

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC

ANSM: Chế độ liều mới thấp hơn và một số khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ quá liều khi sử dụng colchicin điều trị gout

Do số lượng lớn các ca ngộ độc colchicin, Cơ quan Quản lý Dược phẩm Pháp (ANSM) yêu cầu giảm liều thuốc này trong phác đồ phòng và điều trị gout theo khuyến nghị của Liên đoàn chống Thấp khớp châu u và Hiệp hội Thấp khớp Pháp. Đối với các trường hợp có biểu hiện tiêu chảy, buồn nôn, nôn, hay xuất hiện các triệu chứng sử dụng quá liều colchicin, cần giảm liều hoặc ngừng việc điều trị bằng colchicin.

Phác đồ điều trị mới:

Cơ gout cấp

Ngày đầu: Bắt đầu sử dụng colchicin càng sớm càng tốt.

- Liều nạp: 1mg
- Một giờ sau: 0,5mg

Từ ngày thứ hai:

- Liều 0,5mg với 2-3 lần/ngày
- Tùy thuộc vào tiến triển của bệnh và khả năng xuất hiện các biểu hiện của hiện tượng không dung nạp thuốc.

Dự phòng cơn gout cấp trên nền bệnh nhân gout mạn tính, đặc biệt khi bắt đầu điều trị hạ acid uric máu

- Đối với bệnh nhân có chức năng gan, thận bình thường: Liều 0,5-1mg/ngày. Tùy thuộc vào tiến triển của bệnh và khả năng xuất hiện các biểu hiện không dung nạp thuốc.

- Đối với bệnh nhân suy thận và/hoặc suy gan mức độ nhẹ đến trung bình: Bắt đầu với liều 0,5mg/ngày

- Trong trường hợp có tác dụng không mong muốn và bệnh nhân suy thận mức độ trung bình. Giảm liều xuống 0.5mg, dùng 2 ngày 1 lần.

Nguồn: <https://ansm.sante.fr/informations-de-securite/p...>

Hiệu đính: DS. Hoàng Hải Linh;
Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

ANSM: Nhắc lại hạn chế sử dụng carbamazepin ở phụ nữ có thai

Do vẫn còn số lượng đáng kể các trường hợp sản phụ tiếp tục sử dụng thuốc carbamazepin, Cơ quan Quản lý Dược phẩm Pháp (ANSM) dự kiến điều chỉnh điều kiện kê đơn và cấp phát thuốc cho các nhóm bệnh nhân: trẻ em gái, thanh thiếu niên, phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và phụ nữ có thai, thông qua giấy xác nhận thông tin hàng năm.

Carbamazepin là một thuốc gây dị tật bẩm sinh. Nếu sử dụng trong thai kỳ, nguy cơ sinh con có các khuyết tật nghiêm trọng tăng gấp ba lần so với trẻ sơ sinh không phơi nhiễm với thuốc chống động kinh. Các dị tật có thể bao gồm dị tật ống dẫn thần kinh (nứt đốt sống), các dị tật khuôn mặt như sứt môi và hở hàm ếch, dị tật hộp sọ, các bất thường về tim, dị tật sinh dục nam (lỗ tiểu lệch thấp) và các bất thường ở ngón tay.

Dù ANSM đã có khuyến cáo không sử dụng thuốc này trong thai kỳ do các nguy cơ dị tật bẩm sinh kể trên, dữ liệu từ hệ thống sức khỏe quốc gia Pháp cho thấy việc sử dụng carbamazepin ở phụ nữ mang thai hiện vẫn tiếp diễn, với 274 trường hợp được ghi nhận trong năm 2022. Để đảm bảo thông tin đầy đủ cho bệnh nhân về các nguy cơ của carbamazepin, ANSM đề xuất xây dựng một giấy xác nhận thông tin có chữ ký hàng năm của người kê đơn và bệnh nhân và thuốc chỉ được cấp phát khi giấy xác nhận được trình cho dược sĩ. Do đó, ANSM hiện đang cần trao đổi thêm với các hãng dược phẩm có liên quan.

