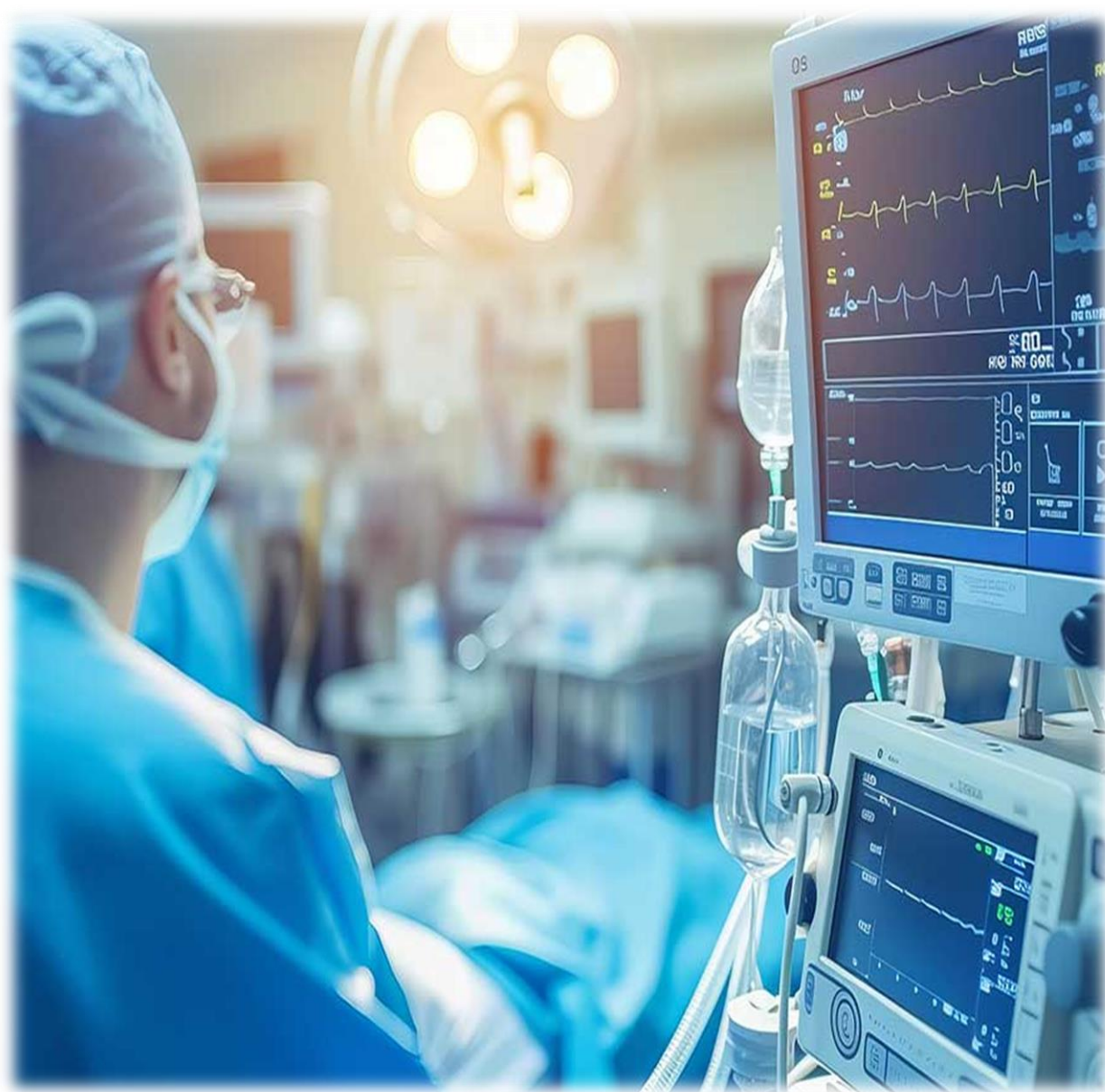


BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG
ĐƠN VỊ THÔNG TIN THUỐC – DƯỢC LÂM SÀNG

THÔNG TIN THUỐC



QUÝ II - 2026

MỤC LỤC

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC	1
MHRA: Nguy cơ nghẹt mũi hồi ứng, viêm mũi và giảm đáp ứng thuốc do lạm dụng các loại thuốc xịt mũi và nhỏ mũi chứa xylometazolin và oxymetazolin.....	1
Nguy cơ biến cố tim mạch liên quan đến cefazolin: Khuyến cáo từ Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC).....	2
MHRA: Nhắc lại về một số phản ứng có hại nghiêm trọng khi sử dụng amiodaron.....	3
MHRA: Tăng cường cảnh báo nguy cơ phù mạch khởi phát muộn khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển (ACE)	4
ANSM: Nguy cơ táo bón nghiêm trọng khi sử dụng các thuốc chống loạn thần.....	5
ĐIỀU TRỊ	7
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút ebola	7
Những nguy cơ có thể xảy ra khi gây tê và các tai biến, biến chứng của gây tê	7
Cập nhật sử dụng thuốc chống huyết khối trong quản lý sớm đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo aha/asa 2026	9
QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM	22
ADR	23

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC

MHRA: Nguy cơ nghẹt mũi hồi ứng, viêm mũi và giảm đáp ứng thuốc do lạm dụng các loại thuốc xịt mũi và nhỏ mũi chứa xylometazolin và oxymetazolin

Tại Anh, xylometazolin và oxymetazolin là các thuốc cường giao cảm được sử dụng để điều trị các triệu chứng nghẹt mũi và viêm mũi trong bệnh cảm lạnh, viêm xoang và viêm mũi dị ứng ở người lớn và trẻ em từ 6 tuổi trở lên. Ngoài ra, cũng được sử dụng để điều trị các triệu chứng cúm trên người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên. Xylometazolin và oxymetazolin hiện có mặt trong nhiều chế phẩm thuốc xịt mũi và nhỏ mũi ở dạng đơn thành phần hay dạng phối hợp với các dược chất khác như dexpanthenol and ipratropium bromid.

Cơ quan Quản lý Dược phẩm Anh (MHRA) mới đây đã ghi nhận được các báo cáo biến cố bất lợi liên quan các tình trạng nghẹt mũi hồi ứng (rebound congestion), viêm mũi phụ thuộc thuốc (rhinitis medicamentosa) và hiện tượng giảm đáp ứng thuốc nhanh (tachyphylaxis) sau khi sử dụng các thuốc xylometazolin/oxymetazolin, đặc biệt khi sử dụng các thuốc này kéo dài hay vượt quá thời gian khuyến cáo. Nhóm Chuyên gia Tư vấn về Tim mạch, Hô hấp, Thận và Dị ứng (CDRRA EAG) và Nhóm Chuyên gia Tư vấn về Cảnh giác dược (PEAG) thuộc Ủy ban về thuốc sử dụng cho người (CHM) đã tiến hành đánh giá dựa trên các báo cáo tích lũy về phản ứng có hại của thuốc cho đến thời điểm hiện tại.

Theo đó, sau khi hoàn tất đánh giá Nhóm Chuyên gia Tư vấn đã khuyến cáo thay đổi thời gian sử dụng thuốc tối đa từ 7 ngày xuống còn 5 ngày đối với người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên. Các chuyên gia cũng khuyến nghị cập nhật thông tin sản phẩm đối với các chế phẩm chứa

xylometazolin/oxymetazolin để lưu ý người bệnh về thời gian sử dụng thuốc và tăng cường cảnh báo về nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn khi sử dụng kéo dài. Ngoài ra, bao bì ngoài cũng sẽ được cập nhật để nhấn mạnh khuyến cáo mới liên quan thời gian sử dụng. Thông tin sản phẩm sẽ được sửa đổi trong vòng vài tháng tới.

Nguy cơ nghẹt mũi, viêm mũi do thuốc và dung nạp thuốc

Các tình trạng như nghẹt mũi, viêm mũi do thuốc và dung nạp thuốc đều là mô tả tình trạng nghẹt mũi do hệ quả trực tiếp từ việc lạm dụng các thuốc xịt mũi hay nhỏ mũi gây co mạch chứa xylometazolin và oxymetazolin, nhưng "nghẹt mũi" và "viêm mũi phụ thuộc thuốc" có sự khác biệt rõ rệt về thời gian tiến triển cũng như biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Nghẹt mũi hồi ứng là một phản ứng tạm thời do niêm mạc mũi bị sưng nề vì lạm dụng các thuốc này, đặc trưng bởi tình trạng nghẹt tái phát nghiêm trọng hơn ngay sau khi thuốc hết tác dụng.

Sau đó, tiến triển từ tình trạng nghẹt mũi, viêm mũi do thuốc là một biến chứng mạn tính nghiêm trọng dẫn đến những thay đổi cấu trúc niêm mạc mũi không hồi phục—đôi khi cần can thiệp phẫu thuật—đồng thời tạo ra vòng lặp lệ thuộc thuốc khiến người bệnh phải sử dụng thuốc co mạch ngày càng nhiều hơn để kiểm soát các triệu chứng nghẹt mũi, ngứa hốc mũi hay chảy nước mũi.

Thông thường, bệnh nhân có thể hồi phục hoàn toàn trong vòng 3 tháng nếu được phát hiện sớm và điều trị phù hợp như giảm dần việc sử dụng thuốc chống nghẹt mũi, ngừng thuốc, liệu pháp điều trị thay thế. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng khuyến cáo ngừng thuốc đột ngột vì có thể làm trầm trọng hơn các triệu chứng nghẹt mũi.

Hiện tượng giảm đáp ứng với thuốc nhanh (tachyphylaxis) là hiện tượng giảm đáp ứng cấp tính sau khi sử dụng thuốc, dẫn đến giảm hiệu quả rõ rệt khi thuốc được sử dụng lặp lại hoặc kéo dài vượt khuyến cáo, do đó buộc phải tăng tần suất hoặc kéo dài thời gian dùng thuốc để duy trì hiệu quả điều trị nghẹt mũi ban đầu.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Nghẹt mũi hồi ứng, viêm mũi do thuốc và dung nạp thuốc là tác dụng không mong muốn đã biết khi lạm dụng các thuốc xịt và thuốc nhỏ mũi chứa xylometazolin hoặc oxymetazolin. Các tình trạng này có thể dễ bị nhầm lẫn với các triệu chứng bệnh ban đầu của bệnh nhân.

