



BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

KHOA DƯỢC - ĐƠN VỊ THÔNG TIN THUỐC

BẢN TIN

THÔNG TIN THUỐC

Tập 1 - Năm 2025



Địa chỉ: 02 Bế Văn Đàn - Phường Hà Đông - Hà Nội
SĐT: 0966.461.616
Email: thongtinthuocbvhadong@gmail.com





BAN BIÊN TẬP

1 CHỦ BIÊN

TS.BS. NGUYỄN THÀNH VINH - GĐBV

2 CỐ VẤN NỘI DUNG

BSCKII. LÊ HOÀNG TÚ - PGĐBV
BSCKII. NGUYỄN VĂN QUANG - PGĐBV
THS.BSCKII. NGUYỄN VŨ TRUNG - PGĐBV
PGS.TS. NGUYỄN THÀNH HẢI - TRƯỞNG
ĐƠN VỊ NC&UD CHUYỂN ĐỔI SỐ TRONG DLS
& GIẢNG VIÊN BM DLS ĐẠI HỌC DƯỢC HN
DSCKII. NGUYỄN CÔNG THỰC - TRƯỞNG
KHOA DƯỢC
DSCKI. ĐẶNG BẢO TUẤN - PHÓ TRƯỞNG
KHOA DƯỢC

3 BIÊN SOẠN

DSCKI. TRẦN THU QUỲNH - KHOA DƯỢC
THS.DS. LÊ THỊ THÁI LAN - KHOA DƯỢC
DSCKI. QUÁCH THỊ THU HÀ - KHOA DƯỢC
DS. BẠCH HOÀNG PHƯƠNG - KHOA DƯỢC



SỰ HÀI LÒNG CỦA
NGƯỜI BỆNH
LÀ UY TÍN CỦA
CHÚNG TÔI

Mục lục

1 ĐIỂM TIN

EEMA: Các khuyến cáo mới về chỉ định của kháng sinh azithromycin từ ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHMP)	01
FDA: Cảnh báo về nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng thuốc kháng histamin đường uống sau đợt điều trị kéo dài	03
MHRA: Cảnh báo về nguy cơ lạm dụng thuốc chủ vận beta-2 tác dụng ngắn (SABA) trong điều trị hen và cập nhật quan trọng trong hướng dẫn kê đơn SABA	05

2 HƯỚNG TỚI SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ

Medsafe: Các yếu tố nguy cơ nhiễm toan ceton khi sử dụng thuốc ức chế SGLT-2	07
Tổng quan về thuốc kháng sinh gây ra độc tính thận	09
Vai trò của ampicillin-sulbactam liều cao trong điều trị nhiễm trùng nặng do <i>Acinetobacter baumannii</i> đa kháng	12
Các dụng cụ xịt hít trong điều trị hen phế quản và COPD	14

3 CẢNH GIÁC DƯỢC

Giới thiệu trang web tra cứu thuốc tiêm truyền	18
Thuốc nguy cơ cao – high alert medications (HAMs)	19
Danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau (look alike sound alike “LASA”)	22
Bảng tượng ký thuốc tiêm truyền	26

4 NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cho bệnh nhân phẫu thuật chỉnh hình lớn	27
--	----

5 HỘI NGHỊ DƯỢC LÂM SÀNG LẦN III

Một số hình ảnh về Hội nghị dược lâm sàng lần III tại bệnh viện đa khoa Hà Đông ngày 16/4/2025	30
--	----

ĐIỂM TIN

EMA: CÁC KHUYẾN CÁO MỚI VỀ CHỈ ĐỊNH CỦA KHÁNG SINH AZITHROMYCIN TỪ ỦY BAN THUỐC SỬ DỤNG CHO NGƯỜI (CHMP)



Ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHMP) thuộc Cơ quan quản lý Dược phẩm châu Âu (EMA) đưa ra một số khuyến cáo mới về việc sử dụng kháng sinh azithromycin ở châu Âu. Cụ thể, CHMP đề xuất hạn chế một số chỉ định của azithromycin, nhằm tối ưu hóa việc sử dụng kháng sinh này và giảm thiểu sự gia tăng tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh đối với azithromycin.

Azithromycin là kháng sinh nhóm macrolid, được chỉ định trong điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram dương và Gram âm trên người lớn và trẻ em. Các chế phẩm chứa azithromycin đang lưu hành được bào chế dưới dạng dạng đường uống và dạng truyền tĩnh mạch.

Hiện nay, azithromycin đang được sử dụng rất phổ biến trong điều trị và thuộc danh mục thuốc thiết yếu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Tuy nhiên, azithromycin có nguy cơ cao gây ra tình trạng kháng kháng sinh, do đó được phân loại là kháng sinh nhóm theo dõi (Watch) theo phân loại AWARE của WHO. Theo WHO các kháng sinh nhóm Watch nên được ưu tiên sử dụng cho một số chỉ định chính và cần giám sát cẩn thận. Tuy nhiên, một nghiên cứu thực hiện bởi EMA và DARWIN EU cho thấy azithromycin thuộc top 5 kháng sinh được kê đơn nhiều nhất ở 5 quốc gia châu Âu (Pháp, Vương quốc Anh, Đức, Tây Ban Nha và Hà Lan) giai đoạn 2012 đến 2021. Đồng thời, dữ liệu từ các cơ sở dữ liệu ATLAS và SENTRY tại cùng thời điểm cũng ghi nhận được sự gia tăng của tình trạng kháng azithromycin trên toàn cầu. Hơn nữa, sự gia tăng này có mối liên quan với các chỉ định của azithromycin đã được phê duyệt tại châu Âu.

Do đó, với mục đích tăng cường sử dụng thuốc hợp lý và đảm bảo hiệu quả điều trị của các kháng sinh macrolid, CHMP đã tiến hành đánh giá lại lợi ích và nguy cơ của azithromycin (bao gồm: dạng đường uống và dạng truyền tĩnh mạch). Tất cả dữ liệu sẵn có được đưa vào đánh giá, bao gồm kết quả từ các nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ kháng thuốc của các tác nhân gây bệnh liên quan đến các chỉ định đã được phê duyệt tại châu Âu, đánh giá nguy cơ kháng thuốc trong quá trình điều trị, các khuyến nghị trong các hướng dẫn hiện hành và hướng dẫn điều trị của Liên minh châu Âu (EU).

**ĐIỂM TIN**

EMA: CÁC KHUYẾN CÁO MỚI VỀ CHỈ ĐỊNH CỦA KHÁNG SINH AZITHROMYCIN TỪ ỦY BAN THUỐC SỬ DỤNG CHO NGƯỜI (CHMP)

Cập nhật khuyến cáo mới về chỉ định

Dựa trên đánh giá toàn diện này, CHMP khuyến nghị cập nhật hầu hết các chỉ định của thuốc azithromycin dạng đường uống và đường truyền tĩnh mạch. Cùng với đó, các cập nhật này cũng được điều chỉnh phù hợp nhất dựa trên các khuyến nghị về liều lượng và chống chỉ định, tương tác, sử dụng trong thai kỳ, tác dụng không mong muốn và dữ liệu từ các nghiên cứu lâm sàng từ tất cả các chế phẩm azithromycin đang lưu hành. Cụ thể, các chỉ định quan trọng được rà soát và cập nhật như sau:

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và dưới (nhiễm trùng mũi, họng, khí quản và phổi): viêm xoang cấp tính do vi khuẩn, viêm amidan và viêm họng cấp do liên cầu khuẩn, đợt cấp của viêm phế quản mãn tính và viêm phổi mắc phải trong cộng đồng;
- Các bệnh lây qua đường tình dục: viêm niệu đạo và viêm cổ tử cung do *Chlamydia trachomatis* hoặc *Neisseria gonorrhoeae*;
- Nhiễm khuẩn phụ khoa: viêm vùng chậu;
- Nhiễm khuẩn răng: áp xe nha chu và viêm nha chu
- Điều trị và dự phòng các loại nhiễm khuẩn phức tạp gây bởi *Mycobacterium avium* trên bệnh nhân nhiễm HIV-1.



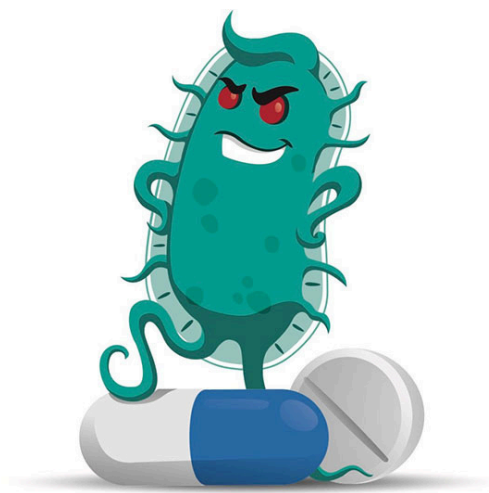
Ngoài ra, CHMP khuyến cáo **không sử dụng** azithromycin đường uống trong các trường hợp sau:

- Mụn trứng cá mức độ trung bình, nguyên nhân do lỗ chân lông bị tắc nghẽn bởi dầu thừa và tế bào chết;
- Diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* gây nhiễm khuẩn dạ dày dẫn đến tình trạng viêm và loét dạ dày mạn tính;
- Dự phòng cơn hen cấp có/không kèm tăng bạch cầu ái toan.

Cập nhật cảnh báo mới

CHMP nhấn mạnh về nguy cơ kháng kháng sinh trong tờ thông tin sản phẩm. Theo đó, azithromycin có thể thúc đẩy sự gia tăng tình trạng kháng thuốc do nồng độ thuốc trong máu và mô vẫn duy trì ở mức thấp trong một khoảng thời gian dài sau khi đã ngừng thuốc. Cảnh báo mới này nhấn mạnh azithromycin chỉ nên được sử dụng khi đã cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, tình trạng kháng thuốc tại địa phương, và khi phác đồ điều trị đầu tay không phù hợp.

Đề xuất của CHMP đã được gửi đến Liên minh châu Âu để ban hành các quyết định mang tính pháp lý, có hiệu lực trên tất cả các quốc gia thành viên.



Khuyến cáo dành cho cán bộ y tế

- Khuyến cáo không chỉ định azithromycin đường uống trong điều trị mụn trứng cá mức độ trung bình, điều trị vi khuẩn *Helicobacter pylori* và dự phòng các đợt hen cấp có/không tăng bạch cầu ái toan.
- Cập nhật cảnh báo mới trong tờ thông tin sản phẩm của azithromycin về nguy cơ gia tăng tình trạng kháng thuốc kháng sinh.
- Cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, dịch tễ kháng thuốc tại địa phương, các liệu pháp ưu tiên khác trước khi kê đơn azithromycin.

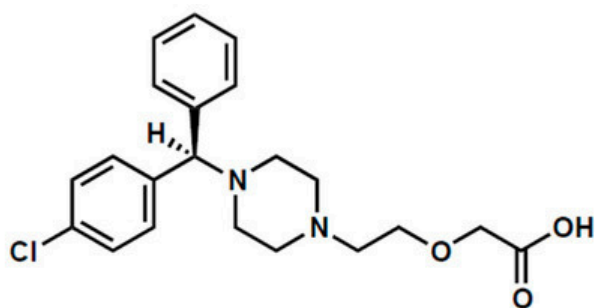
Nguồn:

<https://www.ema.europa.eu/en/news/changes-use-antibiotic-azithromycin>

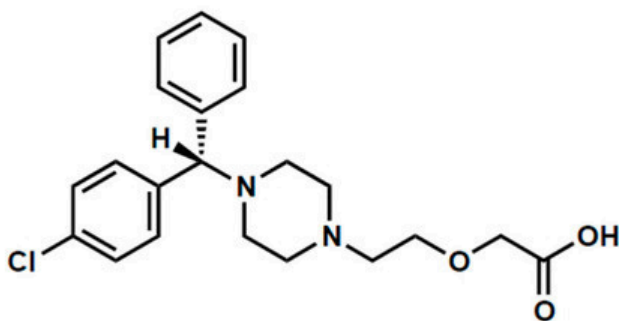
FDA: CẢNH BÁO VỀ NGUY CƠ NGỪA NGHIÊM TRỌNG KHI NGỪNG THUỐC KHÁNG HISTAMIN ĐƯỜNG UỐNG SAU ĐỢT ĐIỀU TRỊ KÉO DÀI

Các thuốc kháng histamin bao gồm cả những thuốc kê đơn và không kê đơn (OTC). Tình trạng ngứa đã được ghi nhận trên bệnh nhân sử dụng các thuốc này hàng ngày và kéo dài ít nhất vài tháng đến vài năm. Các bệnh nhân này cũng không có tiền sử ngứa trước khi khởi đầu điều trị với các thuốc kháng histamin. Các trường hợp được báo cáo tuy hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, bệnh nhân thường có biểu hiện ngứa nghiêm trọng, lan rộng và cần đến can thiệp y tế. Do đó, FDA đang bổ sung cảnh báo trên tờ thông tin sản phẩm về nguy cơ ngứa khi ngừng thuốc sau khi sử dụng các thuốc kháng histamin kê đơn (bao gồm: cetirizin và levocetirizin) kéo dài. FDA sẽ yêu cầu các nhà sản xuất bổ sung cảnh báo về nguy cơ này trên nhãn thuốc của các kháng histamin không kê đơn (OTC). Trong thời gian chờ cập nhật, FDA tiếp tục theo dõi và cảnh báo cho cộng đồng về phản ứng có hại hiếm gặp nhưng nghiêm trọng này.

