

THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh

Kháng sinh nhóm beta-lactam, đặc biệt là các penicillin, là nhóm kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng nhờ những ưu điểm vượt trội về hiệu quả điều trị, độ an toàn và phổ tác dụng rộng. Tuy nhiên, đây cũng là nhóm kháng sinh bị ghi nhận gây dị ứng nhiều nhất trong hồ sơ bệnh án.

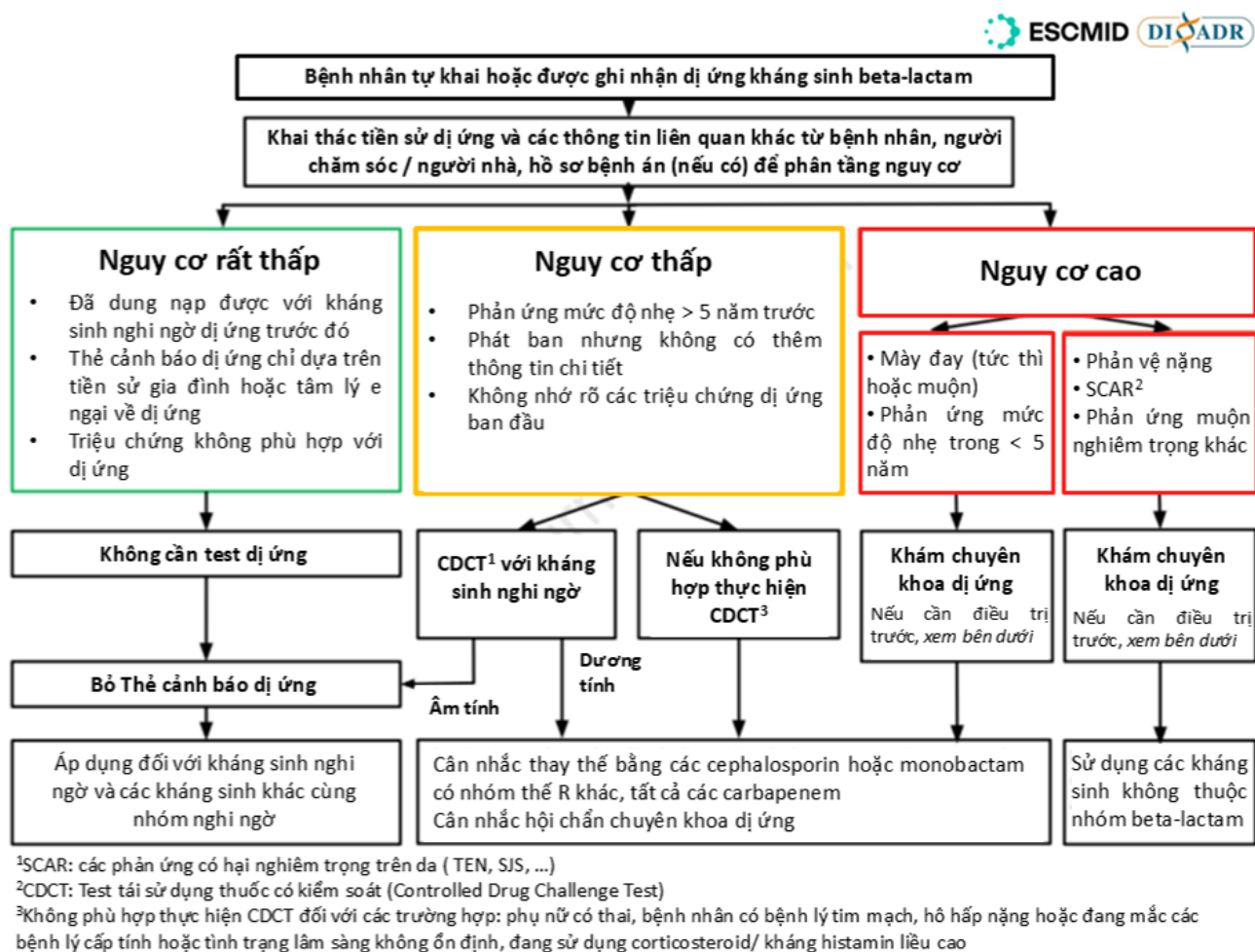
Trên thực tế, dữ liệu từ các nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp hiện nay cho thấy tỷ lệ dị ứng beta-lactam thực sự thấp hơn đáng kể so với những gì được ghi nhận. Ước tính chỉ khoảng 5 – 10% trường hợp có cảnh báo "dị ứng kháng sinh" trong hồ sơ bệnh án là thực sự dị ứng khi được đánh giá và kiểm tra lại bằng các phương pháp chuẩn.