- Khuyến cáo bệnh nhân không nên sử dụng xylometazolin và oxymetazolin kéo dài trên 5 ngày. Lưu ý bệnh nhân về liều khuyến cáo hàng ngày và khoảng cách liều tối thiểu được khuyến cáo trong thông tin sản phẩm.

- Cân nhắc liệu pháp điều trị thay thế khi triệu chứng nghẹt mũi kéo dài, trầm trọng hơn hoặc không cải thiện sau 5 ngày điều trị.

- Người bệnh gặp tình trạng nghẹt mũi hồi ứng hoặc các tác dụng không mong muốn liên quan có thể dẫn đến vòng xoắn lạm dụng thuốc. Do đó, cần chủ động đánh giá người bệnh có nguy cơ lệ thuộc thuốc và hướng dẫn bệnh nhân giảm dần hoặc ngừng thuốc. Việc ngừng thuốc đột ngột có thể làm triệu chứng nặng hơn. Đa số người bệnh có thể hồi phục trong vòng 3 tháng nếu được phát hiện và điều trị sớm..

- Viêm mũi do thuốc là phản ứng nghiêm trọng nhất trong số các biến cố bất lợi này và có liên quan đến tình trạng nghẹt mũi dai dẳng cùng những thay đổi kéo dài đối với niêm mạc hoặc cấu trúc mũi. Các triệu chứng có thể không thuyên giảm nhanh chóng sau khi ngừng thuốc co mạch và trong những trường hợp nặng, có thể cần can thiệp phẫu thuật. Cần lưu ý ở những bệnh nhân có biểu hiện nghẹt mũi

nặng kèm các thay đổi rõ rệt ở niêm mạc mũi hoặc các cấu trúc nội mũi. Các triệu chứng đi kèm có thể bao gồm kích ứng hoặc ngứa mũi, hắt hơi và chảy nước mũi. Việc xử trí có thể cần một kế hoạch điều trị cá thể hóa, bao gồm giảm dần thuốc co mạch, sử dụng các liệu pháp thay thế và theo dõi lâm sàng nhằm đánh giá quá trình hồi phục.

- Chống chỉ định sử dụng thuốc xịt hoặc thuốc nhỏ mũi chứa xylometazolin hoặc oxymetazolin cho những bệnh nhân đang sử dụng các dạng thuốc co mạch cường giao cảm khác đường uống hoặc đường mũi.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR Quốc gia

Nguy cơ biến cố tim mạch liên quan đến cefazolin: Khuyến cáo từ Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC)

Hội chứng Kounis là các biến cố trên tim mạch xảy ra do phản ứng dị ứng hoặc quá mẫn gây ra, liên quan đến các tình trạng như co thắt động mạch vành và có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim.

Cefazolin là kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ nhất, đường tiêm truyền, đang được sử dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm gây ra, cũng như để dự phòng trong phẫu thuật.

Khuyến cáo từ PRAC

Sau khi đánh giá các dữ liệu hiện có từ CSDL EudraVigilance và tài liệu y văn, dữ liệu báo cáo an toàn tích lũy từ các nhà sản xuất, Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC) khuyến nghị các nhà sản xuất cần bổ sung nội dung cảnh báo về nguy cơ hội chứng Kounis trên thông tin sản phẩm của các chế phẩm thuốc chứa cefazolin. Cụ thể, PRAC yêu cầu các nhà sản xuất nộp hồ sơ sửa đổi nhằm cập nhật nguy cơ này trong mục “Cảnh báo và thận trọng” và “Tác dụng không mong muốn”, trong đó, đề cập đến việc đã ghi nhận các trường hợp hội chứng Kounis (với các dấu hiệu như khó thở, đau

ngực) ở bệnh nhân đang điều trị với cefazolin. Đồng thời, khuyến cáo bệnh nhân ngừng thuốc ngay lập tức và thông báo nhân viên y tế ngay khi xuất hiện các biểu hiện này.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR Quốc gia

MHRA: Nhắc lại về một số phản ứng có hại nghiêm trọng khi sử dụng amiodaron

Amiodaron được chỉ định để điều trị một số dạng rối loạn nhịp tim, bao gồm rung nhĩ và nhịp tim nhanh. Amiodaron thường được chỉ định trong các trường hợp các liệu pháp điều trị khác không phù hợp hoặc thất bại điều trị. Việc chỉ định và giám sát sử dụng amiodaron nên được thực hiện tại bệnh viện hoặc các bác sĩ chuyên khoa dựa theo các hướng dẫn lâm sàng hiện hành.

Amiodaron có thể liên quan đến nhiều phản ứng có hại nghiêm trọng trên một số cơ quan như mắt, tiêu hóa, thần kinh, da, tuyến giáp, phổi, tim, gan. Đồng thời, có tương tác với nhiều loại thuốc, cần tuân thủ các hướng dẫn trong thông tin sản phẩm của các chế phẩm chứa amiodaron. Với thời gian bán thải trong huyết tương dài khoảng 50 ngày, amiodaron có khả năng tích lũy trong cơ thể, dẫn đến nguy cơ độc tính cao và các phản ứng có hại của thuốc có thể kéo dài nhiều tuần hoặc vài tháng ngay cả khi bệnh nhân đã ngừng thuốc.

Một số tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của amiodaron

Rối loạn hệ hô hấp: Amiodaron có thể gây viêm phổi mô kẽ. Trong một số trường hợp nặng, tình trạng viêm này tiến triển thành xơ hóa phổi, có thể đe dọa đến tính mạng. Do đó, nhân viên y tế cần đánh giá cẩn thận và cân nhắc chụp X quang phổi trước khi khởi đầu điều trị với amiodaron. Các triệu chứng của độc tính trên phổi bao gồm: khó thở (thường nghiêm trọng và không thể giải thích được dựa trên các tình trạng bệnh lý tim mạch của bệnh nhân), ho khan, mệt mỏi, sụt cân,

sốt. Biến cố này thường có thể hồi phục sau khi ngừng điều trị sớm, và có thể xử trí bằng liệu pháp corticosteroid khi cần thiết.

MHRA đã ghi nhận được một báo cáo tử vong do suy đa tạng của bệnh nhân nữ được điều trị bằng amiodaron trong khoảng 5 năm và bệnh nhân có xuất hiện viêm phổi trong quá trình điều trị. Tuy nhiên, theo báo cáo bệnh nhân chưa từng chụp cắt lớp vi tính phổi trong suốt quá trình điều trị với amiodaron.

Khuyến cáo mới về CT phổi trong điều trị với amiodaron

Chụp CT phổi thường xuyên là không cần thiết (do gây bức xạ quá mức, lo lắng cho bệnh nhân). Tuy nhiên cần theo dõi triệu chứng hô hấp do đây là dấu hiệu ban đầu của các độc tính trên phổi. Do đó, điều quan trọng là bệnh nhân cần được tư vấn kỹ để có nhận thức rõ về các triệu chứng hô hấp xuất hiện trong quá trình sử dụng amiodaron có thể báo hiệu cho phản ứng có hại nghiêm trọng trên phổi. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc đang được cập nhật để nhấn mạnh rằng chụp CT có độ đặc hiệu hơn X-quang trong việc xác định chẩn đoán độc tính phổi do amiodaron.

Theo dõi chức năng tuyến giáp

Điều trị bằng amiodaron có thể dẫn đến suy giáp hoặc cường giáp, do đó, cần thận trọng khi sử dụng trên những bệnh nhân có tiền sử rối loạn tuyến giáp. MHRA khuyến cáo thực hiện các xét nghiệm chức năng tuyến giáp trước khi bắt đầu điều trị, 6 tháng mỗi lần trong quá trình điều trị và vài tháng sau khi ngừng điều trị. Các biểu hiện trên bệnh nhân như yếu cơ, sụt cân hoặc tăng cân, rụng tóc, đổ mồ hôi, rối loạn kinh nguyệt, sung cổ, căng thẳng, cáu kỉnh, bồn chồn hoặc giảm khả năng tập trung.

Biến cố bất lợi khác

Một số phản ứng có hại khác có thể gặp trong quá trình điều trị với amiodaron như độc tính trên gan (vàng da hoặc vàng mắt, cảm thấy mệt mỏi hoặc buồn nôn, chán ăn, đau bụng hoặc sốt cao); tim (nhịp

tim không đều hoặc nhịp chậm), mắt (giảm thị lực).

Khuyến cáo cho nhân viên y tế

- Amiodaron có thể gây ra các phản ứng có hại nghiêm trọng trên nhiều hệ cơ quan như mắt, tim, phổi, gan, tuyến giáp, da và thần kinh ngoại biên. Do đó, MHRA khuyến cáo nhân viên y tế:

- Theo dõi bệnh nhân khi điều trị với amiodaron kéo dài, lưu ý rằng một số phản ứng nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng nhưng có thể khởi phát muộn. Đánh giá chức năng gan, tuyến giáp của bệnh nhân trước khi điều trị, định kỳ 6 tháng một lần trong quá trình sử dụng và vài tháng sau khi ngừng thuốc.

- Mặc dù không khuyến cáo chụp CT phổi thường quy để giám sát độc tính phổi do amiodaron, cần hướng dẫn bệnh nhân thông báo ngay khi xuất hiện hoặc nặng lên các triệu chứng hô hấp như khó thở hoặc ho kéo dài. Cần nhắc chụp CT ngực khi nghi ngờ tổn thương phổi do thuốc.

- Thực hiện báo cáo các phản ứng có hại nghi ngờ liên quan đến amiodaron

Nguồn: Trung tâm DI&ADR Quốc gia

MHRA: Tăng cường cảnh báo nguy cơ phù mạch khởi phát muộn khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển (ACE)

Các thuốc ức chế men chuyển (ACEI) được chỉ định trong điều trị tăng huyết áp, suy tim, điều trị sau nhồi máu cơ tim, bệnh thận do đái tháo đường và giảm nguy cơ biến cố tim mạch.

Phù mạch đặc trưng bởi tình trạng sưng cục bộ các mô dưới da hoặc dưới niêm mạc. Trong đó, không giống như phù mạch qua trung gian histamin (phù mạch dị ứng), phù mạch qua trung gian bradykinin thường xảy ra mà không có biểu hiện mề đay và thường khởi phát muộn hơn, tuy nhiên, các triệu chứng lâm sàng thường biểu hiện trên lưỡi, môi và đường hô hấp trên, và có thể gây đe dọa tính mạng.

