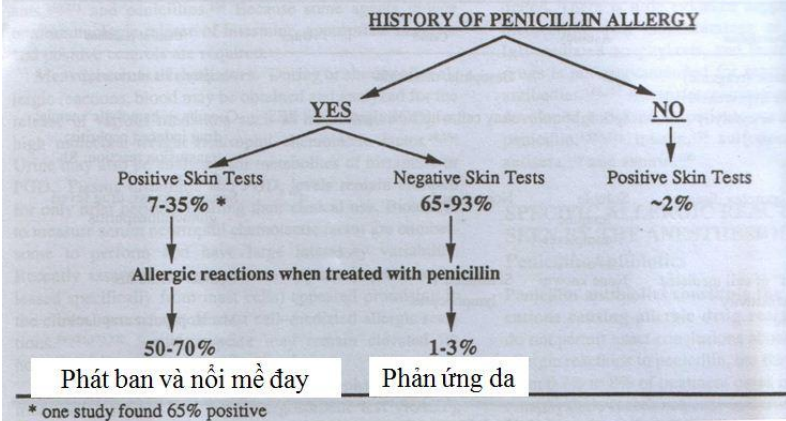
Năm	Số ca ADR có test da âm tính/ số ca ADR do kháng sinh tại Khoa Sanh	Tỷ lệ
2010	6/8	75%
2009	6/6	100%
2008	1/3	33.3%
2007	9/11	81.8%
2006	6/6	100%

Những trường hợp ADR có Test kháng sinh âm tính tại Khoa Sanh năm 2010

11/01/2010	Cefotaxim TMC	Mekophar 09011TN HD 10/2012	BN khó thở, đau ngực, nổi mẩn đỏ ngứa ở bụng, cổ, mắt, mặt phù Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc 1 giờ/ không có tiền căn dị ứng thuốc, bệnh lý tiêu cầu giảm	Lê Thị Thanh Thủy 35 tuổi
06/03/2010	Shinzolin TMC	Shinpoong Deawoo SLV9001 HD 08/2011	BN ngứa, nổi mẩn đỏ ở cẳng tay, không khó thở, tiếp xúc tốt, HA 10/6cmHg, M 92l/p Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc 15 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Trương Thị Diệp 29 tuổi
07/04/2010	Cefotaxim TMC	Mekophar 10002TN HD 03/2013	BN ngứa vùng mặt, nổi mẩn đỏ 2 tay, không mệt, không khó thở, không nôn, HA 9/6cmHg Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc 20 phút/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Huỳnh Thị Ngọc Huyền 21 tuổi
29/04/2010	Cefotaxim TMC	Mekophar 10004TN HD 04/2013	BN nổi mẩn đỏ, mệt, khó thở Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Ngô Thị Minh Trang 34 tuổi
08/06/2010	Cefotaxim TMC	Mekophar 10004TN HD 04/2013	BN nổi mẩn ngứa toàn thân, không khó thở, M 90l/p, HA 12/7cmHg, tim đều, phổi trong Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Bùi Thị Thủy 24 tuổi
07/07/2010	Cefotaxim TMC	Mekophar 10002TN HD 03/2013	BN nổi mẩn đỏ trên mặt, ngứa, hơi mệt, không khó thở Sau khi test da âm tính và tiêm thuốc/ không có tiền căn dị ứng thuốc	Bùi Thị Thủy 24 tuổi