Việc ghi nhận tiền sử dị ứng không chính xác khiến bác sĩ phải tránh kê đơn các kháng sinh đầu tay một cách không cần thiết, dẫn đến hàng loạt hệ quả bất lợi trên lâm sàng: lựa chọn phác đồ thay thế kém tối ưu hơn, kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị và thúc đẩy việc sử dụng kháng sinh phổ rộng không hợp lý. Tất cả những yếu tố này đều trực tiếp góp phần làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh - một trong những thách thức y tế nghiêm trọng nhất hiện nay trên toàn cầu.

Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp thiết cần đánh giá lại một cách có hệ thống các trường hợp dị ứng kháng sinh đã được báo cáo, từ đó tối ưu hóa việc quản lý và sử dụng kháng sinh hợp lý. Đáp ứng yêu cầu đó, Hội Vi sinh lâm sàng và Bệnh Truyền nhiễm châu Âu (ESCMID) đã ban hành Hướng dẫn đánh giá lại và quản lý dị ứng kháng sinh, nhằm hỗ trợ các cơ sở y tế tiếp cận các trường hợp dị ứng kháng sinh một cách thống nhất, khoa học và hiệu quả hơn.

Nội dung tóm tắt các khuyến cáo chính trong hướng dẫn của ESCMID 2026 về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh được trình bày cụ thể trong các phần dưới đây.

1. Đối với trường hợp dị ứng kháng sinh beta-lactam



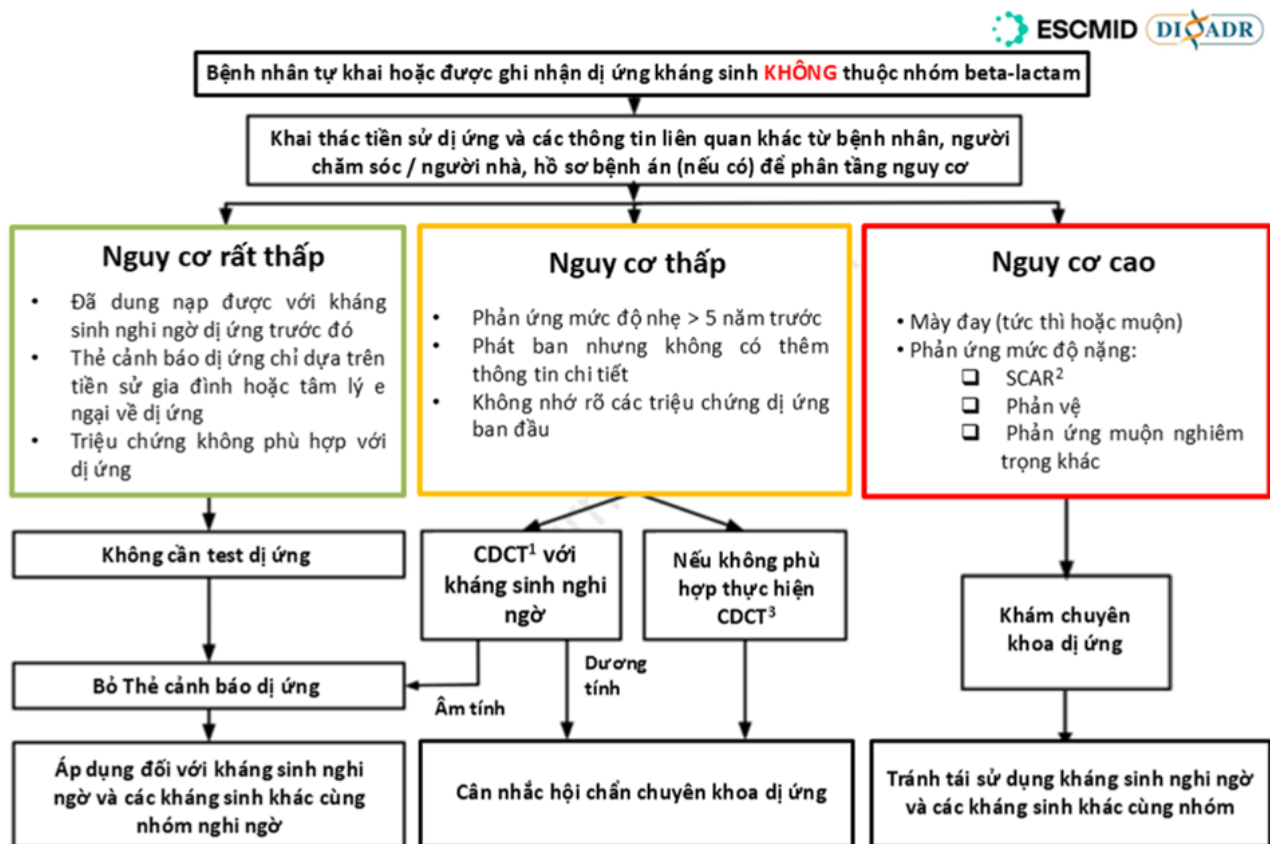
Hình 1: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh beta-lactam