Mặc dù ít gặp, ACE có liên quan đến cả phù mạch qua trung gian histamin và phù mạch qua trung gian bradykinin. Một số nhóm đối tượng nguy cơ cao được xác định bao gồm tuổi cao, phụ nữ, hút thuốc lá và người da đen hoặc người Caribe gốc Phi.

Hiện nay, thông tin sản phẩm của tất cả các thuốc ACE đang được cập nhật nhằm tăng cường cảnh báo về nguy cơ phù mạch khởi phát muộn, từ vài tuần đến nhiều năm sau sử dụng thuốc. Đồng thời, Cơ quan quản lý Dược phẩm và Sản phẩm Y tế Anh (MHRA) khuyến cáo nhân viên y tế, đặc biệt là tại các Khoa Cấp cứu, lưu ý khả năng xuất hiện phù mạch muộn và phân biệt phù mạch qua trung gian bradykinin và histamin, do chiến lược điều trị giữa hai cơ chế này có sự khác biệt đáng kể.

Dữ liệu đánh giá tại Vương quốc Anh

Một đánh giá dữ trên dữ liệu về phản ứng có hại tại Vương quốc Anh tính đến ngày 10/06/2026 đã xác định rằng khoảng một nửa số trường hợp phù mạch có thời gian khởi phát sau ≥ 30 ngày kể từ khi bắt đầu điều trị. Dữ liệu từ các nhà sản xuất chỉ ra rằng khoảng 20–30% các trường hợp này được báo cáo sau ít nhất 30 ngày điều trị với ACE. Các trường hợp phù mạch khởi phát chậm này có thể liên quan nhiều hơn đến cơ chế phù mạch qua trung gian bradykinin. Mặc dù hiếm gặp, các trường hợp tử vong đã được ghi nhận, chủ yếu liên quan đến tình trạng tắc nghẽn đường thở, và xảy ra sau thời gian điều trị kéo dài với các thuốc ức chế men chuyển (ACE).

Các y văn hiện có mô tả phù mạch qua trung gian bradykinin thường xảy ra sau vài tuần thậm chí nhiều năm sau khi bắt đầu điều trị, kể cả ở những bệnh nhân đã sử dụng thuốc liên tục trong nhiều năm. Các tổng quan cũng đều nhấn mạnh rằng phù mạch qua trung gian bradykinin thường không đáp ứng với các biện pháp điều trị phản vệ tiêu chuẩn, do đó cần được

nhận biết sớm và can thiệp đường thở phù hợp kịp thời.

Các hướng dẫn lâm sàng hiện hành trong cấp cứu xác định thuốc ACE là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây phù mạch không do dị ứng và khuyến cáo cần nhắc đến cơ chế qua trung gian bradykinin khi điều trị tiêu chuẩn không hiệu quả. Các hướng dẫn này nhấn mạnh việc ngừng ngay thuốc ACE, theo dõi chặt chẽ đường thở và hội chẩn chuyên khoa sớm ở những trường hợp nặng hoặc đe dọa tính mạng. Bên cạnh đó, một số xét nghiệm bổ sung, chẳng hạn như định lượng nồng độ C4 trong huyết thanh, có thể hỗ trợ xác định nguyên nhân không do dị ứng và định hướng xử trí thích hợp.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Phù mạch là một tác dụng không mong muốn có tần suất ít gặp hoặc hiếm gặp do các thuốc ACE. Phản ứng có thể xuất hiện dưới dạng phù mạch dị ứng do histamin hoặc hiếm gặp hơn là dạng phù mạch qua trung gian bradykinin. Trong đó, nhân viên y tế cần cần nhắc đến cơ chế phù mạch qua trung gian bradykinin khi bệnh nhân không đáp ứng với các liệu pháp điều trị dị ứng tiêu chuẩn.

- Phù mạch liên quan đến thuốc ức chế men chuyển (ACE) có thể xảy ra trên bệnh nhân ở bất kỳ thời điểm nào trong quá trình điều trị, thậm chí là vài tuần hoặc vài năm sau khi sử dụng thuốc. Phù mạch do ACE đặc trưng bởi các triệu chứng lâm sàng bao gồm sưng lưỡi, môi, mặt hoặc thanh quản, có thể gây khó thở, khó nuốt, có thể tiến triển đến tắc nghẽn đường thở. Một số trường hợp có thể xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa như đau bụng và co thắt bụng.

- Lưu ý rằng phù mạch qua trung gian bradykinin thường không đáp ứng với các biện pháp điều trị dị ứng tiêu chuẩn, bao gồm cả adrenalin (epinephrin).

- Khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị tiêu chuẩn, nhân viên y tế cần cần nhắc đến khả năng xuất hiện phù mạch qua

trung gian bradykinin và tiến hành điều chỉnh các phác đồ phù hợp.

- Ngừng thuốc ngay lập tức và không tái sử dụng thuốc khi bệnh nhân xuất hiện phản ứng phù mạch nghi ngờ do các thuốc ức chế men chuyển.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR Quốc gia

ANSM: Nguy cơ táo bón nghiêm trọng khi sử dụng các thuốc chống loạn thần

Thuốc chống loạn thần và nguy cơ táo bón

Táo bón là một phản ứng có hại phổ biến liên quan đến việc sử dụng thuốc chống loạn thần; vẫn luôn được cảnh báo trong tờ thông tin sản phẩm của các thuốc trong nhóm thuốc này. Gần đây, Cơ quan quản lý Dược phẩm và Sinh phẩm Y tế Pháp (ANSM) liên tục ghi nhận được các báo cáo nghiêm trọng liên quan biến cố này trên bệnh nhân sử dụng thuốc chống loạn thần. Do đó, ANSM đưa cảnh báo này nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc áp dụng các biện pháp dự phòng phù hợp, tăng cường theo dõi và xử trí sớm các triệu chứng táo bón trên bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc chống loạn thần.

Thuốc chống loạn thần, hay còn gọi là thuốc an thần kinh, được chỉ định để điều trị các triệu chứng rối loạn tâm thần như bệnh tâm thần phân liệt và rối loạn lưỡng cực.

Một số thuốc chống loạn thần còn được chỉ định để kiểm soát trạng thái kích động hoặc hung hăng trên bệnh nhân tâm thần, hỗ trợ các rối loạn liên quan đến bệnh lý thần kinh (như bệnh Alzheimer, bệnh Huntington...) hoặc phối hợp trong điều trị trầm cảm kháng trị mức độ nặng.

Do có tác dụng kháng cholinergic, các thuốc chống loạn thần có thể gây táo bón, đôi khi các trường hợp táo bón mức độ nặng, có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong trên bệnh nhân.

Nhắc lại khuyến cáo từ ANSM

Sau khi tham khảo ý kiến của các chuyên gia tâm thần học, ANSM nhắc lại các khuyến cáo nhằm giảm thiểu nguy cơ táo bón mức độ nặng và các biến chứng liên quan ở bệnh nhân sử dụng thuốc chống loạn thần.

(1) Tương tác thuốc: Cần thận trọng khi phối hợp các thuốc khác với thuốc chống loạn thần cũng có tác dụng kháng cholinergic.

(2) Theo dõi chặt chẽ nhu động ruột và chức năng tiêu hóa của bệnh nhân, chủ động phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo (như đau bụng, táo bón nặng, tiêu chảy không rõ nguyên nhân).

(3) Xử trí kịp thời: Trong trường hợp liệt ruột cấp tính, bác sĩ cần nhắc việc ngừng thuốc chống loạn thần, làm sạch phân bị tắc nghẽn và can thiệp ngoại khoa khi cần thiết.

(4) Cảnh báo nhóm đối tượng nguy cơ cao: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên là nhóm đối tượng thường đặc biệt nhạy cảm với nhóm thuốc kháng cholinergic.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Đánh giá gánh nặng kháng cholinergic trong phác đồ điều trị, đặc biệt

ở bệnh nhân sử dụng đồng thời nhiều thuốc có đặc tính kháng cholinergic dựa trên các thang điểm đánh giá gánh nặng kháng cholinergic.

- Nếu bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ gây táo bón, cần thực hiện các biện pháp dự phòng thích hợp ngay khi bắt đầu sử dụng thuốc chống loạn thần.

- Về lối sống và chế độ ăn uống: Tư vấn cho bệnh nhân áp dụng các biện pháp như uống đủ nước, khẩu phần ăn giàu chất xơ, và có chế độ hoạt động thể chất phù hợp.

- Hướng dẫn bệnh nhân cách nhận biết các dấu hiệu cảnh báo (đau bụng, táo bón nặng, ...) và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều trị sớm.

- Nhân viên y tế nên thường xuyên hỏi thăm bệnh nhân về thói quen đại tiện, ngay cả khi bệnh nhân không chủ động báo cáo.

- Rà soát các thuốc dùng đồng thời: đảm bảo rằng bệnh nhân không đang sử dụng đồng thời các thuốc khác có nguy cơ gây táo bón, chẳng hạn như thuốc chống trầm cảm 3 vòng (imipramin), thuốc điều trị Parkinson và thuốc chống co thắt kháng cholinergic.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR Quốc gia

ĐIỀU TRỊ

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH DO VI RÚT EBOLA

Căn cứ Quyết định số 1501/QĐ-BYT ngày 25 tháng 5 năm 2026 về việc ban hành tài liệu chuyên môn Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút ebola.

Đơn vị Thông tin thuốc – Dược lâm sàng thông tin nội dung hướng dẫn như sau:

I. ĐẠI CƯƠNG

II. TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng
2. Xét nghiệm

III. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH DO VI RÚT EBOLA

1. Ca bệnh nghi ngờ
2. Ca bệnh xác định
3. Chẩn đoán phân biệt

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị
2. Điều trị hỗ trợ
3. Kháng thể đơn dòng điều trị đặc hiệu: Chỉ có tác dụng trên Zaire ebolavirus
4. Lưu ý với một số nhóm người bệnh
5. Tiêu chuẩn xuất viện

V. PHÒNG LÂY NHIỄM VI RÚT EBOLA

1. Nguyên tắc
2. Đối với người bệnh
3. Đối với người tiếp xúc gần
4. Phòng chống lây nhiễm tại các cơ sở điều trị
5. Vắc-xin phòng bệnh đặc hiệu
6. Xử lý tử thi

Nguồn: Bộ Y tế

NHỮNG NGUY CƠ CÓ THỂ XẢY RA KHI GÂY TÊ VÀ CÁC TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG CỦA GÂY TÊ

Gây tê giúp ngăn ngừa việc cảm nhận các cơn đau trong các thủ thuật y tế bằng cách làm tê một bộ phận cụ thể của cơ thể. Tác dụng của gây tê thường chỉ tồn tại trong thời gian ngắn, vì vậy phương pháp này chủ yếu sử dụng cho các thủ thuật ngoại trú nhỏ.