PREVALENCE OF SKIN TEST REACTIVITY AND ADVERSE REACTIONS TO PENICILLIN



Phân loại ADR theo Gell & Coombs

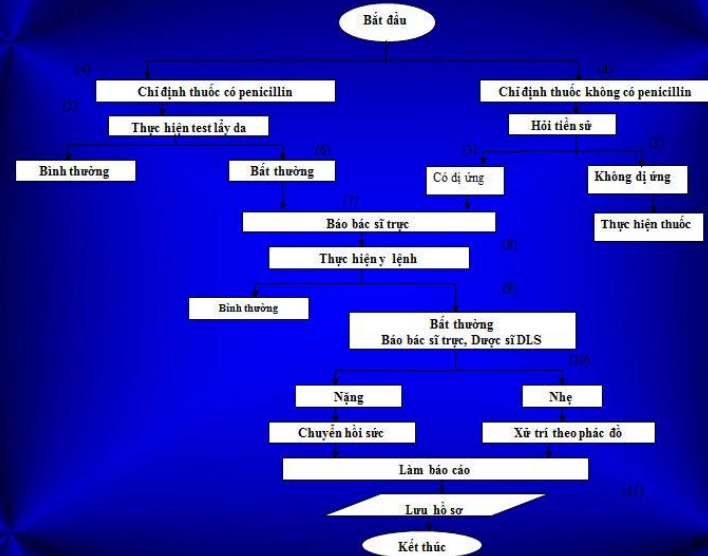
PL dị ứng	Khởi phát	Trung gian	Dấu hiệu LS	Lợi ích test da	
Tức thì (type I)	< 1 giờ	Kháng thể IgE	Sốc phản vệ và/hay hạ HA, phù thanh quản, phù mạch, mề đay	Có	
Muộn (type II)	> 72	IgG, bổ thể		Không	không liên quan IgE
Type III	> 72	Phức hợp miễn dịch IgG & IgM	Bệnh huyết thanh, tổn thương mô	Không	không liên quan IgE
Type IV	≥ 72		Viêm da tiếp xúc	Không	không liên quan IgE

TEST DA

- Theo Thông tư hướng dẫn phòng và cấp cứu sốc phản vệ của Bộ Y Tế số 08/1999-TT-BYT về việc làm test (thử phản ứng) : trước khi tiêm penicillin, streptomycin phải làm test cho người bệnh. **Đặc biệt đối với phụ nữ có thai thì không được làm test lấy da.**
- Test da đối với các kháng sinh nhóm cephalosporin ít có giá trị tiên đoán do không tạo kháng thể IgE kháng cephalosporin
(Engl J Med, Vol. 345, No. 11 – 2001)


- Giá trị của test lấy da ít có giá trị tiên đoán và tỷ lệ âm tính giả khá cao (> 75%) tại Khoa Sản
→ Nên có sự theo dõi 30 phút sau khi tiêm thuốc và chuẩn bị hộp chống sốc để cấp cứu kịp thời
→ Việc test lại kháng sinh nhiều lần là không cần thiết, đặc biệt đối với đối tượng phụ nữ mang thai là đối tượng nhạy cảm nên tránh thực hiện test lấy da mà nên có sự theo dõi sát khi tiêm.

Quy trình quản lý ADR



Nội Dung	Trách nhiệm		
(1) Nếu y lệnh là nhóm thuốc không có penicillin: - NHS tiếp nhận BN sẽ hỏi thăm tiền sử dị ứng của BN (thuốc, thức ăn) theo trình tự: <ul style="list-style-type: none"> • <i>BN đã dùng thuốc nào lâu nhất và nhiều nhất?</i> • <i>Thuốc nào đã gây phản ứng, bao giờ?</i> • <i>Thuốc nào đã gây sốc phản vệ, thời gian, biểu hiện cụ thể?</i> • <i>Những bệnh dị ứng trước đây và hiện nay</i> • <i>Đã tiêm chủng những loại vaccin và huyết thanh gì, loại nào đã gây phản ứng, thời gian?</i> • <i>Dị ứng do côn trùng</i> • <i>Dị ứng do thực phẩm</i> • <i>Dị ứng do các yếu tố khác: khói thuốc lá, phấn hoa, hóa chất, mỹ phẩm, gia súc...Bố mẹ, con cái, anh chị em ruột, có ai có tiền sử dị ứng?</i> 	NHS		
		(2) BN không có tiền sử dị ứng: - NHS thực hiện thuốc theo y lệnh	NHS
		(3) BN có tiền sử dị ứng: - NHS báo với BS bệnh phòng hoặc BS trực	Bs điều trị NHS
		(4) Nếu y lệnh là nhóm thuốc có penicillin thì phải thực hiện test lấy da (Benzathin benzylpenicillins) Lưu ý: Những trường hợp không được làm test lấy da: - <i>BN đang có cơn dị ứng cấp tính (viêm mũi, mày đay, phù Quincke, hen phế quản..)</i> - <i>Phụ nữ có thai</i>	Bs điều trị