Quy trình thực hiện Thử dị ứng có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT):

1. Thông báo cho bệnh nhân, đồng thời đánh giá xem bệnh nhân có phù hợp để làm thực hiện CDCT hay không.
2. CDCT cần được thực hiện tại các cơ sở y tế có khả năng theo dõi và xử trí các phản ứng dị ứng có thể xảy ra và trên các đối tượng bệnh nhân phù hợp.
3. Có thể sử dụng phương pháp CDCT liều đơn hoặc CDCT liều tăng dần
 - CDCT liều đơn:
 - + Sử dụng 100% liều đầy đủ của kháng sinh nghi ngờ.
 - + Tốt nhất dùng đường uống, hoặc đường dùng khác (nếu cần).
 - + Nếu nghi ngờ dị ứng với penicillin, thường sử dụng amoxicillin 500 mg ở người lớn.
 - CDCT liều tăng dần:

- + Sử dụng 10% liều kháng sinh nghi ngờ (ví dụ 50 mg amoxicillin ở người lớn) và theo dõi trong 30 phút
 - + Tiếp tục cho 50% liều (ví dụ 250 mg amoxicillin) và theo dõi trong 30 phút
 - + Đưa phần liều còn lại để đủ 100% liều đầy đủ (ví dụ 200 mg amoxicillin) và theo dõi trong 60 phút
4. Nếu triệu chứng nghi phản vệ xuất hiện trong quá trình test, cần xử trí bệnh nhân theo hướng dẫn về xử trí phản vệ.
 5. Bệnh nhân phải được theo dõi ít nhất 1 giờ sau khi dùng liều cuối cùng.
 6. Cung cấp hướng dẫn rõ ràng cho bệnh nhân để theo dõi các triệu chứng xuất hiện sau khi xuất bệnh viện.
 7. Tư vấn bệnh nhân về kết quả test và ý nghĩa của kết quả test.