Nguy cơ ngứa nghiêm trọng liên quan đến cetirizin và levocetirizin.



Levocetirizine



(S)-Cetirizine

Cetirizin và levocetirizin là các thuốc kháng histamin, có tác dụng đối kháng với histamin do cơ thể giải phóng trong các phản ứng dị ứng. Cả hai thuốc đều được phê duyệt cho chỉ định điều trị dị ứng theo mùa ở người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên, dị ứng quanh năm (viêm mũi dị ứng quanh năm và mày đay mạn tính quanh năm) ở bệnh nhân từ 6 tháng tuổi trở lên.

Trong khoảng thời gian từ ngày 25/04/2017 đến ngày 06/07/2023, FDA đã ghi nhận được 209 trường hợp trên thế giới (197 trường hợp ở Hoa Kỳ) xuất hiện ngứa sau khi ngừng sử dụng cetirizin (180 trường hợp), levocetirizin (27 trường hợp), hoặc cả hai thuốc (2 trường hợp) trong cơ sở dữ liệu của hệ thống báo cáo biến cố bất lợi FDA (FDA Adverse Event Reporting System - FAERS). Trong tất cả 209 trường hợp, biến cố ngứa đều có mối liên hệ phù hợp về thời gian với việc ngừng thuốc, cụ thể thời gian khởi phát ngứa trung vị là 2 ngày, dao động từ 1 - 5 ngày. 182 trường hợp (chiếm 87%) được báo cáo trực tiếp từ người dùng thuốc, trong đó 6 trường hợp do nhân viên y tế tự báo cáo triệu chứng của chính họ. Trong đó, 106 trường hợp có thông tin về thời gian sử dụng thuốc, khoảng 92% (97 trường hợp) có thời gian dùng thuốc trên 3 tháng, cho thấy việc sử dụng kéo dài có thể là một yếu tố nguy cơ gây biến cố này. Trung vị của thời gian sử dụng thuốc trước khi xuất hiện ngứa sau khi ngừng thuốc là 33 tháng, tuy nhiên dao động rất lớn từ 1 tuần đến 23 năm. Ngoài ra, số ca ngứa tăng khi thời gian sử dụng thuốc tăng, cho thấy rằng thời gian sử dụng thuốc càng kéo dài thì càng tăng nguy cơ gặp biến cố bất lợi này.

Nhiều báo cáo mô tả tình trạng ngứa lan rộng toàn thân sau khi ngừng thuốc, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh. Các biến chứng nghiêm trọng bao gồm: tàn tật (48 trường hợp), nhập viện (3 trường hợp), xuất hiện ý định hoặc hành vi tự sát (2 trường hợp). Có 92/93 trường hợp ghi nhận được biến cố ngứa lại xuất hiện sau khi tái sử dụng sau đó ngừng thuốc. Tuy nhiên, việc tái sử dụng thuốc giúp giảm ngứa ở 71/79 trường hợp (chiếm 90%), sau đó, giảm liều thuốc từ từ giúp cải thiện triệu chứng ở 9 trong số 24 trường hợp thử sử dụng phương pháp này (chiếm 38%).

FDA: CẢNH BÁO VỀ NGUY CƠ NGỨA NGHIÊM TRỌNG KHI NGỪNG THUỐC KHÁNG HISTAMIN ĐƯỜNG UỐNG SAU ĐỢT ĐIỀU TRỊ KÉO DÀI

Hầu hết các thuốc cetirizin và levocetirizin được cấp phát dưới dạng thuốc (OTC). Cụ thể, năm 2022, ước tính có khoảng 26,8 triệu đơn thuốc cetirizin và levocetirizin được cấp phát từ các nhà thuốc ngoại trú tại Hoa Kỳ, trong đó, 65% (17,5 triệu đơn thuốc) là các kê đơn OTC, 35% (9,3 triệu đơn) là thuốc kê đơn. Ngoài ra, ước tính 62,7 triệu gói thuốc cetirizin và levocetirizin OTC được bán cho người bệnh từ các cơ sở bán lẻ.

Mặc dù, cơ chế chưa rõ ràng, tuy nhiên, đánh giá của FDA cho thấy có mối liên quan giữa phản ứng ngứa với việc ngừng các thuốc cetirizin và levocetirizin. Nhiều báo cáo mô tả tình trạng ngứa lan rộng, cần can thiệp y tế, đồng thời ảnh hưởng đáng kể và kéo dài đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân xuất hiện ngứa sau khi ngừng thuốc đều có thời gian sử dụng thuốc kéo dài hơn 3 tháng, chỉ một số ít trường hợp xuất hiện khi dùng thuốc dưới 1 tháng. Việc tái sử dụng thuốc giúp làm giảm ngứa ở đa số trường hợp, ngoài ra, ở một số bệnh nhân, việc giảm liều từ từ sau khi tái sử dụng cũng giúp cải thiện triệu chứng. Hiện nay, FDA chưa xác định được yếu tố nguy cơ nào khác dẫn đến tình trạng ngứa sau khi ngừng thuốc.

FDA lưu ý rằng tất cả các loại thuốc đều có thể gây ra tác dụng không mong muốn ngay cả khi được sử dụng với chỉ định phù hợp. Mỗi cá thể bệnh nhân có thể phản ứng với thuốc theo cách khác nhau, tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe, yếu tố di truyền, các loại thuốc dùng đồng thời, Do đó, FDA chưa thể xác định chính xác khả năng một bệnh nhân gặp phải phản ứng ngứa sau khi ngừng sử dụng cetirizin hoặc levocetirizin.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Nhân viên y tế cần lưu ý nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng các thuốc kháng histamin (cetirizin, levocetirizin) sau đợt sử dụng kéo dài. Báo cáo về phản ứng có hại này đã được ghi nhận ở bệnh nhân dùng thuốc kháng histamin hàng ngày và kéo dài ít nhất vài tháng, thậm chí là vài năm.
- Thời gian khởi phát ngứa thường trong vòng vài ngày sau khi ngừng thuốc, đôi với cả thuốc kê đơn và OTC chứa cetirizin, levocetirizin.
- Khuyến cáo bệnh nhân thông báo với nhân viên y tế khi xuất hiện ngứa nghiêm trọng sau khi ngừng cetirizin hoặc levocetirizin.
- Hiệu quả của các biện pháp xử trí phản ứng có hại này chưa được đánh giá đầy đủ. Tuy nhiên, triệu chứng ngứa giảm ở hầu hết bệnh nhân khi tái sử dụng thuốc, và ở một số bệnh nhân giảm liều từ từ sau khi tái sử dụng thuốc.
- Trước khi kê đơn những thuốc kháng histamin đường uống, đặc biệt khi cần sử dụng các thuốc này kéo dài, thảo luận với bệnh nhân về nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng cetirizin hoặc levocetirizin. Nguy cơ này cần được thảo luận đối với cả những bệnh nhân sử dụng thuốc OTC chứa cetirizin or levocetirizin.
- Báo cáo các biên cô bất lợi nghi ngờ do cetirizin hoặc levocetirizin.



ĐIỂM TIN

Cảnh báo về nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng kháng histamin đường uống sau đợt điều trị kéo dài

Thông tin từ CQQL Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA)

Nguồn: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-requires-warning-about-rare-severe-itching-after-stopping-long-term-use-oral-allergy-medicines>

MHRA: CẢNH BÁO VỀ NGUY CƠ LẠM DỤNG THUỐC CHỦ VẬN BETA-2 TÁC DỤNG NGẮN (SABA) TRONG ĐIỀU TRỊ HEN VÀ CẬP NHẬT QUAN TRỌNG TRONG HƯỚNG DẪN KÊ ĐƠN SABA

Thuốc chủ vận thụ thể beta-2 tác dụng ngắn (Short-acting beta 2 agonists - SABA) được chỉ định để làm giảm triệu chứng trong điều trị hen. Các SABA đang được cấp phép lưu hành bao gồm salbutamol và terbutalin.

Trước tháng 12 năm 2024, SABA dạng hít được khuyến cáo sử dụng để cắt cơn hen. Đối với bệnh nhân có các cơn hen xuất hiện ngắn và không thường xuyên, cùng với chức năng phổi bình thường, có thể sử dụng SABA dạng hít đơn trị liệu để kiểm soát triệu chứng hen của bệnh nhân.



Cập nhật thông tin sản phẩm thuốc SABA tại Anh

Cơ quan Quản lý Dược phẩm Anh (MHRA) và Ủy ban Cảnh giác Dược của Cơ quan quản lý Dược phẩm Châu Âu (PRAC) đã bắt đầu đánh giá nguy cơ lạm dụng SABA vào năm 2022. Đánh giá được tiến hành dựa trên dữ liệu từ 187.675 bệnh án điện tử của các bệnh nhân hen từ 12 tuổi trở lên tại Anh hoặc tại các nước thành viên khác. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng việc sử dụng ba ống hít SABA trở lên trong vòng một năm có liên quan đến nguy cơ bệnh nhân gặp phải các cơn hen kịch phát nặng. Mối liên quan này hoàn toàn độc lập với việc sử dụng các thuốc chống viêm trong phác đồ điều trị hen.

Dựa trên kết quả đánh giá này, năm 2023, MHRA đã tăng cường cảnh báo về nguy cơ bệnh hen tiến triển xấu đi khi lạm dụng SABA để cắt cơn hen. Các khuyến cáo được bổ sung trong tờ thông tin sản phẩm của các thuốc SABA đang lưu hành tại Anh, bao gồm:

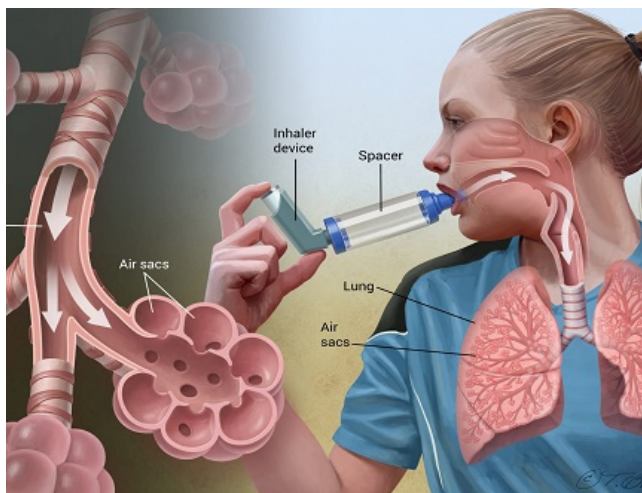
- Việc sử dụng thường xuyên các thuốc dự phòng hen là quan trọng kể cả khi bệnh hen đã được kiểm soát tốt hoặc hiếm khi cần sử dụng các thuốc cắt cơn dạng hít.
- Khuyến cáo bệnh nhân báo ngay cho nhân viên y tế khi tần suất sử dụng SABA tăng lên, đảm bảo kịp thời đánh giá lại phác đồ điều trị hen.

Báo cáo từ Cơ sở Dữ liệu Quốc gia

Một nghiên cứu được công bố vào tháng 12 năm 2024 về các trường hợp tử vong ở trẻ em do hen hoặc phản vệ giai đoạn từ tháng 04/2019 đến tháng 03/2023. Kết quả nghiên cứu này góp phần ủng hộ các bằng chứng trước đó về nguy cơ liên quan đến lạm dụng SABA. Cụ thể, 47 trẻ trong số 54 trẻ tử vong do hen (chiếm 87%) có sử dụng quá mức SABA (3 ống hít trở lên/năm) để cắt cơn vào năm trước khi tử vong, trong đó, 27 trẻ (50%) được sử dụng từ 12 ống hít SABA trở lên. Ngoài ra, 35 trẻ (chiếm 65%) không được sử dụng các thuốc dự phòng hen tái phát đầy đủ trong năm trước khi tử vong (< 9 ống hít/năm), trong đó, 23 trẻ (43%) chỉ nhận tối đa 4 ống hít.