Ngoài ra, một phân tích mới về dữ liệu từ các nghiên cứu gợi ý có sự gia tăng các vấn đề về phát triển não bộ nhưng chưa được xác định rõ ràng trên trẻ em có phơi nhiễm với carbamazepin trong thai kỳ. Vì vậy, ANSM đang đề xuất Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu đánh giá về những

dữ liệu mới này. Trong bối cảnh đó, ANSM nhắc nhở các nhân viên y tế và bệnh nhân về tầm quan trọng của việc cân nhắc đến nguy cơ của carbamazepin khi sử dụng thuốc cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và phụ nữ có thai.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

+ Không khuyến cáo sử dụng carbamazepin cho phụ nữ đang trong độ tuổi sinh sản, trừ khi lợi ích vượt trội hơn so với nguy cơ và sau khi cân nhắc cẩn thận các phương án điều trị thay thế.

+ Tiến hành xét nghiệm thử thai trước khi khởi đầu điều trị bằng carbamazepin.

+ Bệnh nhân được điều trị bằng carbamazepin cần sử dụng biện pháp tránh thai có hiệu quả trong suốt thời gian điều trị và ít nhất hai tuần sau khi ngừng điều trị. Cần lưu ý carbamazepin có thể làm giảm hiệu quả của các biện pháp tránh thai có bản chất hormon.

+ Việc sử dụng carbamazepin trong điều trị đau thần kinh không còn được khuyến cáo trong các hướng dẫn ở châu Âu và ở Pháp.

+ Bác sĩ cần định kỳ cung cấp thông tin cho bệnh nhân về các nguy cơ dị tật bẩm sinh và rối loạn phát triển não bộ liên quan đến việc sử dụng carbamazepin trong thai kỳ, bất kể độ tuổi và chỉ định.

Nguồn: [https://ansm.sante.fr/actualites/encore-trop-de-](https://ansm.sante.fr/actualites/encore-trop-de-grossesses-sous-carbamazepine...)

[grossesses-sous-carbamazepine...](https://ansm.sante.fr/actualites/encore-trop-de-grossesses-sous-carbamazepine...)

Hiệu đính: DS. Hoàng Hải Linh;

Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

FDA: Cảnh báo về hội chứng DRESS khi sử dụng levetiracetam

FDA đưa ra cảnh báo về thuốc chống động kinh levetiracetam có thể gây ra hội chứng DRESS, phản ứng hiếm gặp nghiêm trọng đe dọa đến tính mạng, với các triệu chứng gồm sốt, phát ban, sưng hạch bạch huyết, hoặc tổn thương các cơ quan, tổ chức cơ thể như: gan, thận, phổi, tim hoặc tuyến tụy. Nhân viên y tế cần tư vấn cho bệnh nhân về các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng DRESS và ngừng sử

dụng thuốc, thăm khám ngay nếu nghi ngờ gặp hội chứng DRESS trong quá trình sử dụng levetiracetam.

Vấn đề: FDA đưa ra cảnh báo về các loại thuốc chống động kinh chứa levetiracetam có thể gây ra hội chứng DRESS, phản ứng hiếm gặp nghiêm trọng đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Triệu chứng ban đầu là phát ban nhưng có thể tiến triển nhanh chóng tới tổn thương cơ quan, tổ chức cơ thể, cần nhập viện và thậm chí tử vong. Do đó, FDA yêu cầu bổ sung cảnh báo về nguy cơ trên vào Thông tin kê đơn và Hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhân đối với thuốc chứa hoạt chất này.

Thông tin chung về levetiracetam

Levetiracetam là thuốc chống động kinh được phê duyệt sử dụng đơn độc hoặc phối hợp cùng các loại thuốc khác nhằm kiểm soát một số thể bệnh động kinh trên người lớn và trẻ em như: động kinh cục bộ, động kinh rung giật cơ, hoặc động kinh co cứng - co giật.