2. Đối với trường hợp dị ứng các kháng sinh KHÔNG thuộc nhóm beta-lactam



¹Khi thực hiện Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT) đối với các kháng sinh như vancomycin, teicoplanin, quinolon, amphotericin B cần nhắc truyền chậm, theo dõi và có thể sử dụng phác đồ dự phòng (premedication)

²CDCT: Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test)

³Không phù hợp thực hiện CDCT đối với các trường hợp: phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc tình trạng lâm sàng không ổn định, đang sử dụng corticosteroid/ kháng histamin liều cao

Hình 2: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh không thuộc nhóm beta-lactam

3. Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh nhóm beta-lactam

Beta-lactam Antibiotic	Amoxicillin	Penicillin G	Penicillin V	Flucloxacillin	Feneticillin	Piperacillin	Cefalexin	Cefazolin	Cefalothin	Cefuroxime	Cefaclor	Cefamandole	Ceftibuten	Ceftriaxone	Cefotaxime	Ceftazidime	Cefepime	Cefiderocol	Ceftaroline	Ceftolozane	Meropenem	Imipenem	Ertapenem	Aztreonam
Amoxicillin	■						■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Penicillin G		■					■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Penicillin V			■				■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Flucloxacillin				■			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Feneticillin					■		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piperacillin						■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefalexin	■	■	■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefazolin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefalothin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓	✓	✓	✓	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefuroxime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	✓	✓	■	■	■	■	■	■	✓	✓	✓	■
Cefaclor	■	■	■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefamandole	■	■	■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ceftibuten	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftriaxone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Cefotaxime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftazidime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Cefepime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Cefiderocol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftaroline	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftolozane	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Meropenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Imipenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Ertapenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Aztreonam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■

■ Trùng tác nhân gây dị ứng
 ■ Nguy cơ dị ứng do hình thành phức hợp Penicilloyl-poly-L-lysine (PPL)
 ■ Nguy cơ dị ứng chéo do tương đồng về các nhóm thế R1, R2 và/hoặc có bằng chứng trên lâm sàng
 ■ Nguy cơ dị ứng chéo do nhóm thế R1 hoặc R2 giống hệt nhau
 ✓ Không có nguy cơ dị ứng chéo

Hình 3: Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh beta-lactam

Δ LƯU Ý ĐẶC BIỆT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ.

- Bệnh nhân ung thư là nhóm đặc thù cần được đánh giá thận trọng trước khi chỉ định CDCT. Dị ứng kháng sinh được ghi nhận ở tới 1/4 bệnh nhân ung thư, trong đó gần 50% được phân loại nguy cơ thấp và xảy ra trước khi chẩn đoán ung thư. Mặc dù các chương trình thử thách kháng sinh đường uống đã được chứng minh an toàn và hiệu quả trên bệnh nhân ung thư nguy cơ thấp, các trường hợp sau đây được xem là **chống chỉ định hoặc cần hội chẩn** trước khi thực hiện CDCT tại khoa lâm sàng:

- Bệnh nhân ung thư tiến triển đang trong giai đoạn bệnh không ổn định về lâm sàng: Theo ESCMID 2026, CDCT chỉ phù hợp khi tình trạng lâm sàng cho phép theo dõi an toàn. Với bệnh nhân ung thư tiến triển không ổn định, nguy cơ nhầm lẫn giữa phản ứng dị ứng và diễn tiến bệnh nền làm giảm giá trị chẩn đoán của test.

- Bệnh nhân đang trong đợt truyền hóa chất hoặc trong vòng 72 giờ sau khi kết thúc đợt truyền: Giảm bạch cầu trung tính thường xảy ra sau hóa trị trong khoảng 7-12 ngày tùy phác đồ (CDC, 2025). Trong giai đoạn này, các triệu chứng do độc tính hóa chất (buồn nôn, phát ban, hạ huyết áp) dễ bị nhầm lẫn với phản ứng dị ứng thuốc, làm sai lệch kết quả CDCT và gây khó khăn trong xử trí.