MHRA: CẢNH BÁO VỀ NGUY CƠ LẠM DỤNG THUỐC CHỦ VẬN BETA-2 TÁC DỤNG NGẮN (SABA) TRONG ĐIỀU TRỊ HEN VÀ CẬP NHẬT QUAN TRỌNG TRONG HƯỚNG DẪN KÊ ĐƠN SABA

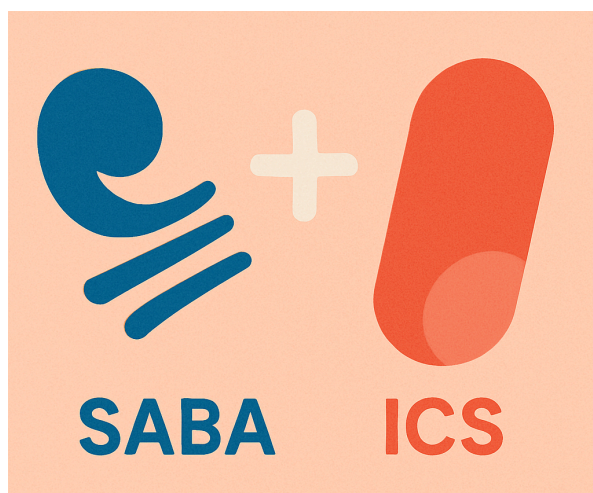


Cập nhật hướng dẫn điều trị hen tại Anh năm 2024

Hướng dẫn điều trị hen của Anh được cập nhật vào tháng 11 năm 2024 sau khi phân tích dữ liệu từ nhiều nguồn bao gồm các tổng kết quốc gia về tỉ lệ tử vong do bệnh hen ở cả người lớn và trẻ em. Kết quả này nhấn mạnh rằng việc sử dụng SABA đơn thuần sẽ cho thấy kết cục xấu nhất trên lâm sàng đối với bệnh nhân hen ở mọi nhóm tuổi. Đồng thời, lạm dụng SABA có liên quan đến nguy cơ cơn hen kịch phát nặng, cần nhập viện và thậm chí là tử vong, bất kể mức độ nặng của tình trạng hen hay việc có hay không sử dụng đồng thời các thuốc chống viêm. Hướng dẫn cập nhật này không còn khuyến cáo sử dụng đơn trị liệu SABA dạng hít trong điều trị bệnh hen mà được kê đơn đồng thời một loại thuốc corticosteroid để dự phòng cơn hen tái phát. Hướng dẫn hiện tại khuyến nghị rằng phần lớn bệnh nhân hen nên được kiểm soát cơn hen bằng liệu pháp chống viêm cắt cơn (anti-inflammatory reliever - AIR) hoặc liệu pháp điều trị duy trì và cắt cơn (maintenance and reliever - MART) mà không cần sử dụng SABA. Đồng thời, hướng dẫn khuyến cáo đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị hen trên bệnh nhân mỗi lần tái khám để đảm bảo tối ưu hóa điều trị.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Việc sử dụng quá mức thuốc SABA để cắt cơn hen có thể che giấu tình trạng tiên trien xấu đi của bệnh hen và tăng nguy cơ xuất hiện các cơn hen nặng kịch phát, thậm chí đe dọa tới tính mạng.
- Không kê đơn SABA cho bệnh nhân hen ở bất kỳ độ tuổi nào trừ khi kê đơn đồng thời corticosteroid dạng hít (ICS)
- Đảm bảo mọi bệnh nhân hen đều được điều trị duy trì bằng phác đồ chống viêm phù hợp ngay cả khi tình trạng hen đã được kiểm soát tốt. Cá nhân hóa điều trị đối với từng người bệnh.
- Cần nhắc đánh giá và điều chỉnh phác đồ điều trị hen đối các bệnh nhân cần sử dụng SABA để giảm triệu chứng > 2 lần/tuần
- Cần đánh giá lại phác đồ điều trị ngay đối với các bệnh nhân có số đơn thuốc chữa SABA dạng hít tăng hoặc không tuân thủ phác đồ duy trì với thuốc chống viêm đã kê đơn.
- Khuyến cáo sử dụng liệu pháp thay thế như liệu pháp AIR và liệu pháp MART đối với đối tượng bệnh nhân trên 12 tuổi chưa kiểm soát hen tốt
- Báo cáo những trường hợp nghi ngờ là phản ứng có hại của thuốc



Nguồn: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/short-acting-beta-2-agonists-saba-salbutamol-and-terbutaline-reminder-of-the-risks-from-overuse-in-asthma-and-to-be-aware-of-changes-in-the-saba-prescribing-guidelines>

HƯỚNG TỚI SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ

MEDSAFE: CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM TOAN CETON KHI SỬ DỤNG THUỐC ỨNG CHẾ SGLT-2

Nhiễm toan ceton là một tình trạng đe dọa tính mạng, cần can thiệp cấp cứu y tế. Đây là một phản ứng bất lợi đã biết của thuốc ức chế kênh đồng vận chuyên natri - glucose 2 (SGLT-2), bao gồm các hoạt chất empagliflozin và dapagliflozin.

Tổng quan về nhiễm toan ceton và thuốc ức chế SGLT-2

Cơ chế

Thuốc ức chế SGLT-2 làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton thông qua nhiều cơ chế kích thích tăng tổng hợp ceton và phân giải lipid, bao gồm:

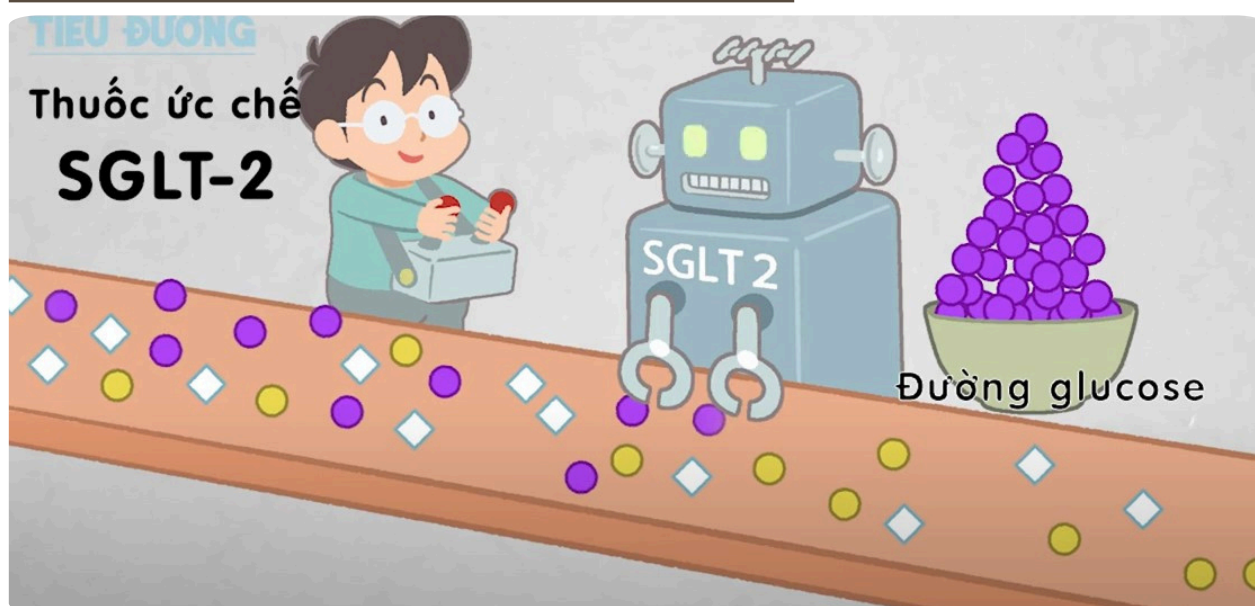
- Tăng tiết glucagon
- Đường niệu, làm giảm đường huyết và dẫn đến giảm liều insulin
- Tái hấp thu ceton tại thận
- Lợi niệu thâm thấu

Yếu tố nguy cơ

Bệnh nhân mắc đái tháo đường typ 2 đã có nguy cơ nhiễm toan ceton (biên chứng nhiễm toan ceton của đái tháo đường). Tuy nhiên, các báo cáo về tình trạng nhiễm toan ceton cũng đã được ghi nhận ở những bệnh nhân không mắc đái tháo đường có sử dụng empagliflozin.

Bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 có thể có các yếu tố khác làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton, bao gồm:

- Tình trạng bệnh cấp tính hoặc nhiễm khuẩn
- Phẫu thuật
- Rối loạn tuyến tụy dẫn tới thiếu hụt insulin
- Giảm liều insulin không phù hợp (bao gồm hỏng bơm insulin)
- Mất nước nghiêm trọng
- Suy dinh dưỡng/Giảm tiêu thụ calo
- Chế độ ăn ít tinh bột hoặc chế độ ăn Keto
- Uống nhiều rượu
- Tiền sử nhiễm toan ceton



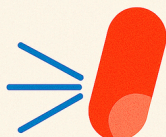
MEDSAFE: CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM TOAN CETON KHI SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ SGLT-2

FDA-approved SGLT2* Inhibitors

Canagliflozin (Invokana)

Dapagliflozin (Farxiga)

Empagliflozin (Jardiance)



Cần nhắc kê đơn

Thận trọng khi kê đơn thuốc ức chế SGLT-2 cho bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ nhiễm toan ceton.

Nhân viên y tế cần thông tin cho bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 về các yếu tố nguy cơ, dấu hiệu và triệu chứng nhiễm toan ceton. Đường huyết có thể ở mức bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ. Các triệu chứng có thể không đặc hiệu và bao gồm buồn nôn, nôn, khó chịu, chán ăn, đau bụng, khát nước bất thường, khó thở, chóng mặt hoặc lú lẫn. Do đó, người bệnh cần gặp bác sĩ ngay khi xuất hiện triệu chứng của nhiễm toan ceton, bất kể có mức đường huyết nào.

Cần nhắc theo dõi nồng độ ceton và tạm thời ngừng thuốc ức chế SGLT-2 trong các trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao nhiễm toan ceton. Tham khảo các hướng dẫn điều trị lâm sàng ở địa phương, bao gồm xử trí trước phẫu thuật/thủ thuật và trong trường hợp có bệnh lý cấp tính.

Tình trạng nhiễm toan ceton có thể kéo dài ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, kể cả khi đã ngừng sử dụng thuốc ức chế SGLT-2.

Các báo cáo được ghi nhận tại New Zealand liên quan đến empagliflozin

Từ tháng 1/2021 đến 15/9/2024, 87 báo cáo ghi nhận nhiễm toan ceton trên bệnh nhân đang sử dụng empagliflozin.

Tất cả trường hợp này đều là báo cáo nghiêm trọng với thời gian khởi phát trung bình là 59 ngày (từ 1 đến 703 ngày).

Các yếu tố nguy cơ được báo cáo trong một số trường hợp bao gồm:

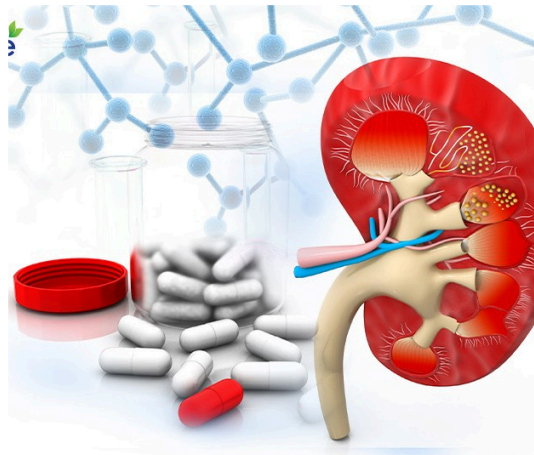
- Nhiễm khuẩn cấp tính
- Thay đổi chế độ ăn
- Mất nước
- Sút cân
- Giảm hoặc bỏ liều insulin
- Phẫu thuật/thủ thuật
- Uống nhiều rượu



Nguồn: medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/December2024/Reminder-risk-factors-for-ketoacidosis-with-SGLT-2-inhibitors.html

TỔNG QUAN VỀ THUỐC KHÁNG SINH GÂY RA ĐỘC TÍNH THẬN

Độc tính thận do thuốc chiếm tới 60% các trường hợp tổn thương thận cấp tính (AKI) ở bệnh nhân nằm viện và liên quan đến việc tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở cả người lớn và trẻ em. Thuốc kháng sinh là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây độc tính thận do thuốc. Cơ chế gây độc tính thận do thuốc kháng sinh bao gồm tổn thương cầu thận, tổn thương hoặc rối loạn chức năng ống thận, tắc nghẽn ống thận xa và viêm thận kẽ cấp tính (AIN) do phản ứng quá mẫn typ IV (quá mẫn chậm). Biểu hiện lâm sàng của độc tính thận do kháng sinh gây ra bao gồm hoại tử ống thận cấp (ATN), AIN và hội chứng Fanconi.



Aminoglycoside

Aminoglycoside có tác dụng hậu kháng sinh kéo dài và hoạt động theo cách diệt khuẩn phụ thuộc vào nồng độ. Độc tính thận xảy ra thường xuyên liều lặp lại, dẫn đến tăng tích tụ kháng sinh trong nhu mô thận. Trong số các aminoglycoside, độc tính với thận nhất là neomycin, tiếp theo là gentamicin, tobramycin và amikacin. Streptomycin có vẻ là ít độc tính với thận nhất.