Trong trường hợp cần thực hiện các thủ thuật xâm lấn nhiều hơn hoặc kéo dài, bác sĩ thường sẽ tiến hành gây tê vùng hoặc gây mê toàn thân.

1. Các hình thức gây tê

Có hai hình thức gây tê:

- Gây tê trực thần kinh trung ương: bao gồm tê tủy sống và tê ngoài màng cứng. Bác sĩ sẽ tiêm thuốc tê vào cột sống, người bệnh sẽ mất hết cảm giác từ khoảng ngang rốn trở xuống chân.

- Gây tê vùng: Tùy theo vị trí phẫu thuật mà bác sĩ sẽ tiêm thuốc tê phong bế cảm giác của riêng vùng phẫu thuật.

2. Lợi ích của gây tê

Cả hai hình thức gây tê và gây mê đều đảm bảo người bệnh không cảm thấy đau khi phẫu thuật. Tuy nhiên, so với gây mê, gây tê có một số ưu điểm:

- Hạn chế các biến chứng và tác dụng phụ của gây mê toàn thân: Hầu hết các thuốc mê đều có tác động bất lợi lên hệ thống tim mạch và hô hấp. Mặt khác, việc đặt nội khí quản có thể dẫn đến nhiều tai biến, đặc biệt đối với các người bệnh bị hen phế quản hay bệnh phổi mạn, đặt và rút nội khí quản có thể thúc đẩy cơn co thắt.

- Người bệnh tỉnh táo lúc làm phẫu thuật: điều này tạo thuận lợi cho việc theo dõi tình trạng người bệnh trong mổ, người bệnh có thể than phiền về các dấu hiệu bất thường trong cơ thể. Qua đó, nhân viên y tế có thể xử trí kịp thời.

- Giúp giảm đau sau mổ: Đối với gây mê, ngay sau khi tỉnh dậy người bệnh sẽ bắt đầu cảm thấy đau và khó chịu. Còn đối với gây tê, tác dụng giảm đau của thuốc tê có thể kéo dài thêm nhiều giờ, nhiều ngày (đối với tê ngoài màng cứng) sau phẫu thuật.

3. Các vấn đề thường gặp sau gây tê tủy sống

Biến chứng về thần kinh

- Liệt, tổn thương thần kinh: Đây là biến chứng rất hiếm gặp. Có nhiều nguyên nhân gây ra tổn thương thần kinh sau gây tê như: do kim gây tê/catheter, do chèn ép, máu tụ ngoài màng cứng, thiếu máu nuôi thần kinh, hay độc tính của thuốc tê lên dây thần kinh. Thông thường bên cạnh mất cảm giác đau người bệnh cũng sẽ liệt vận động vùng được gây tê. Tuy nhiên, vận động và cảm giác sẽ hồi phục sau khi hết tác dụng của thuốc tê (khoảng 4 – 6 giờ). Nếu các triệu chứng này kéo dài cần báo ngay cho nhân viên y tế.

- Hội chứng chùm đuôi ngựa: Thường có triệu chứng đau thắt lưng, tê quanh hậu môn và tiêu tiểu mất tự chủ.

- Đau đầu: Đây là triệu chứng thường gặp sau gây tê tủy sống, thông thường triệu chứng sẽ tự khỏi trong vòng 7 ngày. Nếu triệu chứng gây khó chịu đáng kể có thể sử dụng các thuốc giảm đau. Trong trường hợp đau đầu không tự khỏi trong 7 ngày hoặc đau đầu dữ dội, cần đến ngay các cơ sở y tế để được hỗ trợ. Để ngăn ngừa đau đầu sau tê tủy sống, người bệnh cần nằm yên nghỉ ngơi trên giường trong 24 giờ sau gây tê và không ngóc đầu dậy.

Biến chứng về tim mạch:

- Hạ huyết áp: hạ huyết áp là triệu chứng thường gặp khi gây tê tủy sống, triệu chứng thường gặp đầu tiên là buồn nôn, nôn. Khi cảm thấy dấu hiệu này cần báo ngay cho nhân viên y tế biết.

- Nhịp chậm: Tùy thuộc vào mức độ, người bệnh sẽ được xử trí bằng các thuốc thích hợp.

Biến chứng về hô hấp: Khó thở và ngưng thở là biến chứng có thể gặp khi gây tê. Người bệnh sẽ được thở oxy trước, trong, sau thủ thuật và các biện pháp hỗ trợ hô hấp khác nếu cần.

Nhiễm trùng: Tiêm thuốc tê vào cột sống có thể gây viêm màng não mủ hay áp xe ngoài màng cứng. Tuy nhiên, biến chứng này hầu như không xảy ra do được phòng ngừa rất tốt bằng các biện pháp vô trùng trong lúc thực hiện thủ thuật.

Đau lưng: Sau khi thực hiện gây tê trực thần kinh trung ương, một số người bệnh cảm thấy đau lưng ở vị trí chích kim. Triệu chứng này có thể cải thiện bằng các thuốc giảm đau.

Bí tiểu: Thuốc tê có thể ức chế các rễ thần kinh điều hòa hoạt động bài tiết nước tiểu. Do đó, người bệnh thường cảm thấy bí tiểu sau mổ. Triệu chứng này có thể giải quyết bằng cách đặt thông tiểu (ống dẫn nước tiểu). Sau khi hết tác dụng của thuốc tê, bí tiểu có thể cải thiện.

Ngứa: Có thể gặp sau gây tê tủy sống nếu bác sĩ pha thêm morphin vào thuốc tê để làm tăng thời gian tác dụng. Dấu hiệu này thường tự cải thiện.

Run: Một số người bệnh bị run sau khi gây tê trực thần kinh trung ương, thường ít nghiêm trọng và tự khỏi.

4. Biến chứng của tê ngoài màng cứng

Điểm khác biệt cơ bản giữa tê ngoài màng cứng và tê tủy sống là tê ngoài màng cứng lưu lại 1 catheter ở khoang ngoài màng cứng. Qua đó, bác sĩ có thể cho thuốc tê liên tục để duy trì giảm đau cho người bệnh đến 3 ngày sau mổ. Điều đó cũng đồng nghĩa với việc người bệnh được cung cấp 1 lượng thuốc tê lớn hơn nhiều so với tê tủy sống. Vì vậy, catheter đặt ở sai vị trí có thể gây các biến chứng nghiêm trọng:

- Đặt vào mạch máu: có thể gây ngộ độc thuốc tê do lượng lớn thuốc được bơm trực tiếp vào máu.

- Đặt vào khoang dưới nhện (trong lòng ống sống): gây tê tủy cao, tê tủy toàn bộ. Đây là các biến chứng ít gặp tuy nhiên rất nguy hiểm.

5. Biến chứng của gây tê vùng

- Hematoma: Có thể xuất hiện những khối tụ máu trong quá trình thực hiện thủ thuật. Các khối máu tụ này thường tự tiêu biến mà không cần can thiệp.

- Tổn thương thần kinh: Biến chứng hiếm khi xảy ra. Việc áp dụng máy siêu âm, kích thích điện vào việc gây tê vùng làm giảm nguy cơ biến chứng tổn thương thần kinh đi rất nhiều.

- Ngộ độc thuốc tê: Để đảm bảo đủ độ tê cho phẫu thuật, người bệnh sẽ được cung cấp 1 lượng lớn thuốc tê. Do đó người bệnh có nguy cơ ngộ độc thuốc tê. Tuy nhiên, biến chứng này rất ít gặp.

6. Tóm lại

Gây tê là biện pháp vô cảm có nhiều ưu điểm và được ưa chuộng. Tuy nhiên có nhiều biến chứng và tác dụng phụ nhưng hầu hết có thể điều trị được nếu phát hiện kịp thời. Khi thực hiện các thủ thuật này, người bệnh cần hợp tác với bác sĩ, và nếu thấy có bất kỳ dấu hiệu nào bất thường thì cần báo ngay cho bác sĩ để được điều trị thích hợp.

Nguồn: Thông tin thuốc Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Bệnh viện Nhân dân 115

CẬP NHẬT SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG HUYẾT KHỐI TRONG QUẢN LÝ SƠM ĐỘT QUÝ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ CẤP THEO AHA/ASA 2026

1. Đặt vấn đề

Đột quỵ là một trong những cấp cứu thần kinh thường gặp, đồng thời là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật kéo dài. Đột quỵ thường được chia thành ba nhóm chính: đột quỵ thiếu máu não cục bộ, đột quỵ xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện. Trong đó, đột quỵ thiếu máu não cục bộ chiếm khoảng 60-80% tổng số trường hợp đột quỵ [1]. Trong giai đoạn sớm, các chiến lược tái thông mạch (đặc biệt là tiêu

sợi huyết đường tĩnh mạch) cùng với điều trị kháng huyết khối đóng vai trò nền tảng, góp phần cải thiện kết cục lâm sàng của người bệnh. Bản cập nhật AHA/ASA năm 2026 đã đưa ra một số thay đổi đáng chú ý liên quan đến sử dụng các thuốc chống huyết khối trong thực hành quản lý sớm đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp (AIS) và sẽ được trình bày trong phần dưới đây.