- Bệnh nhân suy tủy nặng hoặc giảm bạch cầu hạt nặng (bạch cầu trung tính dưới $0,5 \times 10^9/L$): Các hướng dẫn điều trị quy định nghiêm ngặt việc dùng thuốc trên bệnh nhân giảm bạch cầu hạt nặng - nếu không đáp ứng ngưỡng bạch cầu trung tính tối thiểu, việc dùng thuốc cần trì hoãn đến khi tủy xương phục hồi. Nếu xảy ra phản ứng nặng trong khi thực hiện CDCT ở nhóm này, khả năng đáp ứng miễn dịch suy giảm làm tăng nguy cơ tử vong đáng kể.

- Bệnh nhân đang dùng corticosteroid liều cao kéo dài hoặc thuốc ức chế miễn dịch mạnh xếp bệnh nhân dùng corticosteroid tương đương >10 mg prednisolone/ngày, bệnh nhân ung thư trong vòng 5 năm, và bệnh nhân ghép tạng vào nhóm suy giảm miễn dịch - cần xem xét đặc biệt khi thực hiện thử thách kháng sinh. Corticosteroid liều cao có thể che lấp biểu hiện dị ứng trong quá trình test, làm giảm giá trị chẩn đoán.

Khuyến nghị: Trong các trường hợp trên, ưu tiên sử dụng kháng sinh thay thế an toàn hoặc trì hoãn CDCT đến khi tình trạng bệnh nhân ổn định hơn. Nếu bắt buộc phải xác định dị ứng trong bối cảnh cấp cứu. Lưu ý: test da (skin test) trước CDCT đã được chứng minh an toàn và hiệu quả trên bệnh nhân ung thư có suy giảm miễn dịch, bao gồm cả bệnh nhân bạch cầu cấp giảm bạch cầu hạt nặng.

- 1.Nguồn: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X\(26\)00069-8/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(26)00069-8/fulltext)
2. Joean O et al. ESCMID clinical guidelines on the evaluation and management of a reported antibiotic allergy. Clin Microbiol Infect. 2026;32(5):767-787. DOI: 10.1016/j.cmi.2026.02.011
3. Copaescu AM et al. PALACE Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2023;183(9). DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.3058
4. Thinggaard AB, Liposits G, Fristrup N. Dealing with pre-existing chronic neutropenia in cancer patients. e cancer. 2020;14:1131. DOI: 10.3332/ecancer.2020.1131
5. Trubiano JA et al. Safety and Efficacy of an Oral Penicillin Challenge Program in Cancer Patients. Clin Infect Dis. 2019;69(1):25-31.
6. Patel BN et al. Impact of Penicillin Skin Testing in Immunocompromised Cancer Patients. Open Forum Infect Dis. 2019;6(10). DOI: 10.1093/ofid/ofz397
7. CDC. Neutropenia and Risk for Infection in Cancer Patients. 2025. <https://www.cdc.gov/cancer-preventing-infections/patients/neutropenia.html>

**Tổ Thông tin thuốc – Dược lâm sàng
Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa**

PHIẾU KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG KHÁNG SINH (mẫu tại giường bệnh)

Họ tên bệnh nhân: Tuổi: Phòng/giường:
..... Khoa

Câu 1: Bệnh nhân có tiền sử dị ứng/phản ứng bất lợi với kháng sinh không?

Có Không

Câu 2: Nếu có, thuốc nghi ngờ là gì? (ghi tên thuốc, hoạt chất):
.....

Câu 3: Phản ứng xảy ra cách đây bao lâu?

Dưới 1 năm 1–3 năm Trên 3 năm Không nhớ

Câu 4: Biểu hiện cụ thể khi xảy ra phản ứng (có thể chọn nhiều):

Phát ban / nổi mẩn da Mày đay Phù mạch Ngứa Khó thở / ran rít Tụt huyết áp Đau bụng / nôn Khác:

Câu 5: Sau lần đó, bệnh nhân có từng dùng lại thuốc cùng nhóm không?

Có, bị phản ứng lại Có, không bị phản ứng Chưa dùng lại

Câu 6: Bệnh nhân hiện có thuộc kháng sinh nào đang cần chỉ định không?

Có, thuốc: Không

Người khai thác: Ngày: / /