AKI do aminoglycoside gây ra bao gồm ATN, thường xuất hiện sau 5 đến 7 ngày kể từ khi tiếp xúc ban đầu. Ngoài ra, thuốc cũng có thể gây ra rối loạn chức năng ống thận gần, được gọi là hội chứng Fanconi, dẫn đến nhiễm toan chuyển hóa, hạ phosphat máu, glucose niệu, aminoacid niệu.

Các chiến lược để ngăn ngừa AKI do aminoglycoside gây ra bao gồm sử dụng aminoglycoside ít độc hơn, điều chỉnh liều theo tỷ lệ lọc cầu thận ước tính, theo dõi thường xuyên nồng độ đáy thuốc và kéo dài khoảng cách dùng thuốc (dùng liều cao hơn của thuốc ít thường xuyên hơn).

Vancomycin

AKI từ vancomycin thường bao gồm ATN và AIN, có thể xảy ra từ 4 đến 17 ngày sau khi dùng. ATN do vancomycin gây ra có liên quan đến thiếu niệu và tăng creatinin huyết thanh cấp tính. Mặt khác, AIN do vancomycin gây ra sẽ biểu hiện dưới dạng AKI không thiếu niệu liên quan đến protein niệu không phải thận hư từ 7 đến 14 ngày sau khi tiếp xúc. Về mặt triệu chứng, có thể có phát ban, sốt và tăng bạch cầu ái toan.

Các yếu tố nguy cơ phát triển AKI bao gồm nồng độ đáy cao hơn (>15 mg/l), thời gian sử dụng dài hơn (>7 ngày), béo phì, bệnh nặng và bệnh thận mãn tính tiềm ẩn. Phòng ngừa AKI do vancomycin gây ra được thực hiện bằng cách theo dõi nồng độ đáy thuốc để tránh nồng độ vượt quá mức điều trị, tránh sử dụng độc tố thận và duy trì đủ nước.

Beta-lactam

Beta-lactam là một nhóm kháng sinh phổ biến có trong bao gồm penicillin, cephalosporin, carbapenem và monobactam. Beta-lactam thường liên quan đến sự phát triển của AIN. Trong số AIN sẽ biểu hiện dưới dạng AKI không thiếu niệu, thường là khoảng 8 đến 10 ngày sau khi tiếp xúc với thuốc, kèm theo mủ niệu, máu niệu và protein niệu cấp độ thấp. Thỉnh thoảng, thấy tăng bạch cầu ái toan và các triệu chứng dị ứng khác.



TỔNG QUAN VỀ THUỐC KHÁNG SINH GÂY RA ĐỘC TÍNH THẬN

Trimethoprim-sulfamethoxazole

Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP/SMX) hữu ích trong điều trị và phòng ngừa nhiễm trùng gram dương và gram âm ở đường hô hấp, đường tiêu hóa và đường tiết niệu sinh dục. Tuy nhiên, TMP/SMX được biết là gây độc cho thận thông qua nhiều cơ chế. Trimethoprim là “thuốc giả độc” làm giảm tiết creatinin ở ống thận, gây tăng creatinin huyết thanh. Tuy nhiên, AKI thực sự từ AIN có thể phát triển, thường gặp hơn từ thành phần sulfamethoxazole, liên quan đến khởi phát tương đối nhanh và các triệu chứng dị ứng. Một dạng AKI ít phổ biến hơn là do tắc nghẽn trong ống thận do kết tủa sulfamethoxazole. Tắc nghẽn ống thận sau khi tiếp xúc với sulfamethoxazole sẽ biểu hiện dưới dạng AKI thiểu niệu sau khoảng 7 ngày. TMP/SMX cũng được biết là gây tăng kali máu. Các yếu tố nguy cơ của AKI từ TMP/SMX là tăng huyết áp, đái tháo đường, liều cao sulfamethoxazole và giảm thể tích máu. Có thể phòng ngừa bằng cách đảm bảo đủ nước và kiểm tra nước tiểu.

Fluoroquinolone

AKI có liên quan đến một số Fluoroquinolone (FQ) như ciprofloxacin và ít gặp hơn là levofloxacin và moxifloxacin, các FQ như gatifloxacin, norfloxacin và gemifloxacin có nguy cơ AKI hiếm gặp hơn nhiều. AKI từ FQ thường là thứ phát sau AIN, nhưng cũng đã được báo cáo là gây ra ATN khi dùng quá liều. AIN từ FQ có thể hoặc không biểu hiện các tác động viêm cổ điển (như mủ niệu hoặc tăng bạch cầu ái toan) và thường không thiểu niệu. Ngược lại, AKI từ ATN có thể dẫn đến vô niệu.

Các yếu tố nguy cơ phát triển tinh thể niệu bao gồm nước tiểu kiềm ($\text{pH} > 6,8$), sử dụng đồng thời thuốc chẹn hệ renin-angiotensin cũng như các yếu tố làm tăng nguy cơ kết tủa, bao gồm thể tích nước tiểu thấp và nồng độ thuốc cao.

Bệnh thận do FQ thường phát triển không có triệu chứng, với sự gia tăng cấp tính của creatinine và thiểu niệu. Các biện pháp phòng ngừa bao gồm đảm bảo đủ nước, tránh nước tiểu kiềm, cũng như sử dụng FQ ít liên quan đến AKI hơn, chẳng hạn như moxifloxacin hoặc norfloxacin.

Tetracycline

Độc tính trên thận từ các loại kháng sinh này thường được báo cáo là tổn thương ống thận gần dẫn đến hội chứng Fanconi. Rối loạn chức năng ống thận thường được thấy khoảng 1 tuần sau khi tiếp xúc với tetracycline và dấu hiệu phổ biến nhất là hạ kali máu, cũng như phosphat niệu và glucos niệu. Rối loạn chức năng ống thận này thường cần khoảng 9 tuần để phục hồi. Ít phổ biến hơn, AIN từ minocycline và doxycycline đã được báo cáo, bệnh nhân có thể không có triệu chứng hoặc bị sốt, phát ban và tăng bạch cầu ái toan.

Các yếu tố nguy cơ gây độc thận do tetracycline (cụ thể là rối loạn chức năng ống thận) bao gồm việc sử dụng các loại thuốc đã lỗi thời hoặc kém chất lượng.

Colistin

Colistin là một loại kháng sinh polymyxin đã chứng minh vai trò trong việc sử dụng chống lại các vi khuẩn gram âm kháng nhiều loại thuốc nghiêm trọng, bao gồm *Pseudomonas* hoặc *Klebsiella*. Tuy nhiên, việc sử dụng nó bị hạn chế bởi độc tính với thận. Biểu hiện điển hình của AKI từ colistin xảy ra khoảng 5 đến 7 ngày sau khi tiếp xúc và nguyên nhân cơ bản của AKI từ colistin dường như là ATN. Các yếu tố nguy cơ đối với AKI bao gồm liều colistin hàng ngày cao ($> 5 \text{ mg/kg}$ tương đương 150.000 IU/kg), tuổi cao, mức độ nghiêm trọng của bệnh tiềm ẩn, bệnh đi kèm, chẳng hạn như bệnh thận hoặc gan mãn tính và sử dụng đồng thời các độc tố thận, chẳng hạn như vancomycin.

Các biện pháp chung để phòng ngừa

Điều chỉnh liều lượng thuốc bằng công thức Cockcroft-Gault (ở người lớn) hoặc công thức Schwartz (ở trẻ em).

Đánh giá chức năng thận ban đầu xem xét chức năng thận của bệnh nhân khi kê đơn thuốc mới

Tránh kết hợp thuốc gây độc cho thận

Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây độc thận trước khi bắt đầu dùng thuốc

Đảm bảo đủ nước trước và trong quá trình điều trị bằng thuốc có khả năng gây độc cho thận

Sử dụng các loại thuốc không gây độc cho thận có hiệu quả tương đương bất cứ khi nào có thể

TỔNG QUAN VỀ THUỐC KHÁNG SINH GÂY RA ĐỘC TÍNH THẬN

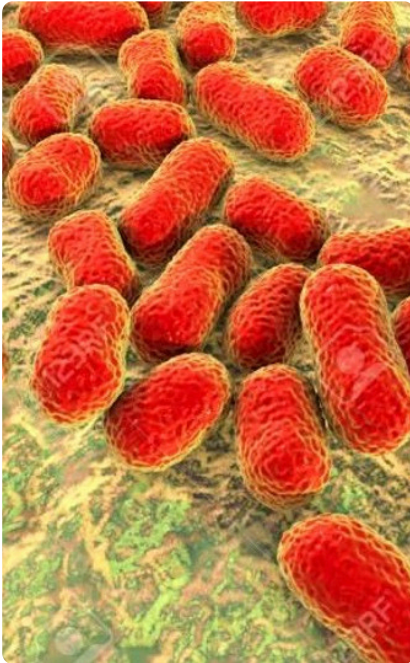
Bảng danh sách các thuốc kháng sinh liên quan đến nguy cơ độc tính thận

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Cơ chế bệnh sinh	Xử trí
Beta-lactam	Amoxicilin, penicillin, cephalosporin	Tính thể niệu và AKI Viêm kẽ thận cấp, viêm cầu thận do vi khuẩn	Đảm bảo thể tích máu bình thường, điều chỉnh liều
Aminoglycosid	Gentamicin, neomycin, amikacin	Tổn thương ống thận cấp	Chế độ liều duy nhất Điều chỉnh liều theo eGFR Sử dụng tobramycin thay thế
Glycopeptid	Vancomycin	Tổn thương ống thận cấp	Điều chỉnh liều Theo dõi thuốc điều trị Tránh kết hợp với piperacillin-tazobactam
Polymycin	Colistin	Tổn thương ống thận cấp	Sử dụng các tác nhân thay thế Điều chỉnh liều Tránh sử dụng kéo dài
Quinolon	Ciprofloxacin, Levofloxacin	Tính thể niệu và AKI Viêm thận kẽ cấp tính, bệnh thận tinh thể do thuốc	Đảm bảo thể tích tuần hoàn bình thường trong quá trình điều trị bằng thuốc và tránh nước tiểu có tính kiềm
Thuốc kháng khuẩn khác	Acyclovir	Viêm thận kẽ cấp tính, bệnh thận tinh thể do thuốc	
	Amphotericin B	Tổn thương ống thận cấp	Sử dụng dạng lipid hoặc liposome
	Rifampin	Viêm thận kẽ cấp tính	
	Sulfonamid	Viêm thận kẽ cấp tính, bệnh thận tinh thể do thuốc	

Tài liệu tham khảo

1. Ruth E. Campbell, Chang Huei Chen và Charles L. Edelstein. Overview of Antibiotic-Induced Nephrotoxicity. *Kidney International Reports* Volume 8, Issue 11, November 2023, Pages 2211-2225. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2023.08.031>
2. Perazella, Mark A.; Rosner, Mitchell H. Drug-Induced Acute Kidney Injury. *CJASN* 17(8):p 1220-1233, August 2022. | DOI: 10.2215/CJN.11290821

VAI TRÒ CỦA AMPICILLIN-SULBACTAM LIỀU CAO TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII ĐA KHÁNG



1. Khuyến cáo IDSA 2024 trong điều trị Acinetobacter baumannii kháng carbapenem (CRAB)

Nhiễm trùng do Acinetobacter baumannii kháng carbapenem (CRAB) là một trong những vấn đề đáng lo ngại ở bệnh viện. Một khi A. baumannii thể hiện tính kháng carbapenem, nó thường kháng với hầu hết các loại kháng sinh khác được cho là có hoạt tính chống lại A. baumannii trong tự nhiên, khiến cho các lựa chọn điều trị rất hạn chế. Với những bằng chứng hiện tại, IDSA 2024 khuyến cáo việc phối hợp ampicillin-sulbactam liều cao với một thuốc khác có tác dụng điều trị CRAB. Trong đó có 2 điểm lưu ý:

- Liều khuyến cáo của ampicillin-sulbactam liều cao là 27g/ngày ampicillin-sulbactam (18 gam ampicillin, 9 gam sulbactam) mỗi ngày (tương ứng với 18 lọ hàm lượng 1,5g/ngày)
- Liều cao ampicillin-sulbactam được khuyến cáo là một phần trong liệu pháp điều trị phối hợp, không phụ thuộc vào chủng CRAB phân lập được còn nhạy với ampicillin-sulbactam hay không.