<p>(5) Nếu sau khi thực hiện test lấy da, BN phản ứng bình thường: - NHS tiếp tục thực hiện thuốc theo y lệnh.</p>	<p>NHS</p>	<p>(8) Thực hiện y lệnh - NHS thực hiện y lệnh và theo dõi BN trong vòng 30 phút sau tiêm <i>Lưu ý: các nhóm thuốc không cần thực hiện test lấy da nhưng cần theo dõi khi tiêm thuốc:</i> - <i>Kháng sinh (penicillin, ampicillin, amoxicillin, cephalosporin, streptomycin, Kanamycin, Gentamicin, Tetracyclin, Oxytetracyclin, Sulfamid)</i> - <i>Vitamin (vitamin B1, vitamin C, vitamin B12), NSAID (aspirin, anagin, paracetamol, seda, salicylat)</i> - <i>Thuốc gây tê, gây ngủ, giãn cơ (novocain, thiopental, vecuronium, tracuroniun)</i> - <i>Một số nội tiết (insulin, ACTH)</i> - <i>Dung dịch truyền (dextran, đạm)</i> - <i>Một số vaccine và huyết thanh (kháng độc tố bạch hầu, uốn ván)</i> - <i>Các chất cản quang có iod</i> BN phản ứng bình thường: không theo dõi nữa BN có phản ứng bất thường: - NHS báo ngay cho BS trực và DS Dược Lâm Sàng, đồng thời giữ lại lọ thuốc vừa tiêm giao lại cho DS Dược Lâm Sàng</p>	<p>BS điều trị NHS</p>
<p>(6) Nếu sau khi thực hiện test lấy da, BN phản ứng bất thường: - NHS báo với BS bệnh phòng hoặc BS trực</p>	<p>NHS BS điều trị</p>		
<p>(7) Báo BS trực: BS sau khi được nghe thông báo về phản ứng của thuốc với BN cần xem xét hồ sơ, thăm khám bệnh nhân và cho y lệnh phù hợp tiếp theo: - Tiếp tục cho dùng hoặc ngưng dùng và thay thế bằng loại thuốc khác</p>	<p>BS điều trị</p>		

<p>(9) Phản ứng ADR nhẹ: - BS xử trí theo phác đồ tại khoa và làm báo cáo ADR dưới sự hướng dẫn của DS Dược Lâm Sàng. <u>Phản ứng ADR nặng:</u> - BS cần chuyển bệnh nhân lên khoa hồi sức và làm báo cáo ADR dưới sự hướng dẫn của DS Dược Lâm Sàng. DS DLS: xem xét tương tác thuốc trong hồ sơ, hướng dẫn làm báo cáo ADR, lưu giữ mẫu thuốc gây ADR</p>	<p>BS trưởng, phó khoa BS điều trị NHS của khối DS Dược Lâm Sàng</p>	<div style="text-align: center;">  <p>Sử dụng kháng sinh dự phòng ôi vữa non</p> </div>
<p>(10) Lưu hồ sơ: Hồ sơ ADR sẽ được khoa lâm sàng gửi phòng DLS sau 01 ngày để lưu tại khoa và phòng DLS</p>	<p>BS trưởng, phó khoa BS điều trị NHS</p>	

