**Bệnh Chỉ định cho điều trị kháng sinh Bệnh nguyên Điều trị Kháng sinh**

**Cơ quan khuyến cáo**

**Viêm tai giữa cấp**

**Viêm xoang vi khuẩn cấp**

**Viêm họng**

**Bệnh ho không đặc hiệu/ viêm phế quản**

**Viêm tiểu phế quản/ nhiễm trùng đường hô hấp trên không đặc hiệu**

**Khi nào điều trị với kháng sinh – viêm tai giữa cấp**

1. Mới xảy ra, thường khởi phát đột ngột, với các triệu chứng của viêm tai giữa cấp và tràn dịch Và

2. có biểu hiện tràn dịch hòm nhĩ như:

a. phồng màng nhĩ

b. màng nhĩ không di động hoặc di động kém

c. mực nước hơi trong hòm nhĩ

d. chảy tai Và

3. Có biểu hiện của viêm tai giữa với các biểu hiện sau:

a. Sung huyết màng nhĩ hoặc

b. Đau tai [khó chịu ở tai mà ảnh hưởng đến sinh hoạt và giấc ngủ)

**Khi nào không điều trị với kháng sinh**

Viêm tai giữa thanh dịch

**Khi nào điều trị với kháng sinh:** Chẩn đoán viêm xoang vi khẩn cấp có thể nghĩ đến khi các triệu chứng của viêm đường hô hấp trên do vi khuẩn (chảy mũi, ho không cải thiện sau 10 ngày, bệnh nặng lên có sốt, chảy mũi mủ, đau mặt) không cải thiện sau 10 ngày hoặc nặng lên sau 5 ngày.

**Chẩn đoán có thể bao gồm một vài hay tất cả các triệu chứng sau đây:** Sổ mũi, nghẹt mũi, đau nặng mặt (đặc biệt khi đau một bên ở vùng xoang tương ứng), chảy mũi sau, giảm mũi, mất mũi, sốt, ho, mệt mỏi, đau răng hàm trên, cảm giác nặng tai.

**Khi nào không điều trị với kháng sinh:** gần như tất cả những trường hợp viêm xoang cấp do vi khuẩn đều giải quyết được mà không cần kháng sinh nên dùng kháng sinh trong những trường hợp có triệu chứng trung bình và kéo dài hơn 10 ngày hoặc sau 5 ngày càng nặng thêm và những trường hợp nặng.

**Khi nào điều trị với kháng sinh:** Streptococcus pyogenes (nhóm A): biểu hiện: đau họng, sốt, nhức đầu, buồn nôn, nôn, đau bụng, sung huyết amiđan, rỉ dịch, có mảng trắng, hạch cổ trước to. Xác định chẩn đoán bằng cấy họng xác định kháng nguyên; nếu âm tính nên cấy họng.

**Khi nào không điều trị với kháng sinh:** do virus hô hấp cấp: viêm kết mạc, ho, chảy mũi, tiêu chảy ít gặp với Strep nhóm A.

**Khi nào điều trị với kháng sinh:** biểu hiện ho kéo dài không cải thiện(14 ngày). Cần phân biệt với viêm phổi. Viêm phổi do Chlamydia và viêm phổi do Mycoplasma có thể xảy ra ở trẻ lớn (ít gặp ở trẻ <5 tuổi).

**Khi nào không điều trị với kháng sinh:** bệnh ho không đặc hiệu.

**Khi nào không điều trị với kháng sinh:** đau họng, hắt hơi, ho nhẹ, sốt (thường

<102 F, <3 ngày), sổ mũi, nghẹt mũi; tự khỏi (thường 5-14 ngày).

Streptococcus pneumoniae

nontypeable Haemophilus influenzae

Moraxella catarrhalis

Streptococcus pneumoniae

nontypeable Haemophilus influenzae

Moraxella catarrhalis

Streptococcus pyogenes

Routine respiratory viruses

>90% trường hợp gây bởi virus hô hấp thông thường.

<10% trường hợp gây bởi Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae.

>200 viruses, gồm rhinoviruses, coronaviruses, adenoviruses, respiratory syncytial virus, enteroviruses (coxsackieviruses & echoviruses), influenza viruses

& parainfluenza viruses.

**Nhóm tuổi:**

1. **<6 tháng:** kháng sinh

2. **6 tháng – 2 tuổi:** kháng sinh nếu chẩn đoán chắc chắn;

3. **> 2 tuổi:** kháng sinh nếu chẩn đoán chắc chắn và bệnh nặng

**Giảm đau hạ sốt:** luôn luôn đánh giá đau. Nếu có đau, điều trị giảm đau đường uống: ibuprofen/acetaminophen (có thể dùng acetaminophen + codeine đối với đau trung bình hoặc nặng) tại chỗ: Benzocaine.

Thời gian dùng kháng sinh thường áp dụng: 10 ngày

Sau điều trị kháng sinh 72 giờ thất bại: đánh giá lại bệnh nhân và xem xét thay đổi kháng sinh. Nội soi ống mềm hoặc chọc xoang lấy mủ cấy có thể cần thiết.

**Strep nhóm A:**

Điều trị chọn lựa cho bệnh nhân có kháng nguyên dương tính nhanh. Hoặc sau khi cấy họng.

Điều trị chọn lựa cho Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae.

Đánh giá nhập nước thích hợp. Có thể khuyên nghỉ ngơi, thuốc OTC, làm ẩm.

**Chọn lựa ban đầu:**

• amoxicillin liều cao (80-90 mg/kg/ngày)

• amoxicillin/clavulanate liều cao

(80-90 mg/kg/ngày tính theo amoxicillin)

Nếu bệnh nặng hoặc mong muốn cải thiện

**Thay thế:**

**Dị ứng penicillin không sốc phản vệ**

• Cefdinir, cefpodoxime, or cefuroxime

**Dị ứng penicillin nặng**

• Azithromycin or clarithromycin

**Không thể dung nạp kháng sinh uống**

• Ceftriaxone

**Chọn lựa ban đầu:**

• Amoxicillin (80-90 mg/kg/ngày)

**Thay thế:**

• Amoxicillin-clavulanate (80-90 mg/kg/

ngày tính theo amoxicillin)

• Cefpodoxime

• Cefuroxime

• Cefdinir

• Ceftriaxone

**Bệnh nhân dị ứng với ß-Lactam:**

• Trimethoprim-sulfamethoxazole

• Macrolides

• Clindamycin

**Chọn lựa ban đầu:**

• Penicillin V

• Benzathine penicillin G

**Thay thế:**

• Amoxicillin

• Oral cephalosporins

• Clindamycin

• Macrolides

• Macrolides (Tetracyclines cho trẻ trên 8 tuổi)

• không

Hội nhi khoa Hoa Kỳ (AAP)

Trung tâm kiểm soát và ngăn ngừa bệnh (CDC)

Hội bác sĩ gia đình hoa kỳ (AAFP)

AAP AAFP CDC

Hội xoang và dị ứng (SAHP)

AAP AAFP CDC

Hội bệnh nhiễm hoa kỳ (IDSA)

Institute for Clinical Systems

Improvement (ICSI)

AAP AAFP CDC

AAP AAFP CDC ICSI