2. Cơ chế tác động và vai trò của sulbactam liều cao đối với CRAB

Sulbactam là chất ức chế β -lactamase nhóm A với hoạt tính nội tại chống lại một số chủng vi khuẩn nhất định, bao gồm Acinetobacter baumannii. Ứng dụng lâm sàng của sulbactam đối với CRAB được quan tâm vì đặc tính đa kháng của chủng vi khuẩn này. Ở góc nhìn dược lý, cơ chế phân tử thúc đẩy hoạt tính kháng khuẩn của sulbactam đối với CRAB vẫn là một chủ đề quan trọng với các nhà nghiên cứu trong những thập kỷ qua. Hiện nay, một điều “tích cực” đáng chú ý đối với sulbactam là hai trong số các protein gắn kết (PBP) gồm PBP1 và PBP3 của các chủng CRAB rất ít ghi nhận sự đề kháng. Bên cạnh đó, lực liên kết với PBP ở CRAB đối với sulbactam lớn hơn tazobactam và acid clavulanic. Do đó, tiềm năng sử dụng sulbactam như một lựa chọn đầu tay để điều trị nhiễm trùng nặng do CRAB được quan tâm ngày càng nhiều.

Sulbactam



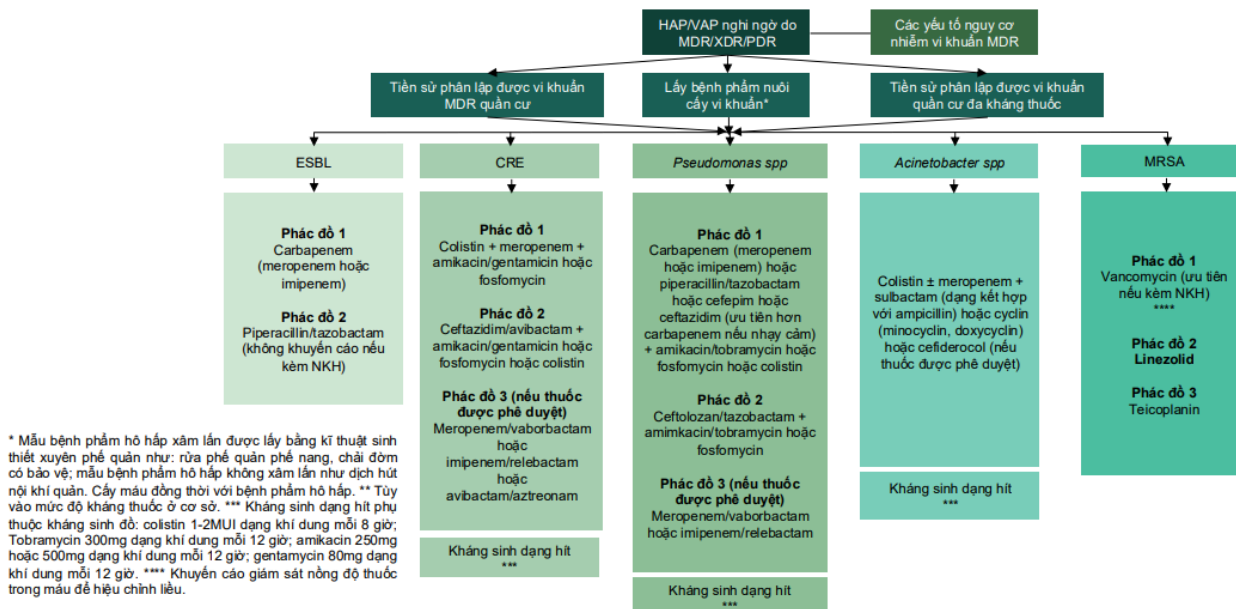
VAI TRÒ CỦA AMPICILLIN-SULBACTAM LIỀU CAO TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII ĐA KHÁNG

Liệu pháp kháng sinh phối hợp trong trường hợp nhiễm khuẩn do CRAB, ampicillin-sulbactam nên được ưu tiên như là một lựa chọn nên tảng từ khuyến cáo IDSA 2021 và được củng cố dẫn cho đến khuyến cáo hiện nay (2024). Đặc biệt, chế độ liều ampicillin-sulbactam đã được khuyến cáo là 27g (9g sulbactam, chia 3 lần/ngày truyền kéo dài 4 giờ hoặc dùng đường truyền liên tục 24 giờ). Ở liều cao, sulbactam có thể bão hòa toàn bộ các PBP1 và PBP3 của CRAB với sự gắn kết không thuận nghịch. Mô phỏng Monter Carlo thực hiện bởi Jaruratanasirikul và cộng sự cho thấy chế độ liều 9g sulbactam mỗi 24 giờ giúp đảm bảo mục tiêu 40-60 %T > MIC với các chủng CRAB có MIC đối với sulbactam 16mcg/ml với xác suất %PTA > 90%.

Về tính an toàn, kết quả một thử nghiệm RCT trên 28 bệnh nhân viêm phổi so sánh giữa hai chế độ liều đơn trị ampicillin-sulbactam và colistin cho thấy độc tính trên thận của ampicillin-sulbactam dường như thấp hơn rõ rệt khi so sánh với các liệu pháp sử dụng polymyxin (colistin). Về mặt hiệu quả, một phân tích gộp công bố năm 2021 bao gồm 18 nghiên cứu và 1835 bệnh nhân cho thấy liều cao ampicillin-sulbactam (ít nhất 18g/ngày) kết hợp với tác nhân thứ hai là liệu pháp hiệu quả nhất khi điều trị nhiễm trùng do CRAB trên những bệnh nhân nặng.

Tại Việt Nam, liều cao ampicillin-sulbactam đã được khuyến cáo trong điều trị viêm phổi bệnh viện/viêm phổi thở máy do CRAB theo khuyến cáo của Hội Hô hấp và Hội Hồi sức tích cực-chống độc Việt Nam năm 2023. Mặc dù meropenem hoặc imipenem-cilastatin liều cao, truyền kéo dài không được khuyến cáo cho nhiễm trùng CRAB theo IDSA 2024, tuy nhiên carbapenem vẫn là một lựa chọn tốt trong phác đồ phối hợp để điều trị CRAB trong bối cảnh nước ta hiện nay, có thể cân nhắc trong trường hợp MIC của CRAB với meropenem $\leq 8\text{mg/L}$.

Kết luận: Liều cao 27g ampicillin/sulbactam nên được khuyến cáo như một lựa chọn nên tảng phối hợp với kháng sinh khác (như colistin) trong điều trị hiện tại đối với các nhiễm trùng nặng (như viêm phổi bệnh viện) xác định do *Acinetobacter baumannii* đa kháng, kháng carbapenem.



Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam, Hội Hô hấp Việt Nam (2023), "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi liên quan thở máy".

Tài liệu tham khảo

- Pranita D. Tamma, Emily L. Heil, Julie Ann Justo, Amy J. Mathers, Michael J. Satlin, Robert A. Bonomo, Infectious Diseases Society of America Antimicrobial-Resistant Treatment Guidance: Gram-Negative Bacterial Infections. Infectious Diseases Society of America 2024; Version 4.0.
- Hội Hô hấp (2023). Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy.

CÁC DỤNG CỤ XỊT HÍT TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN VÀ COPD



Trong điều trị các bệnh lý hô hấp mạn tính như hen suyễn và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), các thuốc dạng xịt hít được sử dụng ngày càng phổ biến do mang lại tác dụng tại chỗ nhanh và ít có tác dụng phụ toàn thân. Có rất nhiều dụng cụ cung cấp thuốc qua đường xịt-hít được chia thành các loại được nêu dưới đây.

MDI (Metered Dose Inhaler) - Bình hít định liều

Bình hít định liều (MDIs) là dụng cụ phun hít cầm tay hoạt động bằng cơ chế dùng lực đẩy để phân bố thuốc. Đây là một dạng thuốc rất quen thuộc với các bệnh nhân mắc bệnh về hô hấp. Thuốc dạng lỏng được chứa trong hộp kim loại bọc phía ngoài bằng ống nhựa, có ống ngậm, liều lượng của thuốc đã được định sẵn.

1.1 Cấu tạo của MDI

MDI bao gồm ba phần chính:

1. Ống chứa thuốc (Canister): Chứa thuốc dưới dạng dung dịch hoặc hỗn dịch.
2. Bộ phận van định liều (Metering Valve): Định lượng chính xác lượng thuốc phóng ra mỗi lần sử dụng.
3. Ống ngậm (Mouthpiece) và bộ đẩy (Actuator): Giúp người dùng dễ dàng hít thuốc vào phổi.

1.2 Cách sử dụng MDI đúng cách

1. Lắc mạnh ống hít khoảng 5 giây trước khi sử dụng.
2. Thở ra hoàn toàn để chuẩn bị hít thuốc vào.
3. Đưa ống ngậm vào miệng, giữ chặt bằng môi.
4. Nhấn mạnh vào bình chứa thuốc trong khi hít sâu và chậm.
5. Giữ hơi thở trong 5-10 giây, sau đó thở ra nhẹ nhàng.
6. Chờ khoảng 30-60 giây trước khi xịt liều tiếp theo (nếu cần).
7. Súc miệng sau khi dùng thuốc (đặc biệt nếu sử dụng corticosteroid) để tránh tác dụng phụ như nhiễm nấm miệng.

1.3 Lưu ý khi sử dụng

Bình xịt phải được ngậm kín trong miệng. Nếu để bình xịt xa miệng thì thuốc sẽ bị xịt ra ngoài không khí, thuốc xịt không tới được phổi nên không thể phát huy được tác dụng.

Không được nằm xịt thuốc vì việc này sẽ cản trở thuốc tới phổi và gây khó thở cho bệnh nhân.

Phải để thẳng bình xịt, không xịt vào thẳng vòm họng hay lưỡi để che bình xịt.

Nếu là lần đầu tiên sử dụng nên xịt ra ngoài không khí một nhát trước để kiểm tra bình xịt hoạt động có tốt không.

Nếu sau khi xịt thuốc có nhiều hơi nước vương bên ngoài bình có nghĩa là đã thực hiện sai động tác.



CÁC DỤNG CỤ XỊT HÍT TRONG ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN VÀ COPD

DPI (Dry Powder Inhaler) - Bình hít bột khô

Bình hít bột khô (DPI) là dụng cụ giúp phân bố thuốc ở dạng các phân tử chứa trong nang vào trong cơ thể bằng cách hít thở tự nhiên.

1.1 Cấu tạo của DPI

DPI bao gồm ba phần chính:

1. Khoang chứa thuốc: Chứa thuốc dưới dạng bột khô, có thể ở dạng nang (capsule), đĩa hoặc hộp chứa sẵn nhiều liều.
2. Cơ chế phóng thuốc: Khi người dùng hít mạnh, thuốc được phân tán thành hạt nhỏ để đi vào đường hô hấp.
3. Ống ngậm: Nơi thuốc đi vào miệng và xuống phổi.

1.2 Cách sử dụng DPI đúng cách

1. Chuẩn bị thuốc: Nếu dùng loại có viên nang, đặt nang vào khoang chứa (nếu có).
2. Thở ra hoàn toàn trước khi hít thuốc (không thở vào thiết bị)
3. Đưa ống ngậm vào miệng, ngậm chặt môi quanh ống.
4. Hít mạnh và sâu qua miệng (càng nhanh, càng mạnh càng tốt).
5. Giữ hơi thở trong 5-10 giây để thuốc xuống phổi.
6. Thở ra nhẹ nhàng và kiểm tra xem đã hít hết thuốc chưa (nếu còn thuốc, lặp lại động tác).
7. Súc miệng sau khi sử dụng thuốc corticosteroid để tránh tác dụng phụ.

2.3 Lưu ý khi sử dụng DPI

Không thở vào thiết bị trước khi hít thuốc để tránh làm ẩm bột thuốc.

Luôn đóng nắp sau khi sử dụng để bảo quản thuốc.

Kiểm tra số liều còn lại nếu dùng loại có bộ đếm liều.

SMI (Soft Mist Inhaler) - Bình xịt sương mịn

SMI là thiết bị hít thuốc thể hệ mới, giúp đưa thuốc vào phổi dưới dạng sương mịn thay vì khí nén (MDI) hoặc bột khô (DPI). Dòng khí ra từ SMI chậm hơn và kéo dài hơn, giúp bệnh nhân dễ dàng hít thuốc vào phổi một cách hiệu quả hơn

1.1 Cấu tạo của SMI

SMI bao gồm ba phần chính:

1. Ống chứa thuốc (Cartridge): Chứa dung dịch thuốc.
2. Bộ phận phun sương: Tạo sương mịn từ dung dịch thuốc.
3. Ống ngậm (Mouthpiece): Dẫn thuốc vào miệng và phổi..

1.2 Cách sử dụng SMI đúng cách

1. Chuẩn bị thiết bị: Xoay phần thân thiết bị (khoảng 180 độ) để nạp liều thuốc.
2. Thở ra hoàn toàn trước khi hít
3. Ngậm miệng vào ống ngậm, ngậm chặt môi quanh ống.
4. Giữ hơi thở trong 5-10 giây, sau đó thở ra nhẹ nhàng.
5. Giữ hơi thở trong 5-10 giây, sau đó thở ra nhẹ nhàng.
6. Đóng nắp lại để bảo quản sau khi sử dụng.