2. Cập nhật về thuốc tiêu sợi huyết

Bảng 1. Cập nhật về thuốc tiêu sợi huyết

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
2.1. Quyết định dùng liệu pháp tiêu sợi huyết			
Người lớn			
1	A	Ở bệnh nhân người lớn bị AIS có đột quỵ gây tàn tật, không phụ thuộc điểm NIHSS, và đủ điều kiện tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch (IVT), điều trị càng sớm càng giúp cải thiện kết cục chức năng.	
1	B-NR	Ở bệnh nhân trưởng thành AIS có đủ điều kiện điều trị tiêu sợi huyết trong vòng 4,5 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, việc điều trị nên được bắt đầu càng sớm càng tốt, đồng thời đảm bảo an toàn trong quá trình sử dụng thuốc và tránh trì hoãn do bổ sung thêm các chẩn đoán hình ảnh thần kinh đa phương thức như CTA/MRA hoặc chụp tưới máu CT/MR ^(a) .	X
1	B-NR	Ở bệnh nhân AIS đang được IVT, nhân viên y tế cần sẵn sàng xử trí các TDKMM cấp tính có thể xảy ra, bao gồm biến chứng chảy máu và phù mạch, do các biến cố này có thể gây tắc nghẽn đường thở một phần và làm xấu kết cục lâm sàng.	
1	C-EO	Ở bệnh nhân AIS đủ điều kiện IVT, nhân viên y tế nên trao đổi với bệnh nhân còn đủ năng lực quyết định hoặc với người đại diện hợp pháp của bệnh nhân, khi khả thi, về lợi ích và nguy cơ tiềm tàng của điều trị nhằm bảo đảm ra quyết định chung.	
1	B-NR	Ở bệnh nhân nghi ngờ đột quỵ thiếu máu não, nhân viên y tế nên xác định đường huyết trước khi khởi trị IVT để đánh giá và xử trí khẩn cấp tình trạng hạ đường huyết hoặc tăng đường huyết nặng, vì các tình trạng này có thể biểu hiện giống đột quỵ cấp.	
1	C-LD	Ở bệnh nhân nghi ngờ đột quỵ thiếu máu não có hạ đường huyết hoặc tăng đường huyết nặng, nếu các triệu chứng đột quỵ gây tàn tật vẫn còn tồn tại sau khi đã điều chỉnh đường huyết về mức bình thường, khuyến cáo dùng IVT để cải thiện kết cục chức năng.	

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
1	A	Ở bệnh nhân AIS đủ điều kiện IVT và có thay đổi thiếu máu não sớm mức độ nhẹ đến trung bình trên hình ảnh não ban đầu, khuyến cáo dùng IVT để cải thiện kết cục chức năng.	
3: Không có lợi ích	B-R	Ở bệnh nhân người lớn đủ điều kiện AIS có triệu chứng đột quỵ nhẹ không gây tàn tật, trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường, không khuyến cáo IVT vì chưa cho thấy ưu thế trong cải thiện kết cục chức năng so với điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép.	
1	B-NR	Ở bệnh nhân nghi ngờ AIS đang dùng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn trị hoặc kép và vẫn đủ điều kiện IVT, khuyến cáo IVT để cải thiện kết cục chức năng mặc dù nguy cơ xuất huyết nội sọ có triệu chứng tăng hơn so với bệnh nhân không dùng kháng kết tập tiểu cầu.	
2a	B-NR	Ở bệnh nhân AIS trong vòng 4,5 giờ kể từ thời điểm cuối cùng còn bình thường và đủ điều kiện IVT, có thể hợp lý khi không trì hoãn IVT trong lúc chờ kết quả xét nghiệm huyết học hoặc đông máu nếu không có lý do nghi ngờ bất thường các xét nghiệm này.	
1	B-NR	Ở bệnh nhân AIS đủ điều kiện IVT trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng nhưng chưa rõ gánh nặng vi xuất huyết não, khuyến cáo dùng IVT mà không cần chụp MRI trước để loại trừ vi xuất huyết não.	X
2a	B-NR	Ở bệnh nhân AIS trong vòng 4,5 giờ kể từ thời điểm cuối cùng còn bình thường và đủ điều kiện IVT, dùng IVT là hợp lý để đạt kết cục chức năng tốt hơn nếu MRI cho thấy số lượng vi xuất huyết não ít, ví dụ từ 1 đến 10 ổ.	X
2b	B-NR	Ở bệnh nhân AIS trong vòng 4,5 giờ kể từ thời điểm cuối cùng còn bình thường và đủ điều kiện IVT, nếu trước đó có gánh nặng vi xuất huyết não cao, ví dụ >10 ổ trên MRI, lợi ích của IVT chưa chắc chắn vì có thể liên quan đến tăng nguy cơ xuất huyết nội sọ có triệu chứng.	X
Trẻ em			
2b	C-LD	Ở bệnh nhi từ 28 ngày tuổi đến 18 tuổi có đột quỵ thiếu máu não cấp được xác định, đến trong vòng 4,5 giờ từ khi khởi phát triệu chứng và có thiếu sót thần kinh gây tàn tật, tiêu sợi huyết tĩnh mạch bằng alteplase có thể	X

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
		được cân nhắc, vì thuốc được cho là an toàn, tuy nhiên hiệu quả vẫn chưa được chắc chắn.	
2.2. Lựa chọn thuốc tiêu sợi huyết			
1	A	Ở bệnh nhân người lớn bị AIS trong vòng 4,5 giờ từ khi khởi phát triệu chứng hoặc hoặc thời điểm cuối cùng mà bệnh nhân được ghi nhận còn bình thường, nếu đủ điều kiện tiêu sợi huyết tĩnh mạch: Khuyến cáo dùng tenecteplase 0,25 mg/kg (tối đa 25 mg) hoặc alteplase 0,9 mg/kg nhằm cải thiện kết cục chức năng ^(b) .	X
3: Không có lợi ích	A	Ở bệnh nhân người lớn bị AIS đến trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường, và đủ điều kiện tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, không khuyến cáo tenecteplase liều 0,4 mg/kg ^(c) .	X
2.3. Cửa sổ thời gian mở rộng cho tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch			
2a	B-R	Ở bệnh nhân AIS có thời điểm khởi phát không xác định, trong vòng 4,5 giờ kể từ khi được nhận diện triệu chứng, và có tổn thương trên MRI-DWI nhỏ hơn 1/3 vùng cấp máu của động mạch não giữa, đồng thời không có thay đổi tín hiệu rõ trên FLAIR, tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ kể từ khi nhận diện triệu chứng có thể có lợi để cải thiện kết cục chức năng.	
2a	B-R	Ở bệnh nhân AIS còn vùng tranh tối tranh sáng thiếu máu có thể cứu được được phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh tưới máu tự động, và hoặc thức dậy với triệu chứng đột quỵ trong vòng 9 giờ tính từ điểm giữa giấc ngủ, hoặc từ 4,5 đến 9 giờ kể từ thời điểm cuối cùng còn bình thường, tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch có thể hợp lý để cải thiện kết cục chức năng ^(d) .	X
2b	B-R	Ở bệnh nhân AIS do tắc mạch lớn còn vùng tranh tối tranh sáng thiếu máu có thể cứu được, đến trong khoảng 4,5 đến 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường, và không thể thực hiện lấy huyết khối cơ học (EVT), điều trị bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch dưới sự chỉ đạo của người có chuyên môn về chăm sóc đột quỵ tiêu sợi huyết có thể có lợi để cải thiện kết cục chức năng.	X

Diễn giải:

a. Các thử nghiệm nền tảng như NINDS rt-PA và ECASS III cho thấy hiệu quả của IVT phụ thuộc chặt chẽ vào thời gian điều trị. Vì vậy, ở bệnh nhân có đột quỵ gây tàn tật và đủ điều kiện, IVT cần được khởi trị càng sớm càng tốt và không nên trì hoãn không cần thiết.

b. Từ sau hướng dẫn 2019, nhiều thử nghiệm pha III lớn với hơn 6.000 bệnh nhân cho thấy tenecteplase 0,25 mg/kg không kém hơn alteplase 0,9 mg/kg về kết cục chức năng sau 90 ngày, với độ an toàn tương đương.

c. Các nghiên cứu chỉ ra dùng tenecteplase liều 0,4 mg/kg không mang lại thêm lợi ích mà còn có thể gây bất lợi cho bệnh nhân so với liều 0,25 mg/kg. Đáng chú ý, thử nghiệm NOR-TEST 2, so sánh 2 chế độ liều trên, đã phải dừng sớm do tín hiệu an toàn và kết cục chức năng bất lợi hơn ở nhóm liều cao.

d. Ngoài cửa sổ điều trị chuẩn 4,5 giờ, các nghiên cứu như WAKE-UP, EXTEND và TRACE-III cho thấy liệu pháp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch (IVT) vẫn có thể mang lại lợi ích ở những bệnh nhân được chọn lọc bằng hình ảnh học, phản ánh xu hướng chuyển từ lựa chọn điều trị dựa đơn thuần vào thời gian khởi phát sang dựa trên mô não còn khả năng cứu được (tissue-based selection)

Điểm cập nhật đáng chú ý nhất của AHA/ASA 2026 là tenecteplase liều 0,25 mg/kg được ủng hộ rõ ràng hơn như một lựa chọn thay thế alteplase 0,9 mg/kg ở bệnh nhân đủ điều kiện tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng hoặc thời điểm cuối cùng còn bình thường. Về thực hành, tenecteplase có ưu điểm là chỉ cần tiêm bolus một lần, trong khi alteplase cần bolus ban đầu rồi truyền tĩnh mạch trong 60 phút; điều này có thể giúp đơn giản hóa quy trình dùng thuốc và hạn chế chậm trễ trong cấp cứu đột quỵ. Ngược lại, tenecteplase liều 0,4 mg/kg không được khuyến cáo, vì các nghiên cứu không cho thấy lợi ích bổ sung và còn gợi ý khả năng tăng nguy cơ bất lợi ở liều cao hơn.