Vi khuẩn thường gặp trong âm đạo

Hiếu khí	Yếm khí
<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Peptostreptococcus</i> sp
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Peptococcus</i> sp
Group B streptococcus	<i>Bacteroides</i> sp
<i>Streptococcus</i> sp	<i>Fusobacterium</i> sp
<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Prevotella bivia</i>
<i>Lactobacilli</i>	<i>Prevotella disiens</i>
<i>Corynebacterium</i> sp	<i>Bacteroides fragilis</i> group
<i>Escherichia coli</i>	
<i>Klebsiella</i> sp	
<i>Gardnerella vaginalis</i>	

W.D. Hager, J.W. Larsen, *Postoperative Infections: Prevention and Management, Chapter 11 in Textbook of Gynecology, 10th ed. 2008*

Vi khuẩn gặp trong nhiễm trùng vùng chậu

Trực khuẩn hiếu khí Gr (-)	<i>E. Coli, Klebsiella, Gardnerella vaginalis</i>
Trực khuẩn kỵ khí Gr (-)	<i>B. fragilis</i>
Cầu khuẩn hiếu khí Gr (+)	<i>Enterococcus, Streptococcus, Staphylococcus</i>
Trực khuẩn kỵ khí Gr (+)	<i>C. perfringens</i>
Vi khuẩn nội bào	<i>Mycoplasma hominis</i>

- ✓ **Nhiễm trùng vùng chậu thường do:**
 - 20% cầu khuẩn hiếu khí Gram (+)
 - 20% trực khuẩn hiếu khí Gram (-)
 - 60% vi khuẩn hiếm khí.
- ✓ **Nhiễm trùng trong 24 giờ đầu sau PT** thường do cầu khuẩn Gram(+) hay đôi khi do trực khuẩn Gram(-).
- ✓ **Nhiễm trùng sau 48 giờ đầu** thường do vi khuẩn hiếm khí.
- ✓ **Thời điểm nhiễm trùng giúp chọn KS thích hợp**

Cơ sở chọn kháng sinh dự phòng

- ✓ Phổ kháng khuẩn
- ✓ Hiệu quả với các vi khuẩn thường gặp
- ✓ Đường dùng và hấp thu
- ✓ Nồng độ đến nơi nhiễm cao
- ✓ Thời gian tác dụng đủ có hiệu quả
- ✓ Đường thải ra
- ✓ Có hiệu quả
- ✓ Không có độc tính và tác dụng phụ
- ✓ Hiệu quả thực tế trên tổn kém

Kháng sinh dùng trong OVN lâu/thai non tháng

- Kháng sinh có thể giảm tỷ lệ nhiễm trùng ối và giảm bệnh suất sơ sinh¹
- Nghiên cứu lớn nhất cho thấy vai trò của penicillin hay erythromycin²
- Thiếu bằng chứng về việc dùng cephalosporin thế hệ 3 phổ rộng

1. Kenyon *et al*, Cochrane database of Systematic Reviews 2003
2. Kenyon *et al*, Lancet 2001

- Kháng sinh được lựa chọn trong dự phòng ối vỡ non là penicillins hoặc kháng sinh thuộc nhóm macrolid (erythromycin).
- Nếu như bệnh nhân dị ứng với penicillins thì kháng sinh nhóm macrolide được sử dụng một mình
 - Ampicillin 2g IV mỗi 6h + erythromycin 250mg IV mỗi 6h trong vòng 48h, sau đó là amoxicillin 250mg PO mỗi 8h + erythromycin 333mg PO mỗi 8h trong vòng 5 ngày
 - Erythromycin 250mg PO mỗi 6h trong vòng 10 ngày
- Amoxicillin – a.clavulanic (Augmentine) không được đề nghị do có liên quan đến sự tăng nguy cơ viêm hoại tử ruột trên trẻ mới sinh.

Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N, Boucher M, Castillo E, Cormier B, Grustin A, Money DM, Murphy K, Ogilvie G, Paquet C, Steenbeek A, Wong T, Gagnon R, Hudson L, Basso M, Bos H, Delisle MF, Farine D, Grabowska K, Mentecoglou S, Mundale WR, Murphy-Kaulbeck LC, Ouellet A, Pressey I, Roggensack A; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. *J Obstet Gynaecol Can. Sep;31(9):863-7, 868-74, 2009*

Simon Cousens, Hannah Blencowe, Michael Gravett, Joy E Lawn. Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of membranes: prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection, 39: i134-i143, 2010

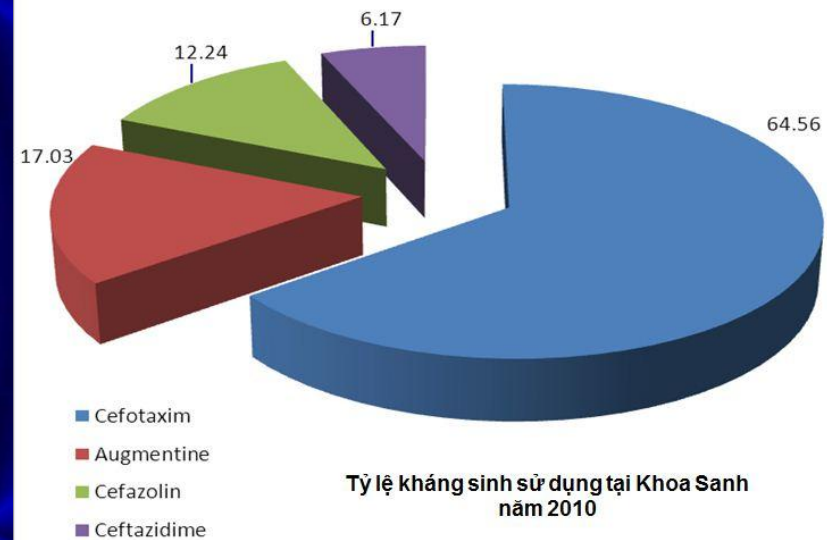
CEFAZOLIN có hiệu quả dự phòng

Cephalosporin thế hệ I

- Tác dụng trên phần lớn VK Gr (+) hiếu khí
- Đặc biệt tác dụng trên một số VK Gr (-) (*E. Coli*, *Klebsiella*, *Pmirabilis*..)

Có hiệu lực trên vi khuẩn Gr (+) tốt hơn các CG2 và CG3

- Phân bố rộng rãi trong các mô và dịch cơ thể (kém trong CSF)
- Bài tiết 100% qua nước tiểu (không đổi)
- $t_{1/2} = 1.8$ giờ . ↑ 30-40 giờ ở người suy thận



- Tỷ lệ sử dụng Augmentine cao → đã có khuyến cáo về Augmentine trong dự phòng ối vỡ non có liên quan đến nguy cơ viêm hoại tử ruột trên trẻ mới sinh.
- Sử dụng Cefotaxim trong dự phòng ối vỡ non tại Khoa Sản với số lượng nhiều
- Sử dụng Cefotaxim (kháng sinh để dành trong trường hợp nhiễm Pseudomonas) tại Khoa Sản cũng khá cao

→ Nên bắt đầu kháng sinh dự phòng là kháng sinh phổ hẹp (cefazolin, penicillin, erythromycin...) để tránh hiện tượng đề kháng kháng sinh

Chỉ định Betene

Betene

(Betamethasone sodium phosphate 5.2mg tương ứng với betamethasone 4mg)

Dạ sanh non

- Dùng corticoid: chỉ định dùng cho tuổi thai từ 28 đến hết 34 tuần, chỉ dùng một đợt
- Hiệu quả xuất hiện sau khi bắt đầu dùng thuốc 24 giờ.
 - Hoặc cho betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ (Betene 5.mg 3 ống cách nhau 24 giờ)
 - Hoặc cho dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ

- SNV 031870, DTH, 1983, Para 0000
- NV 18/6/2010, Sản A, BHYT
- Con so, thai 40.6 tuần, ngôi đầu, báo CD
- Siêu âm: vùng cổ thai nhi có dạng dây rốn
- CC: BCTC: 31cm, tim thai 138 l/p, CTC 1cm dày, ối còn, nitrazine test (-), АД ít huyết sạm