CÁC DỤNG CỤ XỊT HÍT TRONG
ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN VÀ COPD

CÁC LOẠI DỤNG CỤ XỊT HÍT TRONG ĐIỀU TRỊ HEN VÀ COPD
CỦA BVĐK HÀ ĐÔNG

Dụng cụ	Thành phần chính	Công dụng	Thời gian tác dụng	Dùng cắt cơn	Loại dụng cụ	Đối tượng
Ventolin Inhaler	Salbutamol (SABA)	Giãn phế quản nhanh	3-6 giờ	✔ Có	MDI	Hen suyễn, COPD cấp
Berodual	Ipratropium + Fenoterol (SAMA + SABA)	Giãn phế quản nhanh	4-6 giờ	✔ Có	MDI	Hen suyễn, COPD cấp
Seretide Evohaler	Fluticasone + Salmeterol (ICS + LABA)	Kiểm soát hen suyễn, COPD	12 giờ	✘ Không	MDI	Hen suyễn, COPD kiểm soát dài hạn
Symbicort Turbuhaler	Budesonide + Formoterol (ICS + LABA)	Kiểm soát hen suyễn, COPD	12 giờ	✔ Có (Formoterol)	DPI	Hen suyễn trung bình/nặng, COPD
Ultibro Breezhaler	Indacaterol + Glycopyrronium (LABA + LAMA)	Kiểm soát COPD lâu dài	24 giờ	✘ Không	DPI	COPD trung bình/nặng
Respimat	Tiotropium hoặc Tiotropium + Olodaterol (LAMA hoặc LABA + LAMA)	Kiểm soát COPD, hen suyễn lâu dài	24 giờ	✘ Không	SMI	COPD, hen suyễn mạn

Việc lựa chọn loại dụng cụ hít phù hợp giúp bệnh nhân kiểm soát bệnh tốt hơn và cải thiện chất lượng cuộc sống. Việc lựa chọn còn phụ thuộc vào các yếu tố như: giá thành, dễ sử dụng, thời gian hít, ngoài ra còn phụ thuộc vào sở thích của bệnh nhân vì điều này cũng một phần liên quan đến vấn đề tuân thủ điều trị giúp cải thiện tình trạng bệnh. Do đó, việc kê đơn dụng cụ hít không nên được tiêu chuẩn hóa mà mỗi bệnh nhân phải được xem xét riêng lẻ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dược thư Quốc Gia Việt Nam 2022
- Thông tin từ nhà sản xuất các loại dụng cụ hít:
 - AstraZeneca: Symbicort Turbuhaler.
 - Boehringer Ingelheim: Respimat series.
 - GSK (GlaxoSmithKline): Seretide Evohaler, Ventolin Inhaler.
- GINA (Global Initiative for Asthma) 2023. Hướng dẫn quản lý hen phế quản.
- GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 2023. Hướng dẫn điều trị COPD.



CẢNH GIÁC DƯỢC



Stability in solutions : Meropenem

Icon	Icon	Icon	Icon	Icon	Icon	Icon
1 mg/ml	2-8°C	2	4922	D	10	D
2.5 mg/ml	21°C-26°C	24	?	D	10	D
2.5 & 50 mg/ml	4°C	48	?	D	10	D
40 mg/ml	25°C	12	?	D	3112	D
50 mg/ml	21-26°C	8	?	D	10	D
50 mg/ml	23-27°C	7	?	B	4403	B
10 mg/ml	2-8°C	48	?	B	1639	B
10 mg/ml	24°C	6	?	B	1639	B
2.5 mg/ml	21-26°C	24	?	D	10	D
2.5 & 50 mg/ml	4°C	48	?	D	10	D
-	-7°C	96	?	B	1639	B



GIỚI THIỆU VỀ WEBSITE TRA CỨU THUỐC TIÊM TRUYỀN



Công cụ hỗ trợ bác sĩ điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

TRA CỨU THUỐC TIÊM TRUYỀN

TRA CỨU THÔNG TIN THUỐC TIÊM TRUYỀN, BẮM VÀO ĐÂY

TRA CỨU THUỐC TIÊM TRUYỀN



Quét mã QR để truy cập web

2 TRA CỨU THÔNG TIN THUỐC TIÊM TRUYỀN VÀ CẢNH BÁO NGUY CƠ CAO

1 TRA CỨU ĐỘ ỔN ĐỊNH

GIAO DIỆN ĐIỆN THOẠI

Tra Cứu Độ Ổn Định

Meropenem

Thông Tin Kết Quả

Hoạt Chất	Meropenem	Meropenem
Biệt Dược	Meropenem	Meropenem
Chất Liệu Bình Chứa	Nhựa	Thủy tinh
Dung Môi Hòa Tan	NaCl 0.9%	Glucose 5%
Nồng Độ	1g/20mL	1g/20mL
Nhiệt Độ Bảo Quản	2-8°C	2-25°C
Điều Kiện Bảo Quản	Dùng trong 4 giờ sau pha	Không để quá 6h
Thời Gian Duy Trì Độ Ổn Định	-	-
Tài Liệu Tham Khảo	[Nguồn]	[Nguồn]

GIAO DIỆN MÁY TÍNH

Tra Cứu Độ Ổn Định

Meropenem

Hoạt Chất	Biệt Dược	Chất Liệu Bình Chứa	Dung Môi Hòa Tan	Nồng Độ	Nhiệt Độ Bảo Quản	Điều Kiện Bảo Quản	Thời Gian Duy Trì Độ Ổn Định	Tài Liệu Tham Khảo
Meropenem	Meropenem	Nhựa	NaCl 0.9%	1g/20mL	2-8°C	Dùng trong 4 giờ sau pha	undefined	[Nguồn]
Meropenem	Meropenem	Thủy tinh	Glucose 5%	1g/20mL	2-25°C	Không để quá 6h	undefined	[Nguồn]

TRA CỨU THUỐC TIÊM TRUYỀN VÀ CẢNH BÁO NGUY CƠ CAO

Acid amin + glucose + lipid (*)

KẾT QUẢ TRA CỨU

ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA THUỐC

Hoạt chất	Acid amin + glucose + lipid (*)
Biệt dược	Combi lipid MCT Peri Injection
Dạng bào chế	Nhũ tương tiêm truyền TM
NSX/Nước SX	Hàn Quốc
Cảnh báo thuốc	THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO

CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH, LIỀU DÙNG-CÁCH DÙNG

Chỉ định	Cung cấp năng lượng, các acid béo cần thiết, các acid amin, các chất điện giải và dịch trong nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa cho bệnh nhân bị rối loạn chuyển hóa nặng vừa phải, khi nuôi dưỡng theo đường miệng hoặc đường ruột là không thể, không đầy đủ hoặc bị chống chỉ định
Chống chỉ định	Rối loạn chuyển hóa acid amin, rối loạn chuyển hóa lipid, tăng kali máu, tăng natri máu, chuyển hóa không ổn định, tăng đường huyết không đáp ứng với insulin, nhiễm acid, ứ mật trong gan, suy gan nặng, suy thận nặng, suy tim rõ ràng, tăng xuất huyết nặng, giai đoạn cấp của một máu, cơ tim và đột quỵ, trường hợp tắc mạch cấp tính do huyết khối và lipid, quá mẫn với từng hoặc protein đậu nành, dầu phộng hoặc bất cứ thành phần nào của thuốc, tuần hoàn không ổn định, cung cấp oxy mô tế bào không đủ, ứ nước, rối loạn điện giải và cân bằng dịch, phụ phải cấp, suy tim mất bù
Liều dùng	Theo nhu cầu thể trạng bệnh nhân
Liều tối đa	40 ml/ngày
Cách dùng	Truyền tĩnh mạch ngoại vi.

LƯU Ý VỀ TIÊM, TRUYỀN TĨNH MẠCH

Thời gian tốc độ khuyến cáo tiêm, truyền tĩnh mạch	2,5ml/kg
Lưu ý khi tiêm, truyền tĩnh mạch	Thận trọng trong trường hợp bị tăng áp lực thẩm thấu huyết thanh, thận trọng với bệnh nhân bị suy chức năng tim, thận

TƯƠNG HỢP TƯƠNG Kỵ

Tương kỵ	Không trộn với các dung dịch khác
----------	-----------------------------------

TÁC DỤNG PHỤ VÀ ĐỐI TƯỢNG ĐẶC BIỆT

Tác dụng phụ	Tăng nhẹ nhiệt độ, đỏ mắt, cảm giác lạnh, run rẩy, chán ăn, buồn nôn, nôn, ảnh hưởng đến hô hấp, đau đầu, đau lưng, đau xương, đau ngực và đau vùng thắt lưng, tăng hoặc giảm huyết áp, phản ứng quá mẫn, phát ban trên da, to gan kinh hoặc không kèm vàng da, to lách, kích ứng thành mạch, viêm tĩnh mạch
--------------	--

PNCT&PNCCB	Cẩn nhắc khi sử dụng
------------	----------------------

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Biệt dược tham khảo	Combi lipid MCT Peri Injection
Tài liệu tham khảo	Xem chi tiết



TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

TỜ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG SẢN PHẨM

THUỐC NGUY CƠ CAO – HIGH ALERT MEDICATIONS (HAMS)



01.

Khái niệm thuốc nguy cơ cao

Thuốc nguy cơ cao (High alert medications – HAMS) là thuốc có khả năng cao gây hại cho người bệnh khi có sai sót trong quá trình sử dụng thuốc. Các thuốc có nguy cơ cao bao gồm thuốc có khoảng điều trị hẹp và thuốc có nguy cơ cao gây hại cho người bệnh khi sử dụng sai đường dùng hoặc có sai sót trong quá trình quản lý và sử dụng thuốc.

Theo quyết định số 29/QĐ-BYT của Bộ Y tế về “Hướng dẫn giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám, chữa bệnh”, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần xây dựng chương trình quản lý các thuốc có nguy cơ cao bao gồm các hệ thống quản lý việc sử dụng thuốc phù hợp với chính sách y tế về quản lý thuốc tại cơ sở. Chương trình quản lý thuốc có nguy cơ cao cần bao gồm các yếu tố tối thiểu sau:

- Danh mục thuốc nguy cơ cao và hướng dẫn quản lý thuốc nguy cơ cao
- Chú ý khi kê đơn và sử dụng thuốc có nguy cơ cao
- Chiến lược giảm thiểu ADR liên quan đến thuốc có nguy cơ cao

02.

Quản lý thuốc nguy cơ cao

Có ba nguyên tắc cơ bản cần tuân thủ để hạn chế các sai sót liên quan đến thuốc nguy cơ cao, từ đó có các biện pháp phòng ngừa đi kèm như sau:

* Loại bỏ hoặc giảm thiểu khả năng xảy ra sai sót

- Giới hạn số lượng thuốc nguy cơ cao trong danh mục thuốc của đơn vị, bệnh viện
- Gắn nhãn màu đỏ hoặc vàng: “Thuốc có nguy cơ cao”.
- Bảo quản tách biệt khỏi các thuốc thông thường tại kho, tủ thuốc.
- Xây dựng danh mục thuốc nhìn giống nhau – đọc giống nhau (LASA)
- Tập huấn định kỳ cho nhân viên y tế về thuốc nguy cơ cao.

* Phát hiện sai sót

- Áp dụng qui tắc 3 kiểm tra – 5 đôi chiều trong giai đoạn cấp phát
- Thực hiện 5 đúng khi sử dụng thuốc cho người bệnh (đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian)
- Theo dõi về lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trước và sau khi dùng thuốc nguy cơ cao

* Giảm thiểu hậu quả của sai sót

- Đảm bảo sẵn thuốc giải độc, xử trí kịp thời ADR ở thuốc nguy cơ cao.
- Thiết lập cơ chế báo cáo sự cố liên quan đến thuốc nguy cơ cao.
- Phân tích nguyên nhân và xây dựng quy trình phòng ngừa tái diễn.

THUỐC NGUY CƠ CAO – HIGH ALERT MEDICATIONS (HAMS)

03.

Danh mục thuốc nguy cơ cao

Danh mục thuốc có nguy cơ cao là danh sách các thuốc hoặc nhóm thuốc có nguy cơ cao gây rủi ro được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Danh mục thuốc và đặc điểm sử dụng thuốc giữa các cơ sở khám, chữa bệnh có thể rất khác nhau. Do đó, mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần xây dựng danh mục các thuốc hoặc nhóm thuốc có nguy cơ cao và hướng dẫn quản lý các thuốc có nguy cơ cao phù hợp với loại thuốc được sử dụng và đối tượng người bệnh được điều trị tại đơn vị.

Tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông, chúng tôi xây dựng danh mục thuốc nguy cơ cao dựa trên quyết định 29/QĐ-BYT của Bộ Y tế về “Hướng dẫn giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám, chữa bệnh”, rà soát y văn dựa trên danh mục thuốc nguy cơ cao của ISMP năm 2024 và thông kê lại các báo về sai sót y khoa hoặc phản ứng có hại nghiêm trọng của bệnh viện.