Bảng 2. Hướng dẫn dùng thuốc tiêu sợi huyết trong đột quỵ thiếu máu não cấp

<i>Alteplase</i> : Truyền tĩnh mạch 0,9 mg/kg (liều tối đa 90 mg) trong 60 phút. 10% tổng liều được tiêm bolus trong 1 phút, sau đó truyền phần còn lại.		
<i>Tenecteplase</i> : Tiêm tĩnh mạch nhanh 0,25 mg/kg (tối đa 25 mg) dựa trên cân nặng bệnh nhân.		
Cân nặng bệnh nhân (kg)	Liều Tenecteplase (mg)	Thể tích cần tiêm (mL)
< 60 kg	15 mg	3 mL
60 - <70 kg	17,5 mg	3,5 mL
70 - <80 kg	20 mg	4 mL
80 - <90 kg	22,5 mg	4,5 mL
≥ 90 kg	25 mg	5 mL
Theo dõi sau khi dùng tiêu sợi huyết: nhập bệnh nhân vào ICU hoặc đơn vị đột quỵ để theo dõi.		
Nếu bệnh nhân xuất hiện: đau đầu dữ dội, tăng huyết áp cấp, buồn nôn hoặc nôn, xáo trộn thần kinh → ngừng truyền alteplase (nếu đang truyền) và chụp CT sọ não khẩn cấp.		
Theo dõi huyết áp và thần kinh: Đo huyết áp và đánh giá thần kinh mỗi 15 phút trong và sau khi dùng tiêu sợi huyết trong 2 giờ đầu. Sau đó: mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp theo, sau đó mỗi 1 giờ cho đến đủ 24 giờ sau điều trị.		
Kiểm soát huyết áp:		

Nếu: SBP >180 mmHg hoặc DBP >105 mmHg → cần tăng tần suất theo dõi huyết áp và dùng thuốc hạ áp để duy trì huyết áp ≤ các mức này.
Nếu có thể, trì hoãn đặt: ống thông dạ dày, sonde tiểu lưu, catheter theo dõi huyết áp động mạch
Chụp CT hoặc MRI sau 24 giờ kể từ khi dùng tiêu sợi huyết trước khi bắt đầu thuốc chống đông hoặc thuốc kháng kết tập tiểu cầu.
Lưu ý: Liều dùng cho trẻ em chưa được xác định rõ. Nếu trẻ <50 kg và biết chính xác cân nặng, có thể tính liều theo từng 1 kg. Không trì hoãn tiêu sợi huyết để cân chính xác, vì thời gian điều trị là yếu tố quyết định. Khi ước lượng cân nặng, tính liều theo khoảng 1 kg không chắc an toàn hơn so với khoảng 10 kg.

Ngoài alteplase và tenecteplase, một số thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch khác như reteplase, mutant prourokinase, desmoteplase, urokinase và streptokinase cũng đã được nghiên cứu trong điều trị AIS. Tuy nhiên, theo AHA/ASA 2026, các thuốc này không có vai trò thường quy trong thực hành hiện nay. Reteplase và mutant prourokinase chỉ có thể được cân nhắc ở mức khuyến cáo thấp trong một số bối cảnh chọn lọc, trong khi desmoteplase và urokinase không được khuyến cáo do không cho thấy lợi ích rõ ràng về kết cục lâm sàng. Đặc biệt, streptokinase không nên sử dụng vì không cải thiện độc lập chức năng sau 90 ngày và còn liên quan đến tăng tử vong sớm. Tương tự, sonothrombolysis với vai trò liệu pháp hỗ trợ cho IVT cũng không được khuyến cáo, do không cải thiện kết cục thần kinh sớm hoặc kết cục chức năng dài hạn. Nhìn chung, các dữ liệu hiện có tiếp tục củng cố vị trí trung tâm của alteplase và tenecteplase, đồng thời cho thấy các thuốc hoặc kỹ thuật khác chưa đủ bằng chứng để áp dụng thường quy.

3. Cập nhật về thuốc kháng kết tập tiểu cầu

Đối với những bệnh nhân suy nhược thần kinh không gây tàn tật trong cửa sổ 4,5 giờ, các thử nghiệm lâm sàng không chứng minh được lợi ích của tiêu sợi huyết. Trong nhóm bệnh nhân này, liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) được ưu tiên và khuyến cáo sử dụng.

Bảng 3. Cập nhật về thuốc kháng kết tập tiểu cầu

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
3.1. Nguyên tắc chung của điều trị kháng kết tập tiểu cầu sớm			
1	A	Ở bệnh nhân AIS, khuyến cáo dùng aspirin trong vòng 48 giờ sau khởi phát đột quỵ để giảm nguy cơ tử vong và phụ thuộc chức năng ^(a) .	
2b	B-NR	Ở bệnh nhân AIS đã được điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch (IVT), nguy cơ của điều trị kháng kết tập tiểu cầu trong 24 giờ đầu sau IVT (có hoặc không kèm lấy huyết khối cơ học) vẫn chưa chắc chắn. Có thể cân nhắc sử dụng trong trường hợp có	

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
		bệnh lý đồng mắc mà việc dùng thuốc này khi không có IVT được biết là mang lại lợi ích đáng kể, hoặc khi việc trì hoãn điều trị được biết là gây nguy cơ đáng kể.	
2b	B-R	Ở bệnh nhân AIS, hiệu quả của tirofiban đường tĩnh mạch trong cải thiện kết cục lâm sàng vẫn chưa được xác định rõ.	
3: Có hại	B-R	Ở bệnh nhân AIS, không khuyến cáo abciximab đường tĩnh mạch do làm tăng biến chứng chảy máu.	
3.2. Dự phòng thứ phát sớm			
1	A	Ở bệnh nhân AIS không do nguồn gốc tim hoặc TIA, điều trị kháng kết tập tiểu cầu được chỉ định ưu tiên hơn chống đông đường uống để giảm nguy cơ đột quỵ thiếu máu tái phát và các biến cố tim mạch khác, đồng thời giảm nguy cơ chảy máu.	
1	C-EO	Ở bệnh nhân AIS không do nguồn gốc tim hoặc TIA, việc lựa chọn thuốc kháng kết tập tiểu cầu trong dự phòng đột quỵ thứ phát sớm cần được cá thể hóa dựa trên yếu tố nguy cơ của người bệnh, chi phí, khả năng dung nạp, hiệu quả tương đối đã biết của từng thuốc và các đặc điểm lâm sàng khác.	
2a	B-R	Ở bệnh nhân AIS kèm bóc tách động mạch cảnh ngoài sọ hoặc động mạch đốt sống, điều trị bằng thuốc kháng kết tập tiểu cầu hoặc thuốc chống đông trong ít nhất 3 tháng là phù hợp để dự phòng đột quỵ tái phát.	
2b	B-NR	Ở bệnh nhân đã dùng aspirin tại thời điểm xảy ra đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim hoặc TIA, hiệu quả của việc tăng liều aspirin hoặc chuyển sang thuốc kháng kết tập tiểu cầu khác vẫn chưa được xác định rõ ^(c) .	
3: Không có lợi ích	B-R	Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 3) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD2 ≥ 4), ticagrelor không được khuyến cáo ưu tiên hơn aspirin để giảm biến cố gộp gồm đột quỵ, nhồi máu cơ tim hoặc tử vong.	

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
3: Có hại	B-R	Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim, không nên sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu bộ ba (aspirin, clopidogrel và dipyridamole) để dự phòng đột quỵ thứ phát do làm tăng nguy cơ chảy máu ^(d) .	
3: Có hại	B-NR	Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não kèm rung nhĩ, nhưng không có bệnh động mạch vành đang hoạt động hoặc không có đặt stent nội mạch gần đây, việc thường quy phối hợp thêm thuốc kháng kết tập tiểu cầu với thuốc chống đông đường uống có khả năng gây hại do làm tăng nguy cơ chảy máu và không được khuyến cáo.	
3.3. Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) ở AIS nhẹ và TIA nguy cơ cao			
1	A	Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 3) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD2 ≥ 4) không được điều trị IVT, DAPT với aspirin và clopidogrel (có liều nạp clopidogrel) nên được khởi trị sớm trong vòng 24 giờ sau khởi phát triệu chứng, duy trì 21 ngày, sau đó chuyển sang đơn trị kháng kết tập tiểu cầu (SAPT) để giảm nguy cơ đột quỵ thiếu máu tái phát trong 90 ngày ^(b) .	
2b	B-R	Ở bệnh nhân mới khởi phát <24 giờ với đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 5) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD2 ≥ 6) hoặc có hẹp nội sọ hoặc ngoài sọ có triệu chứng $\geq 50\%$ của một động mạch có thể giải thích cho TIA, không được điều trị IVT, DAPT với ticagrelor (bao gồm liều nạp) cộng aspirin trong 30 ngày có thể được cân nhắc để giảm nguy cơ đột quỵ tái phát trong 30 ngày ^(c) .	
2a	B-R	Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ (NIHSS ≤ 5) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD2 ≥ 4) trong vòng 24–72 giờ từ khi khởi phát đột quỵ, hoặc bệnh nhân có NIHSS 4–5 trong vòng 24 giờ từ khi khởi phát, không được điều trị IVT, và nghi ngờ nguyên nhân do xơ vữa động mạch (hẹp $\geq 50\%$ động mạch nội sọ hoặc ngoài sọ có khả năng giải thích biểu hiện lâm sàng, hoặc có nhồi máu não cấp mới trên hình ảnh học	X

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
		gợi ý nguồn gốc xơ vữa động mạch lớn), DAPT với clopidogrel và aspirin trong 21 ngày, sau đó chuyển sang SAPT, là hợp lý để giảm nguy cơ đột quy tái phát trong 90 ngày.	
2b	B-R	Ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ (NIHSS $\leq$ 3) hoặc TIA nguy cơ cao (ABCD2 $\geq$ 4) trong vòng 24 giờ sau khởi phát triệu chứng, không được điều trị IVT, và mang alen mất chức năng CYP2C19, DAPT với ticagrelor và aspirin trong 21 ngày (sau đó tiếp tục ticagrelor đơn trị) có thể hợp lý hơn DAPT với clopidogrel và aspirin để giảm nguy cơ đột quy tái phát trong 90 ngày.	
3.4. Điều trị kháng kết tập tiểu cầu trong bối cảnh IVT			
3: Có hại	B-R	Ở bệnh nhân AIS vốn đủ điều kiện IVT hoặc lấy huyết khối cơ học, không khuyến cáo dùng aspirin thay thế cho điều trị đột quy cấp nhằm cải thiện kết cục người bệnh.	
3: Có hại	B-R	Ở bệnh nhân AIS đủ điều kiện IVT, không nên dùng aspirin đường tĩnh mạch đồng thời hoặc trong vòng 90 phút sau khi bắt đầu IVT do nguy cơ xuất huyết.	
3: Không có lợi ích	B-R	Ở bệnh nhân AIS được điều trị IVT trong vòng 3 giờ sau khởi phát triệu chứng, không khuyến cáo phối hợp eptifibatide đường tĩnh mạch nhằm giảm mức độ tàn tật ^(e) .	

a. Hai thử nghiệm lớn IST và CAST là cơ sở cho khuyến cáo dùng aspirin trong vòng 48 giờ sau khởi phát AIS, nhờ giúp giảm nguy cơ tử vong hoặc phụ thuộc chức năng.