	18/6(13h)	21/6(4h)	21/6(8h)
WBC (4-10)	9.23	21.8	20.5
Neu (40-74)	72.4	91.2	90.1
Lym (25-45)	15.3	4.33	5.08
RBC (3.9-5.4)	3.97	3.78	3.41
Hb (12.5-14.5)	12.6	12.4	11.3
Hct (35-47)	38.7	37.5	33.6
MCV (83-92)	97.5	99.0	98.5
MCH (27-32)	31.6	32.8	33.2
PLT (150-400)	215	233	240
CRP (<6)			79.2

20/6

- 12h50, CTC 2cm, xóa 60%, nitrazine test (-), đặt monitor theo dõi tim thai, cơn gò
- 13h40, sinh hiệu ổn, bụng mềm, gò 4 cơn/10', CTC 2cm, đầu cao, ối còn, con # 3.3gr, CTG không dấu hiệu đe dọa thai nhi.
 - CD: con so, 40.6tuần, đầu, CDTT.
 - XT: t/d CD tự nhiên, Nospa 40mg 1 ống (TB) 13h45
- 18h05, ÂĐ nhót hồng, CTC 3-4cm xóa 60%, mềm, chức sau, đầu (-3), ối còn
- 19h, CTC 4cm, xóa 70%, ngôi đầu, ối vỡ, chuyển box
- 19h30, CTC 4cm dày, ngôi đầu cao, ối vỡ trắng đục
- 21g10, gò 3 cơn/10' tim thai 140 l/p, CTC 4cm, xóa 60%, chắc, đầu cao, ối vỡ lẫn máu không rõ màu
 - CD: con so, thai 41 tuần, đầu, foley, CDHĐ. Gò chưa đủ.HCBS I
 - XT: Glucose 5% 500ml 1 chai, oxytocin 5đv 1 ống truyền TM bắt đầu 5g/p, chỉnh gò phù hợp, Nospa 40mg 1 ống TMC khi gò tốt
- 23h40, CTC 4cm, xóa 70%, đầu (-2) ối vỡ hoàn toàn

21/6

- 2h, CTC tròn, đầu lot (+2), ối vỡ, sản phụ rặn sanh thoát âm bé trai, apgar 7.8, 2 vòng dây rốn quấn cổ
 - Oxytocin 5đv 3 ống pha vào chai tăng co truyền TM xxxg/p
 - Lidocain 2% 2ml 4 ống
 - **1.Mekocefal 500mg x2v**
 - Lactate ringer 500ml 1chai, oxytocin 5 đv 4 ống pha truyền TM xxxg/p
- 3h, sản phụ tỉnh, tiếp xúc tốt, M 84 l/p, HA 11/7, T 37oC, TC gò khá, ÂĐ ra ít huyết sậm, TSM không nề, thông tiểu ra nước tiểu vàng trong 100ml
 - 1.Pethidine 0.1g ½ ống TMC, Gelafundine 500ml truyền xxxg/p, Lactate ringer 500ml, Oxytocin 5 đv 4 ống truyền xxxg/p, Atropin 0.25mg TDD, Misoprostol 200mcg 4v đặt HM, 1.Ergometrine 0.2mg 1 ống TB
- 4h10, Niêm hồng, M 80 l/p, HA 11/7cmHg, soát lòng TC lấy 50ml máu cục.Gò tốt, CTC rách 1-3g, chảy máu mép sau TC, mép sau TSM không rách thêm, chèn 2 tampon oxy già 1 giờ sau lấy ra, máu mất 500ml
 - **1.Cefotaxim 1g 1lọ TMC (test) thực hiện 5g**