Một số tác dụng không mong muốn thường gặp của levetiracetam là kích thích hoặc hung hăng bất thường, lẫn lộn, mất thăng bằng hoặc mất phối hợp động tác và rất buồn ngủ.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Nhân viên y tế cần nhận thức được tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị kịp thời hội chứng DRESS nhằm cải thiện tình trạng lâm sàng và giảm tỷ lệ tử vong. Chẩn đoán thường gặp khó khăn vì những dấu hiệu và triệu chứng ban đầu như sốt và sưng hạch bạch huyết có thể xuất hiện không đi kèm với phát ban.

- Hội chứng DRESS có thể tiến triển trong vòng 2 - 8 tuần sau khi bắt đầu sử dụng thuốc, các triệu chứng và mức độ nghiêm trọng có thể rất khác nhau trên từng bệnh nhân.

- Hội chứng DRESS có thể bị nhầm lẫn với những phản ứng trên da nghiêm trọng khác như hội chứng Stevens-

Johnson (SJS) hoặc hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN).

- Cần tư vấn cho bệnh nhân về các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng DRESS và ngừng sử dụng thuốc, đi khám ngay nếu nghi ngờ gặp hội chứng DRESS trong quá trình sử dụng levetiracetam.

Nguồn: *Antiseizure Medicines Keppra, Keppra XR.*

Điểm tin: SV. Nguyễn Duy Thanh Hương

Hiệu đính: DS. Nguyễn Hà Nhi;

Phụ trách: ThS. Nguyễn Mai Hoa.

ESC: Cập nhật một số điểm chính trong Hướng dẫn điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn năm 2023

Một số điểm chính trong Hướng dẫn điều trị bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (IE) của Hội Tim Mạch Châu Âu (ESC) 2023 bao gồm:

1. Dự phòng IE

+ Bệnh nhân có nguy cơ cao mắc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (IE) bao gồm: bệnh nhân có tiền sử viêm nội tâm mạc, bệnh nhân phẫu thuật cấy ghép van tim, thay van tim qua ống thông hoặc có phẫu thuật sửa chữa van tim trước đó; bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh có tím không điều trị hoặc bệnh nhân mắc bệnh tim bẩm sinh và đã được thay van tim nhân tạo; bệnh nhân sử dụng thiết bị hỗ trợ thất.

+ Nên đảm bảo các biện pháp vệ sinh chung bao gồm cả vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân có nguy cơ trung bình/ cao mắc IE.

+ Khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng ở những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc IE có chỉ định phẫu thuật/ thủ thuật khoang miệng - nha khoa.

+ Cân nhắc sử dụng kháng sinh dự phòng ở những bệnh nhân đã phẫu thuật sửa van hai lá hoặc van ba lá qua ống thông, bệnh nhân ghép tim hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao được chỉ định phẫu thuật xâm lấn đường hô hấp, đường tiêu hóa, đường sinh dục, da hoặc hệ cơ xương.

+ Kháng sinh dự phòng trước khi thực hiện phẫu thuật/ thủ thuật nha khoa không đảm bảo hiệu quả dự phòng nhiễm

khuẩn liên quan đến thiết bị điện tử cấy ghép tại tim.

2. Nguyên tắc sử dụng kháng sinh

+ Thời gian điều trị bằng kháng sinh đối với bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van nhân tạo (PVE) (≥ 6 tuần) thường dài hơn bệnh nhân viêm nội tâm mạc trên van nguyên gốc (NVE) (2-6 tuần).

+ Ở giai đoạn ban đầu, điều trị nội trú bằng kháng sinh đường tĩnh mạch trong 2 tuần; trong thời gian này, có thể thực hiện phẫu thuật nếu có chỉ định, cần loại bỏ các dị vật bị nhiễm trùng và dẫn lưu áp xe tại tim và ngoài tim. Ở giai đoạn thứ hai, sử dụng kháng sinh ngoại trú bằng đường uống hoặc đường tiêm truyền trong tối đa 6 tuần tùy vào cân nhắc của bác sĩ trên từng bệnh nhân.