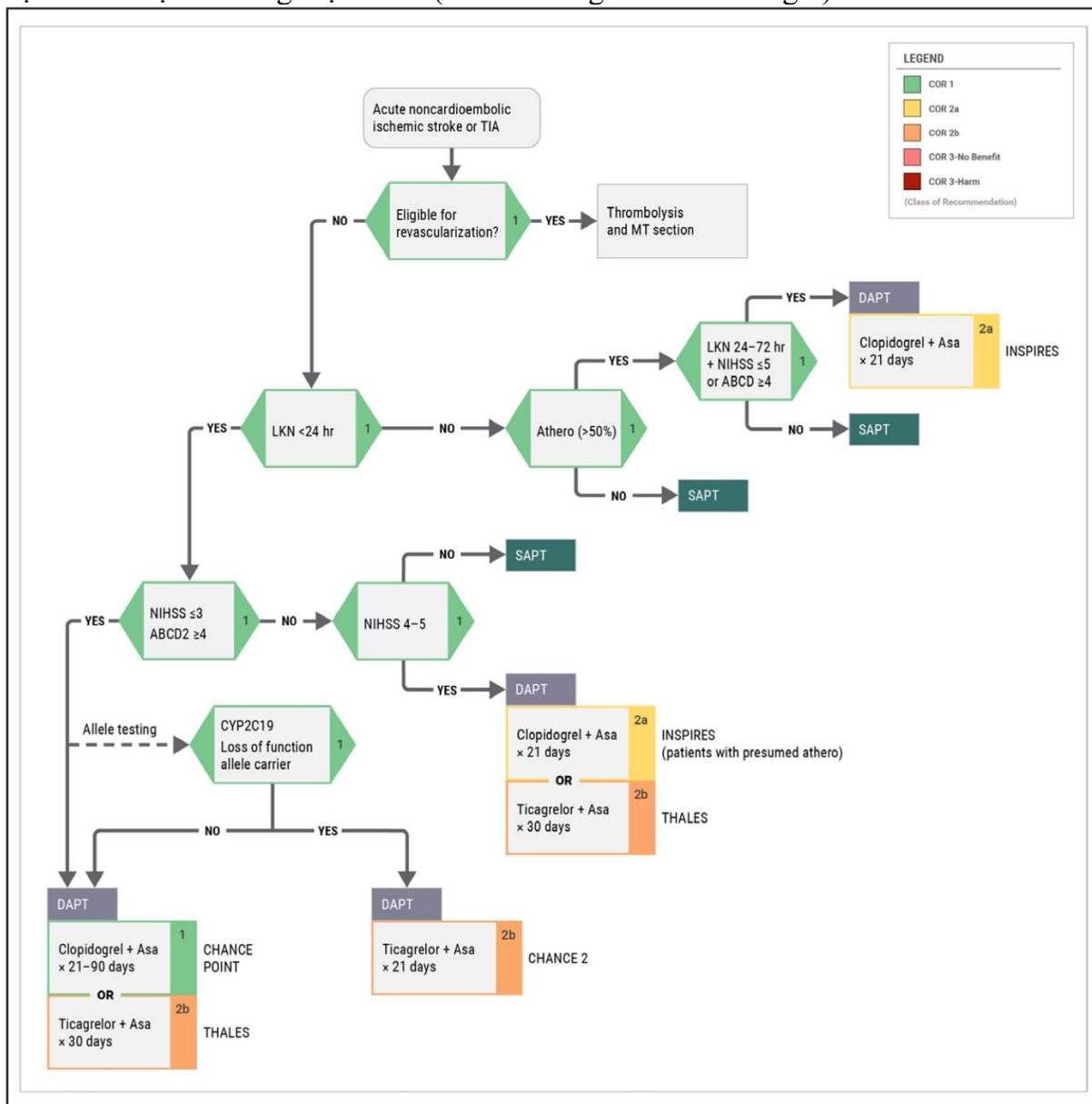
b. CHANCE và POINT cho thấy DAPT aspirin + clopidogrel khởi trị sớm ở bệnh nhân đột quy nhẹ không do nguồn gốc tim hoặc TIA nguy cơ cao giúp giảm đột quy tái phát sớm. Lợi ích tập trung chủ yếu trong giai đoạn ngắn, nên ưu tiên 21 ngày rồi chuyển đơn trị.

c. Các nghiên cứu THALES, INSPIRES và CHANCE-2 cho thấy ticagrelor + aspirin có thể hữu ích ở một số nhóm bệnh nhân chọn lọc, đặc biệt khi nghi ngờ cơ chế xơ vữa động mạch lớn hoặc có alen mất chức năng CYP2C19.

d. SOCRATES không chứng minh được ticagrelor đơn trị vượt trội hơn aspirin, còn TARDIS cho thấy liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu bộ ba làm tăng chảy máu mà không tăng lợi ích lâm sàng. Vì vậy, không nên tăng cường điều trị quá mức.

e. Trong bối cảnh IVT, các nghiên cứu như ARTIS và MOST không ủng hộ dùng sớm aspirin đường tĩnh mạch hoặc phối hợp eptifibatide như liệu pháp bổ trợ, vì không cải thiện kết cục mà có thể làm tăng nguy cơ chảy máu.

Ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ không do nguồn gốc tim, thuốc kháng kết tập tiểu cầu vẫn là nền tảng trong dự phòng tái phát. Ở bệnh nhân đột quỵ nhẹ hoặc TIA nguy cơ cao, DAPT ngắn hạn được ưu tiên khi khởi trị sớm, trong khi kéo dài DAPT quá 90 ngày không mang lại thêm lợi ích và làm tăng nguy cơ chảy máu. So với các phiên bản trước, bản cập nhật 2026 làm rõ hơn cách lựa chọn DAPT ở một số nhóm bệnh nhân cụ thể trong thực hành (chi tiết trong hình 1 và bảng 4).



Hình 1. Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép cho đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp không do nguồn gốc tim mức độ nhẹ và cơn thiếu máu não thoáng qua

*Chú thích: ABCD2: thang điểm nguy cơ TIA gồm tuổi, huyết áp, đặc điểm lâm sàng, thời gian triệu chứng và đái tháo đường; AIS: đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp; Asa: aspirin; Athero: xơ vữa động mạch; DAPT: liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép; LKN: thời điểm cuối cùng bệnh nhân còn bình thường; MT: lấy huyết khối cơ học; NIHSS: thang điểm đánh giá mức độ nặng đột quỵ; SAPT: liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đơn trị; TIA: cơn thiếu máu não thoáng qua

Bảng 4. Các thử nghiệm DAPT

Thử nghiệm DAPT trong AIS	Tiêu chuẩn chọn bệnh	Thuốc/thời gian điều trị	LKN	NNT
CHANCE	AIS (NIHSS ≤ 3) hoặc TIA (ABCD2 ≥ 4)	Clopidogrel (liều nạp 300 mg, sau đó 75 mg/ngày) + aspirin (75 mg) $\times$ 21 ngày, sau đó clopidogrel	24 giờ	28
POINT	AIS (NIHSS ≤ 3) hoặc TIA (ABCD2 ≥ 4)	Clopidogrel (liều nạp 600 mg, sau đó 75 mg/ngày) + aspirin (50-325 mg/ngày) $\times$ 90 ngày	12 giờ	67
THALES*	AIS (NIHSS ≤ 5) hoặc TIA (ABCD2 ≥ 6)	Ticagrelor (liều nạp 180 mg, sau đó 90 mg x 2 lần/ngày) + aspirin (liều nạp 300-325 mg, sau đó 75-100 mg/ngày) $\times$ 30 ngày	24 giờ	91
CHANCE 2*	AIS (NIHSS ≤ 3) hoặc TIA (ABCD2 ≥ 4) và mang alen mất chức năng CYP2C19	Ticagrelor (liều nạp 180 mg, sau đó 90 mg x 2 lần/ngày) + aspirin (liều nạp 75-300 mg, sau đó 75 mg/ngày) $\times$ 21 ngày, sau đó ticagrelor	24 giờ	63
INSPIRES*	AIS (NIHSS ≤ 5) hoặc TIA (ABCD2 ≥ 4), nghi ngờ do xơ vữa	Clopidogrel (liều nạp 300 mg, sau đó 75 mg/ngày) + aspirin (liều nạp 100-300 mg, sau đó 100 mg/ngày) $\times$ 21 ngày, sau đó clopidogrel	72 giờ	53

*Tăng nhẹ nguy cơ chảy máu

4. Cập nhật về thuốc chống đông

Bảng 5. Cập nhật về thuốc chống đông

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
2a	A	Ở bệnh nhân AIS kèm rung nhĩ được lựa chọn cẩn thận (ví dụ bệnh nhân có mức độ đột quỵ nhẹ hơn), chiến lược khởi trị sớm thuốc chống đông đường uống sau đột quỵ có thể là một lựa chọn hợp lý và có nguy cơ thấp hơn so với chiến lược trì hoãn khởi trị, mặc dù hiệu quả của chống đông sớm trong dự phòng đột quỵ tái phát sớm vẫn chưa được xác định rõ ^(a) .	X

Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng	Khuyến cáo	Cập nhật
2b	B-NR	Ở bệnh nhân AIS kèm hẹp nặng động mạch cảnh trong cùng bên, lợi ích của chống đông khẩn cấp vẫn chưa được xác định rõ.	
2b	C-LD	Ở bệnh nhân AIS có huyết khối trong lòng mạch ngoài sọ cùng bên nhưng không gây tắc hoàn toàn, tính an toàn và hiệu quả của chống đông ngắn hạn vẫn chưa được xác định rõ.	
2b	C-LD	Ở bệnh nhân AIS xuất hiện chuyển dạng xuất huyết, việc khởi trị hoặc tiếp tục chống đông có thể được cân nhắc tùy theo tình huống lâm sàng cụ thể và chỉ định nền.	
3: Không có lợi ích	A	Ở bệnh nhân AIS, argatroban không có hiệu quả khi dùng như liệu pháp bổ trợ cùng IVT nhằm cải thiện kết cục chức năng dài hạn ^(b) .	
3: Không có lợi ích	A	Ở bệnh nhân AIS, chống đông sớm (trong vòng 48 giờ từ khi khởi phát đột quy) không làm giảm khả năng xấu đi thần kinh sớm hoặc không làm tăng khả năng đạt kết cục chức năng thuận lợi, nên không được khuyến cáo.	

a. Các nghiên cứu gần đây như ELAN, OPTIMAS và TIMING cho thấy ở bệnh nhân AIS kèm rung nhĩ được lựa chọn phù hợp, khởi trị sớm thuốc chống đông đường uống nhìn chung an toàn và không kém hơn trì hoãn điều trị. Tuy vậy, hiệu quả của chiến lược này trong dự phòng đột quy tái phát sớm vẫn chưa được xác lập chắc chắn.

b. Các nghiên cứu như ARTSS-2, MOST và ARAIS không chứng minh được lợi ích của argatroban khi dùng bổ trợ cùng IVT trong cải thiện kết cục chức năng sau 90 ngày.