Danh mục thuốc nguy cơ cao được chia thành 08 nhóm như bảng dưới đây:

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Độc tính
1. Chông đông		
	Heparin, Enoxaparin, Dabigatran, Alteplase, Acenocumarol	Xuất huyết nghiêm trọng
2. Hạ đường huyết		
	Insulin các loại, Sulfonylureas	Hạ đường huyết nghiêm trọng
3. Ung thư		
	Tất cả thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	Gây độc tế bào
4. Tim mạch		
Chức năng adrenergic	Adrenalin, Noradrenalin, Phenylephrin, Dopamin, Dobutamin	Rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp nghiêm trọng
Chống loạn nhịp	Amiodaron, Lidocain	Rối loạn nhịp tim, kéo dài khoảng QT
Cơ bóp cơ tim	Digoxin	Rối loạn nhịp tim
5. Rocuronium và thuốc tác động thần kinh cơ		
	Rocuronium, Atracurium	Liệt cơ, suy hô hấp

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Độc tính
6. Opioid và an thần		
Gây nghiện (opioid)	Fentanyl, Morphin, Pethidin	An thần quá mức, suy hô hấp
Hướng thần	Midazolam, Diazepam	
7. Nuôi dưỡng tĩnh mạch - dịch truyền đậm đặc		
Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch	Hỗn hợp Acid amin, nhũ dịch lipid	Rối loạn chuyển hóa nghiêm trọng
Dung dịch ưu trương	Natri clorid > 0,9%, Dextrose ≥ 20%,	Rối loạn dịch và điện giải nghiêm trọng
Dung dịch truyền điện giải đậm đặc	Kali clorid IV, Magnesium sulphate IV, Calci clorid IV	Rối loạn điện giải nghiêm trọng
8. Gây tê - Gây mê		
Gây mê	Propofol, Isofluran, Sevofluran	Suy hô hấp, hạ huyết áp
Gây tê	Bupivacain, Levobupivacain	Độc thần kinh nghiêm trọng

Tập hợp các chữ cái đầu tiên của mỗi nhóm sẽ thu được từ viết tắt “**CHÚ TRỌNG**” để dễ nhớ.

Khoa Dược đã xây dựng poster “**Thuốc có nguy cơ cao**” dán tại các khoa lâm sàng nhằm cảnh báo sử dụng



BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

THUỐC NGUY CƠ CAO

Thuốc nguy cơ cao là thuốc có khả năng cao gây hại cho người bệnh khi có sai sót trong quá trình sử dụng thuốc



C

CHỐNG ĐÔNG
Heparin, Enoxaparin, Dabigatran, Alteplase, Acenocumarol

H

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT
Insulin các loại, sulfonyleureas

U

UNG THƯ
Tất cả các thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch

T

TIM MẠCH
Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Dobutamin, Amlodaron, Lidocain, Digoxin

R

ROCURONIUM VÀ THUỐC TÁC ĐỘNG THẦN KINH CƠ
Rocuronium, Atracurium

O

OPIOID VÀ HƯỚNG THẦN
Fentanyl, Morphin, Pethidin, Midazolam, Diazepam

N

NUÔI DƯỠNG TIM VÀ DỊCH TRUYỀN ĐẶC
Hỗn hợp Acid amin, nhũ dịch lipid Natri clorid > 0,9%, Dextrose ≥ 20%, KCl, Mg2SO4, CaCl2

G

GÂY TÊ, GÂY MÊ
Propofol, Isofluran, Sevofluran, Bupivacain, Levobupivacain

BƯỚC 1

Dẫn nhãn cảnh báo
Đề riêng khu vực
Dẫn nhãn để phân biệt
Lưu ý TNCC trong y lệnh

BƯỚC 2

Chú ý danh mục LASA
Xây dựng danh mục LASA
Cập nhật thường xuyên
cho NVYT

BƯỚC 3

Ghi đủ nhãn thuốc
Ghi đầy đủ: tên thuốc, hàm lượng, dạng dùng, liều dùng với thuốc ra lệ, chia liều, ...

BƯỚC 4

Thực hiện thuốc "5 đúng"
Đúng người bệnh
Đúng thuốc
Đúng liều
Đúng đường dùng
Đúng thời gian

Chỉ một sai sót – Hậu quả khôn lường!
Hãy chú trọng khi dùng thuốc nguy cơ cao.





Quét mã QR
xem chi tiết

DANH MỤC THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU, ĐỌC GIỐNG NHAU (LOOK ALIKE SOUND ALIKE “LASA”)

1. Định nghĩa

- Thuốc nhìn gần giống nhau (Look Alike – LA): là thuốc được đóng gói trong bao bì trực tiếp (vỉ, viên, ống, lọ, chai, túi) hoặc bao bì gián tiếp (thùng, hộp) tương tự nhau về hình dạng, màu sắc, kích thước và thiết kế trên bao bì.

- Thuốc đọc gần giống nhau (Sound Alike – SA): là thuốc có tên phát âm tương tự nhau hay có cách viết tương tự nhau VD: Fluconazole – Omeprazol; dobutamin – dopamin; Flunarizin – Cetirizin....

2. Các yếu tố gây nhầm lẫn thuốc LASA

- Lỗi nhận thức bằng thị giác.
- Lỗi nhận thức bằng thính giác.
- Lỗi ghi nhớ tên thuốc trong thời gian ngắn.

Đề giảm thiểu nguy cơ sai sót, nhầm lẫn trong kê đơn, cấp phát, sử dụng thuốc liên quan đến LASA, khoa Dược cần xây dựng danh sách thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau tại bệnh viện trên cơ sở rà soát, đánh giá, cập nhật thường xuyên, danh mục thuốc trùng nhau hàng năm tại bệnh viện và cung cấp cho các đơn vị có liên quan.

Đây là một phần quan trọng trong hoạt động cảnh giác dược, giảm thiểu các tai biến liên quan đến sai sót thuốc và nâng cao an toàn người bệnh. Cách thức áp dụng:

2.1. Đối với kê đơn và sao thuốc trên phân mềm:

- Nhận biết và lưu ý các trường hợp thuốc có tiếp đầu ngữ giống nhau, đặc biệt là các biệt dược có cùng hãng sản xuất hoặc phân phối;
- Lưu ý các thuốc có đa hàm lượng dễ gây nhầm lẫn.

THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU

1			Khác hàm lượng
	Amlessa tablets 4mg/5mg (Perindopril + amlodipine)	Amlessa tablets 8mg/5mg (Perindopril + amlodipine)	
2			Khác hàm lượng
	Bestdocel 20mg/1ml (Docetaxel)	Bestdocel 80mg/4ml (Docetaxel)	
3			Khác hàm lượng
	Bigemax 200 (Gemcitabin)	Bigemax 1g (Gemcitabin)	
4			Khác hàm lượng
	Biluracil 250 (5-fluorouracil)	Biluracil 500 (5-fluorouracil)	
5			Khác hàm lượng
	Bixebra 5mg (Ivabradin)	Bixebra 7.5mg (Ivabradin)	
6			Khác hoạt chất
	BFS-Amiron 150mg/3ml (Amiodaron (hydroclorid))	BFS-Cafein 60mg/3ml (60mg Caffeine Citrate)	
7			Khác hoạt chất
	Noradrenalin 10mg/10ml (Nor-epinephrin (Nor-adrenalin))	BFS-Nicardipin 10mg/10ml (Nicardipin)	

DANH MỤC THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU, ĐỌC GIỐNG NHAU (LOOK ALIKE SOUND ALIKE "LASA")

2.2. Đối với bảo quản, cấp phát thuốc tại kho thuốc, tủ trực:

- Sắp xếp các thuốc có nguy cơ nhầm lẫn do LASA cách xa nhau trong tủ trực hoặc kệ thuốc;
- Có thể dán các nhãn phụ để tạo sự chú ý đặc biệt;
- Tránh tối đa các yếu tố gây sao nhãng trong quá trình cấp phát (ánh sáng, vật dụng cá nhân, giấy tờ trên các kệ thuốc, tủ thuốc);
- Kiểm tra trước khi cấp phát nhằm đảm bảo 5 đúng trong sử dụng thuốc.

2.3. Đối với sử dụng thuốc trên lâm sàng:

- Đảm bảo nguyên tắc 3 kiểm tra, 5 đối chiếu trước khi sử dụng cho bệnh nhân; đặc biệt là các thuốc có bao bì cấp 1 (chai, lọ...) tương đối giống (về màu sắc, hình dạng, kích cỡ,...) và theo dõi bệnh nhân trong quá trình sử dụng thuốc;
- Ghi y lệnh rõ ràng trong hồ sơ bệnh án, tránh nhầm lẫn, tránh thực hiện y lệnh miệng trong quá trình sử dụng thuốc.

3. Một số trường hợp dễ nhầm lẫn do thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau năm 2025

Để tránh nhìn lầm, đọc nhầm hoặc nhầm lẫn những thuốc có tên hoạt chất, biệt dược tương tự nhau. Giảm thiểu sai sót trong quá trình đưa thuốc đến tay bệnh nhân và nâng cao hiệu quả trong việc sử dụng thuốc an toàn cho bệnh nhân.

Dựa theo Danh mục thuốc của Bệnh viện Đa khoa Hà Đông để khoa Dược xây dựng danh mục thuốc LASA giúp cho các đồng nghiệp dễ thấy phân khác nhau.

THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU

8			Khác hàm lượng
	Carmotop 25mg (Metoprolol tartrate)	Carmotop 50mg (Metoprolol tartrate)	
9			Khác hàm lượng
	Cefuroxim stada 250mg (Cefuroxim)	Cefuroxim stada 500mg (Cefuroxim)	
10			Khác hàm lượng
	Colestrim supra 145mg (Fenofibrat)	Colestrim 160mg (Fenofibrat)	
11			Khác hàm lượng
	Concor 5mg (Bisoprolol)	Concor COR 2,5mg (Bisoprolol)	
12			Khác hoạt chất Khác hàm lượng
	Coversyl 5mg (Perindopril Arginine 5mg)	Coversyl plus 5mg/1,25mg (Perindopril arginin và indapamid)	
13			Khác hàm lượng
	Depakine chrono 500mg (Valproat natri+ valproic acid)	Depakin 200mg (Valproat natri)	
14			Khác hàm lượng
	Depakine chrono 500mg (Valproat natri+ valproic acid)	Depakin 200mg (Valproat natri)	
15			Khác hoạt chất
	Diazepam-hameln 5mg/ml ống 2ml (Diazepam)	Atracurium-hameln 10mg/ml ống 2,5ml (Atracurium besylat)	

DANH MỤC THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU, ĐỌC GIỐNG NHAU (LOOK ALIKE SOUND ALIKE “LASA”)

THUỐC ĐỌC GIỐNG NHAU

Nhiều thuốc có cùng tên thương mại nhưng khác hàm lượng do cùng hãng sản xuất, cần đọc kỹ cả tên và hàm lượng thuốc để tránh nhầm lẫn khi kê đơn, cấp phát hoặc sử dụng.

Bên cạnh đó có nhiều thuốc có cách đọc tương tự nhau, dễ gây nhầm lẫn, cần chú ý. Ví dụ:

STT	Thuốc 1	Thuốc 2
1	Agifovir 300mg (Tenofovir)	Agifuros 40mg (Furosemid)
2	Babemol 120mg/5ml (Paracetamol)	Baburoi 10mg (Bambuterol)
3	Bividios 450mg; 50mg (Diosmin; Hesperidin)	Bivigas 1g (Sucralfat)
4	Carbamaz 300 mg (Oxcarbazepin)	Carbamazepin 200 mg (Carbamazepin)
5	Clamoxyl 250mg (Amoxicillin)	Clastizol 5mg/100ml (Zoledronic acid)
6	Comiaryl 2mg/500mg (Glimepirid + Metformin hydroclorid)	Company 670mg/ml (Lactulose)
7	Daivobet 50mcg/g + 0,5mg/g (Calcipotriol + betamethason dipropionat)	Daivonex 50mcg/g (Calcipotriol)
8	Depo – Medrol 40mg (Methylprednisolon acetate)	Solu – Medrol 40mg (Methyl prednisolon)
9	Didala 570mg (Cao khô lá dâu tằm)	Dinara 300mg + 100mg (Tenofovir disoproxil fumarat + Lamivudin)

THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU

16			Khác hàm lượng
	Diphereline P.R. 3.75 mg (Triptorelin)	Diphereline P.R. 11.25 mg (Triptorelin)	
17			Khác hàm lượng
	Doxorubicin Bidiphar 10 (Doxorubicin hydrochlorid)	Doxorubicin Bidiphar 50 (Doxorubicin hydrochlorid)	
18			Khác hàm lượng
	Eloxatin 5 mg/ml 20 ml (Oxaliplatin)	Eloxatin 5 mg/ml 10 ml (Oxaliplatin)	
19			Khác hàm lượng
	Enapulus HCT 10/12.5 (Enalapril + hydrochlorothiazide)	Enapulus HCT 10/25 (Enalapril + hydrochlorothiazide)	
20			Khác hàm lượng
	Exforge HCT 5mg/160mg/12.5mg (amlodipine / hydrochlorothiazide / valsartan)	Exforge HCT 10mg/160mg/12.5mg (amlodipine /hydrochlorothiazide / valsartan)	
21			Khác hoạt chất
	Levobupi-BFS 50mg/10ml (Levobupivacain)	Lidocain-BFS 200mg/10ml (Lidocain)	
22			Khác dạng bào chế, Khác hàm lượng
	Maxitrol 5 ml (Neomycin; Dexamethasone; Polymycin B)	Maxitrol (Neomycin, Dexamethasone, Polymycin B)	