21/6

- 5h30 – 8h45, Sp khỏe, M 80 l/p, T 37oC, HA 11/7cmHg, TC gò khá, ÂĐ ra ít huyết sậm, khám ÂĐ chưa phát hiện gì lạ, TSM không nề.
- 9h, Bệnh khỏe, M 80 l/p, HA 11/7 cmHg, bụng mềm, TC gò, sản dịch ít, VM không nề.Chuyển trại theo dõi tiếp.
 - CD: HS giờ thứ 8 sanh thường, BHSS ổn.
 - XT: Metronidazol 250mg 2vx2

- Đánh số, ghi chưa đúng tên thuốc
- Chỉ định kháng sinh?
- Sử dụng gentamicin, metronidazol cho phụ nữ cho con bú

- Đánh số, ghi chưa đúng tên thuốc
 - Ergometrine → methylergometrine đã được phân loại là thuốc thường nên không đánh số

– Ối vỡ >6h và có lẫn máu, có tình trạng nhiễm trùng (WBC 21.8, Neu 91,2%, CRP 79.2)

- BN không được chỉ định kháng sinh dự phòng, đến khi sanh được chỉ định kháng sinh uống Mekocefal 500mg 2v, sau đó chuyển sang chỉ sử dụng một kháng sinh tiêm là cefotaxim (4h) nên tình trạng bệnh nhân không cải thiện nhiều (WBC 21.8 → 20.5)

→ nên phối hợp kháng sinh:

cephalosporin phổ rộng + gentamicin +/- metronidazol

nhằm mở rộng phổ kháng khuẩn và cho tác dụng nhanh hơn

Chỉ định Gentamicin,
Metronidazol
cho phụ nữ cho con bú

Gentamycin

- **Liều sử dụng:** Gentamycin 80mg/2ml 2-3 lọ tiêm một lần/ngày
- **Có hiệu quả trong nhiễm trùng gram (-)**
- **Phối hợp:**
 - Nhóm penicillin (betalactam, cephalosporin): hiệu quả enterococci, streptococci, pseudomonas
 - Metronidazol/clindamycin: hiệu quả vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí
- **Đề kháng:** vi khuẩn kháng Gentamycin thường kháng Tobramycin (Tobroxine) nhưng không kháng Amikacin (Amikayc)
- **Có thể sử dụng cho phụ nữ cho con bú** (do gentamycin vận chuyển qua sữa mẹ chậm).
- **Tác dụng phụ:** gây độc tính thân, tai, suy hô hấp, ngủ lịm, hạ huyết áp hoặc cao huyết áp, nổi mẩn ngứa, mề đay, trầm cảm, phản ứng phản vệ, sốt, nhức đầu, buồn nôn.

Metronidazol

- **Qua sữa với lượng nhỏ, có thể thay đổi nhất thời vị sữa, gây vị khó chịu (đắng) và thay đổi màu sữa**
- **Ảnh hưởng ở trẻ bú mẹ: tiêu chảy, không dung nạp lactose thứ phát**
- **Ở Mỹ, liều duy nhất 2g được sử dụng và việc cho con bú được ngưng tạm thời và các bà mẹ được đề nghị bỏ lượng sữa mẹ trong vòng 24 giờ sau khi sử dụng thuốc.**
- **Ở Anh, sử dụng liều 200-400mg 3 lần ngày và bà mẹ vẫn cho con bú trong quá trình điều trị.**
- **Nồng độ thuốc trong sữa khi dùng liều đường uống 400mg 3 lần/ ngày là 15.52 mcg/ml và liều đường uống 200mg 3 lần/ ngày tương đương liều 3mg/kg/ngày trên trẻ sơ sinh so sánh với liều 22.5mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch trên trẻ em.**

Drugs in Pregnancy and Lactation, Briggs GG., Freeman RK., Yaffe S.J., Lippincott Williams & Wilkins, USA (2005).
Drugs and Breastfeeding, Pharmacy Department, The Royal Women's Hospital, Australia (2004).
Drugs for Pregnant and Lactating Women, Weiner CP., Buhimschi C., Churchill Livingstone, USA (2004).



*Chân thành cảm ơn
sự quan tâm và theo dõi*