Nhìn chung, AHA/ASA 2026 cho thấy thuốc chống đông không có vai trò thường quy trong điều trị sớm AIS, dù về mặt lý thuyết có thể giúp ngăn đột quy tái phát sớm, hạn chế tiến triển huyết khối hoặc cải thiện tái tưới máu vi tuần hoàn. Tuy nhiên, phần lớn các lợi ích giả định này không được khẳng định trong các nghiên cứu lâm sàng.

Một điểm cập nhật trong hướng dẫn AHA/ASA 2026 đáng chú ý là ở bệnh nhân AIS kèm rung nhĩ, chiến lược khởi trị sớm thuốc chống đông đường uống, đặc biệt DOAC, có thể được cân nhắc ở những trường hợp chọn lọc kỹ vì nhìn chung có nguy cơ thấp hơn trì hoãn điều trị; tuy nhiên, hiệu quả của cách tiếp cận này trong dự phòng đột quy tái phát sớm vẫn chưa được xác lập chắc chắn.

Ngược lại, chống đông sớm trong vòng 48 giờ sau đột quy không được khuyến cáo thường quy, vì không cải thiện kết cục chức năng cũng như không làm giảm xấu đi thần kinh sớm. Tương tự, ở các tình huống như hẹp nặng động mạch cảnh trong cùng bên hoặc huyết khối trong lòng mạch ngoài sọ không tắc hoàn toàn, lợi ích của chống đông khẩn cấp hoặc chống đông ngắn hạn vẫn chưa rõ. Ngoài ra, argatroban khi phối hợp với IVT cũng không cho thấy lợi ích về kết cục chức năng dài hạn.

5. Kết luận

AHA/ASA 2026 nhấn mạnh một số cập nhật quan trọng về sử dụng thuốc trong đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp, nổi bật là vai trò của tenecteplase 0,25 mg/kg như một lựa chọn thay thế alteplase trong cửa sổ 4,5 giờ, cũng như việc làm rõ hơn chỉ định DAPT ngắn hạn ở bệnh nhân đột quỵ nhẹ không do nguồn gốc tim hoặc TIA nguy cơ cao. Đối với thuốc chống đông, hướng dẫn không ủng hộ sử dụng thường quy trong giai đoạn sớm; chống đông trong 48 giờ đầu không được khuyến cáo, còn khởi trị sớm thuốc chống đông đường uống chỉ nên cân nhắc ở một số bệnh nhân rung nhĩ được chọn lọc. Đồng thời, kéo dài DAPT quá 90 ngày hoặc phối hợp thuốc chống huyết khối không phù hợp tiếp tục không được khuyến cáo do làm tăng nguy cơ chảy máu. Những cập nhật này có ý nghĩa thực hành trong tối ưu hóa lựa chọn thuốc, nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế nguy cơ chảy máu ở bệnh nhân đột quỵ cấp.

Nguồn: Thông tin thuốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM

Căn cứ Công văn số 1001/QLD-CL ngày 24/3/2026 của Cục Quản lý Dược, Công văn số 1924/SYT-NVD ngày 25/3/2026 của Sở Y tế về việc cảnh báo thuốc giả, thuốc lưu hành trái phép trên thị trường.

Đơn vị TTT – DLS thông tin chi tiết như sau:

Tên thuốc/ Tên vị thuốc cổ truyền	Tên đơn vị sản xuất	Số lô –NSX - HD	Số đăng ký	Lý do
Thuốc tiêm YEZTUGO (lenacapavir) injection 463.5,g/1.5mL (309mg/mL)	Công ty Gilead Science Inc		Không có	Thuốc chưa được cấp giấy đăng ký lưu hành tại Việt Nam.

Để đảm bảo quyền lợi cho người sử dụng thuốc, Đơn vị TTT – DLS thông báo đến các khoa/phòng để phổ biến rộng rãi nội dung thông báo này cho tất cả nhân viên y tế trong đơn vị biết.

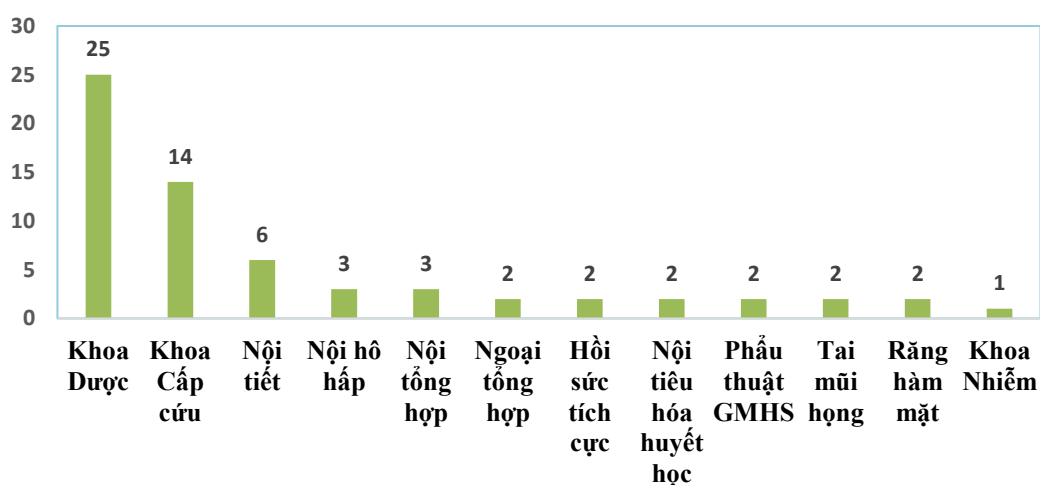
ADR

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO ADR TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG 06 THÁNG ĐẦU NĂM 2026

Trong 6 tháng đầu năm 2026 (01/01 – 30/06/2026), Khoa Dược Bệnh viện Đa khoa An Giang đã gửi về trung tâm DI & ADR khu vực phía Nam 64 trường hợp nghi ngờ thuốc xảy ra phản ứng có hại của thuốc.

1. Khoa lâm sàng báo cáo:

Báo cáo ADR 6 tháng đầu năm



2. Nhóm thuốc nghi ngờ xảy ra ADR

Bảng 1: Nhóm thuốc liên quan đến ADR

STT	Nhóm thuốc	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Kháng sinh	29	45.3
2	Thuốc chống co giật, chống động kinh	6	9.4
3	Thuốc cản quang	5	7.8
4	Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid	5	7.8
5	Thuốc chống trầm cảm	4	6.3
6	Thuốc điều trị các bệnh xương khớp	2	3.1
7	Thuốc tác động lên hệ thần kinh	2	3.1
8	Thuốc chống rối loạn tâm thần	2	3.1
9	Không rõ loại	2	3.1
10	Hoạt chất không có trong TT 20/2022	2	3.1
11	Thuốc gây tê, gây mê	1	1.6
12	Thuốc hạ lipid máu	1	1.6

STT	Nhóm thuốc	Số lượng	Tỉ lệ %
13	Thuốc chống co thắt	1	1.6
14	Huyết thanh	1	1.6
15	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	1	1.6
Tổng cộng		64	100

3. Kháng sinh nghi ngờ xảy ra ADR

Bảng 2: Tỉ lệ các hoạt chất kháng sinh xảy ra ADR

STT	Hoạt chất	Số ca báo cáo ADR
1	Ceftazidim	4
2	Ciprofloxacin	4
3	Cefoperazon/sulbactam	3
4	Levofloxacin	3
5	Vancomycin	3
6	Cefotaxim	2
7	Metronidazol	2
8	Amikacin	1
9	Amoxicillin/ sulbactam	1
10	Cefepim	1
11	Cefoxitin	1
12	Ceftriaxon	1
13	Cefuroxim	1
14	Imipenem + Cilastatin	1
15	Piperacillin/Tazobactam	1
Tổng cộng		29

4. Mức độ nghiêm trọng của phản ứng

Bảng 3: Mức độ nghiêm trọng của phản ứng

STT	Mức độ nghiêm trọng của phản ứng	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Không nghiêm trọng	40	62.5
2	Nhập viện/ Kéo dài thời gian nằm viện	23	35.9
3	Đe dọa tính mạng	1	1.6
Tổng cộng		64	100

5. Kết quả sau xử trí:

Bảng 4: Kết quả sau xử trí

STT	Kết quả sau xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Hồi phục không có di chứng	40	62.5
2	Đang hồi phục	24	37.5
Tổng cộng		64	100

6. Kết luận:

Công tác giám sát ADR tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang hiện đang được các nhân viên thực hiện khá tốt, nhiều ca báo cáo ADR được quý đồng nghiệp gửi đến Khoa Dược. Sau đó, Khoa Dược gửi đến trung tâm DI & ADR khu vực phía Nam.

Nhằm góp phần nâng cao hiệu quả công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc, tổ giám sát ADR tại Bệnh viện ĐKTT An Giang xin kiến nghị:

- ✓ Các đồng nghiệp tiếp tục gửi báo cáo phản ứng có hại của thuốc đến Khoa Dược.
- ✓ Những thuốc được báo cáo ADR đề nghị quý đồng nghiệp lưu ý trong công tác điều trị.
- ✓ Các khoa lâm sàng tăng cường công tác giám sát ADR tại đơn vị và báo cáo kịp thời, đầy đủ đến Khoa Dược.
- ✓ Các khoa nên thường xuyên kiểm tra hộp thuốc chống sốc, kịp thời bổ sung thuốc theo đúng danh mục qui định của thông tư 51/2017/TT-BYT do Bộ Y tế ban hành.