DANH MỤC THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU, ĐỌC GIỐNG NHAU (LOOK ALIKE SOUND ALIKE "LASA")

THUỐC ĐỌC GIỐNG NHAU

STT	Thuốc 1	Thuốc 2
10	Dutased suspension (Sulfamethoxazol; Trimethoprim)	Dutabit 0.5 (Dutasteride)
11	Elaria 100mg (Diclofenac)	Elitan 10mg/2ml (Metoclopramide HCl)
12	Fucidin 2% (Acid Fusidic)	Fucidin H 20mg/g + 10mg/g (Fusidic Acid+ Hydrocortisone Acetate)
13	Idatril 5mg (Imidapril)	Imatig 50 mg (Tigecyclin)
14	Maxitrol (1mg + 3500IU + 6000IU)/g (Dexamethason + Neomycin sulfat + Polymyxin B sulfat)	Maxxoni 400mg + 90mg (Sofosbuvir + ledipasvir)
15	Nexium 40mg (Esomeprazole natri)	Nexium Mups 40mg (Esomeprazol)
16	Onglyza 5mg (Saxagliptin)	Oprymeia Prolonged-release tablet 0,26mg (Pramipexol)
17	Rivadem 1.5 mg (Rivastigmine)	Rivarelta 20 (Rivaroxaban)
18	Survanta 25 mg/ ml (Phospholipids)	Sutagran 50 (Sumatriptan)
19	Vinfoxin 50mg (Etifoxin hydroclorid)	vingomin 0,2mg/1ml (Methylergometrin maleat)
20	Vinphaton 10mg/ 2ml (Vinpocetin)	Vinphyton 10mg (Phytomenadion)

THUỐC NHÌN GIỐNG NHAU

23	 Meropenem Kabi 500mg (Meropenem)	 Meropenem Kabi 1g (Meropenem)	Khác hàm lượng
24	 Nolvadex (tamoxifen)	 Nolvadex-D (tamoxifen)	Khác hàm lượng
25	 Pracetam 400 (Piracetam)	 Pracetam 800 (Piracetam)	Khác hàm lượng
26	 Oxitan 50 mg/10 ml	 Oxitan 100 mg/20 ml	Khác hàm lượng
27	 Savi Prolol Plus HCT 5/6.25 (Bisoprolol Fumarat + Hydrochlorothiazid)	 Savi Prolol Plus HCT 2.5/6.25 (Bisoprolol fumarat + Hydrochlorothiazid)	Khác hàm lượng
28	 SavNopain 250 (Naproxen)	 SavNopain 500 (Naproxen)	Khác hàm lượng
29	 SciLin M30 100 IU/ml	 SciLin M30 40 IU/ml	Khác hàm lượng
30	 Tenamyd-Cefotaxim 1000 (Cefotaxim)	 Tenamyd -Ceftriaxone 2000 (Ceftriaxone)	Khác hàm lượng

BẢNG TƯƠNG KỊ CÁC THUỐC TIÊM TRUYỀN

Nhằm đảm bảo hiệu quả các thuốc tiêm truyền, khoa Dược xin gửi đến các khoa **Bảng tương kỵ** các thuốc tiêm truyền. Các hoạt chất được ghi nhận có tương kỵ để nghị không trộn lẫn, không dùng chung dây truyền dịch, không dùng chung kim tiêm, chỉ định tiêm ở các thời điểm khác nhau (nếu có thể) và tiêm ở các vị trí khác nhau nếu được chỉ định cùng thời điểm.

[illegible]

[illegible]



➤ **Điều chỉnh liều dự phòng TTHKTm cho bệnh nhân bị suy thận theo Queensland 2018**

Bảng 8: Điều chỉnh liều dự phòng VTE dựa trên heparin cho bệnh nhân suy thận

Chức năng thận (Creatinin mL/phút)	Heparin không phân đoạn	Heparin TLPTT
30-50	Không cần điều chỉnh	Không cần điều chỉnh
15-29	Không cần điều chỉnh	Enoxaparin: Giảm liều xuống còn 20 mg/ngày Dalteparin, Không cần điều chỉnh liều
Dưới 15	Không cần điều chỉnh	KHÔNG sử dụng Heparin TLPTT

Nguồn: MIMS Online 2018, [25]; Micromedex 2, [28]. Tài liệu tham khảo có dạng CrCl (mL/phút) làm chỉ số đánh giá chức năng thận, tuy nhiên chức năng thận cũng có thể được ước tính trong trường hợp suy giảm chức năng dựa trên eGFR (mL/phút/1,73m²). Tuy nhiên khi kê đơn cho những bệnh nhân có chức năng cơ thể bất cập đặc biệt. Dalteparin là LMWH được ưu tiên sử dụng để dự phòng VTE trên bệnh nhân LAM. Thông tin này là chính xác tại thời điểm công bố. Cần nhắc giảm liều dalteparin xuống còn 2500 đơn vị mỗi ngày đối với những người thận suy, người cao tuổi hoặc suy thận nặng.

➤

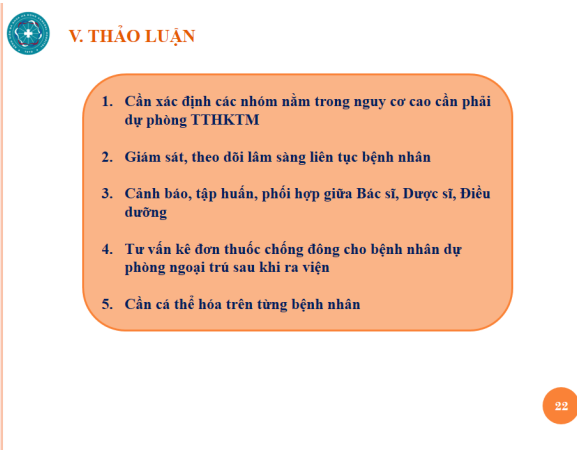
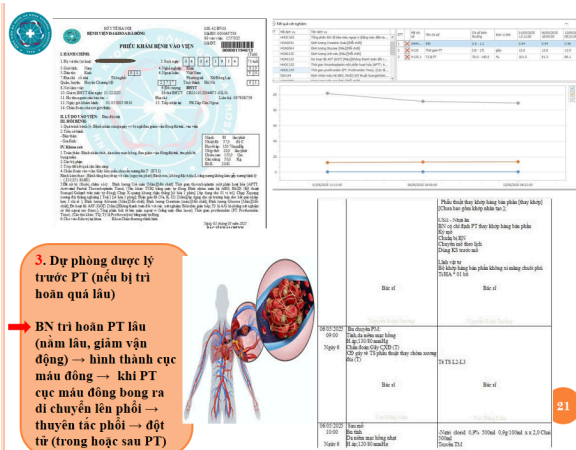
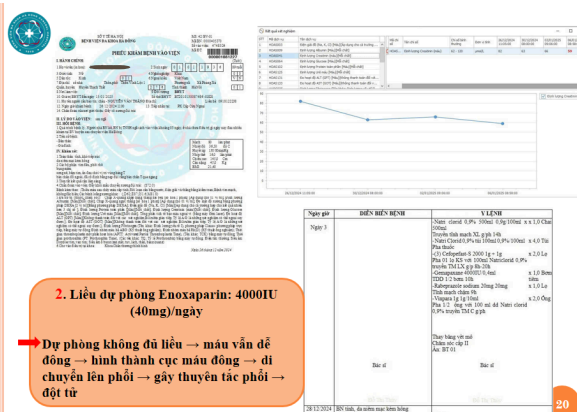
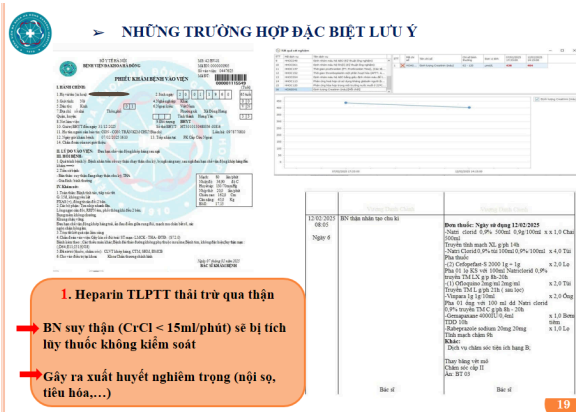
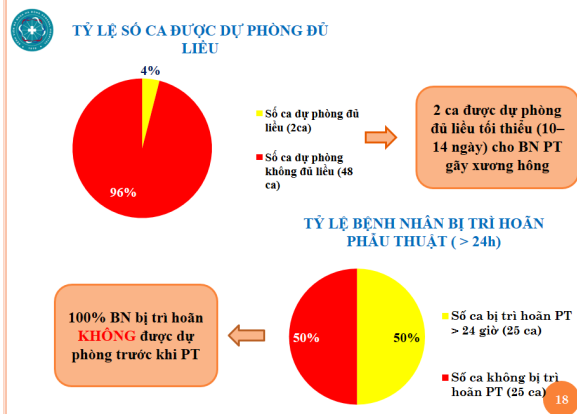
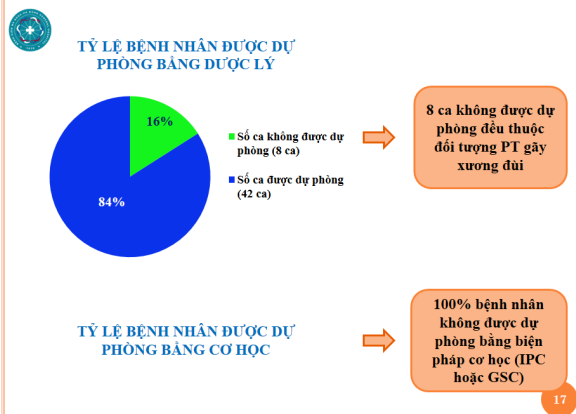
KHÔNG ĐƯỢC SỬ DỤNG Heparin TLPTT dành cho BN suy thận nặng (CrCl < 15 mL/phút)

IV. KẾT QUẢ

**BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT CHÍNH HÌNH LỚN
GỒM 2 NHÓM ĐỐI TƯỢNG**

Nhóm đối tượng	Số bệnh nhân
Bệnh nhân PT gãy xương đùi	23
Bệnh nhân PT thay khớp háng	27

Khoảng thời gian nằm viện	Số bệnh nhân
8 - 13 ngày	17
14 - 20 ngày	32
> 21 ngày	1



XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN !

MỘT SỐ HÌNH ẢNH HỘI NGHỊ DƯỢC LÂM SÀNG LẦN III NGÀY 16 THÁNG 04 NĂM 2025



NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH		
gian	Nội dung	Thực hiện
30	Đón tiếp đại biểu, giới thiệu đại biểu	Ban tổ chức
05	Phát biểu chào mừng, tri ân nhà tài trợ	TS. BS. Nguyễn Thành Vinh Giám đốc Bệnh viện đa khoa Hà Đông
20	Phát biểu của lãnh đạo Sở Y tế Hà Nội	TS.BS. Nguyễn Đình Hưng Phó giám đốc Phụ trách Sở Y tế Hà Nội
25	Phát biểu khai mạc hội thảo	GS. TS. Nguyễn Hải Nam Hiệu trưởng Trường đại học Dược Hà Nội
30	Bệnh hen và phối tác nghề mẫn tính góc nhìn từ Bảo hiểm xã hội	Thạc sĩ Phạm Thị Nhị Phó trưởng phòng Giám định BHYT Bảo hiểm xã hội khu vực 1
45	Vai trò của Dược sĩ lâm sàng trong việc quản lý và điều trị bệnh hen và COPD	DSCKI. Nguyễn Thị Hương Khoa Dược, Bệnh viện Phổi Hà Nội
00	Quản lý toàn diện bệnh nhân tim mạch thận chuyển hóa: Có gì mới?	PGS TS Vũ Bích Nga - Tổng thư ký Hội Nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam
20	Sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường cho bệnh nhân COPD	BSCKII. Phí Thị Hải Anh - Trưởng khoa bệnh, Bệnh viện đa khoa Hà Đông
35	Nhóm đa chuyên khoa trong việc tối ưu hoá sử dụng thuốc trên bệnh nhân Hen - COPD, kinh nghiệm tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông	DSCKI. Đặng Bảo Tuấn - Phó trưởng khoa Dược, Bệnh viện đa khoa Hà Đông