+ Như vậy, chỉ bắt đầu sử dụng kháng sinh đường uống sau khi tiến hành siêu âm tim qua thực quản không thấy sự tiến triển cục bộ và các biến chứng của IE (bao gồm rối loạn chức năng van tim nghiêm trọng).

Một số khuyến cáo cụ thể về việc sử dụng kháng sinh bao gồm:

- Không khuyến cáo sử dụng kháng sinh aminoglycosid để điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van nguyên gốc do *Staphylococcus*.

- Chỉ sử dụng rifampin cho bệnh nhân viêm nội tâm mạc có sử dụng vật liệu ngoại lai (bao gồm cả PVE)

- Nếu được chỉ định, daptomycin nên được sử dụng liều cao (10mg/kg/ngày).

3. Chỉ định phẫu thuật

+ Chỉ định phẫu thuật để điều trị cấp tính trong trường hợp suy tim (HF), nhiễm trùng không kiểm soát và dự phòng thuyên tắc do nhiễm trùng huyết.

+ Phẫu thuật cấp cứu (trong vòng 24 giờ) được khuyến cáo trong trường hợp NVE hoặc PVE van động mạch chủ hoặc van hai lá có hở, tắc nghẽn hoặc rò nghiêm trọng dẫn đến phù phổi kháng trị hoặc sốc tim.

+ Phẫu thuật khẩn cấp (sau 3-5 ngày) được khuyến cáo:

- Ở NVE hoặc PVE van động mạch chủ hoặc van hai lá dẫn đến suy tim.

- Nhiễm trùng tại chỗ không kiểm soát (áp xe, phình động mạch giả, lỗ rò, sùi lan rộng, thiết bị nhân tạo, block nhĩ thất mới).

- Có mảng sùi kích thước $\geq 10\text{mm}$ kéo dài sau một hoặc nhiều đợt tắc mạch và có các chỉ định phẫu thuật khác.

+ Phẫu thuật khẩn cấp hoặc không khẩn cấp (tùy thuộc vào huyết động học của bệnh nhân) được khuyến cáo đối với IE có căn nguyên do nấm hoặc vi khuẩn đa kháng thuốc.

+ Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn và thay van được khuyến cáo đối với PVE sớm (trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật van).

+ Khuyến cáo tháo ngay toàn bộ thiết bị cấy ghép tại tim ở những bệnh nhân được xác định mắc IE liên quan đến thiết bị này khi đang điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

+ Phẫu thuật điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bên phải được khuyến cáo ở những bệnh nhân đang điều trị bằng kháng sinh bị hở van ba lá cấp tính nghiêm trọng, dẫn đến rối loạn chức năng thất phải, thuyên tắc phổi tái phát có hỗ trợ thông khí, có mảng sùi lớn ($>20\text{mm}$) ở van ba lá hoặc có liên quan đến cấu trúc tim bên trái. Cân nhắc sửa chữa van ba lá thay cho thay thế van tim nếu khả thi.

4. Các biến chứng khác của IE

+ Các biến chứng khác của IE bao gồm các bệnh lý thần kinh, phình mạch do nhiễm khuẩn, biến chứng lách (nhồi máu, áp xe), viêm cơ tim và viêm ngoại tâm mạc, rối loạn dẫn truyền, rối loạn cơ xương khớp và suy thận cấp.

+ Cân nhắc cấy ghép máy tạo nhịp thượng tâm mạc ngay lập tức ở những bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn trên van tim cần phẫu thuật, có block nhĩ thất hoàn toàn và kèm theo 1 yếu tố tiên lượng block nhĩ thất hoàn toàn kéo dài (bất thường dẫn lưu trước phẫu thuật,

nhiễm tụ cầu vàng, áp xe gốc động mạch chủ, các bất thường liên quan đến van ba lá hoặc tiền sử phẫu thuật van tim).

5. Theo dõi sau khi xuất viện

+ Khác với tái nhiễm (IE có căn nguyên do vi khuẩn khác sau hơn 6 tháng), bệnh nhân tái phát IE (có căn nguyên vi khuẩn tương tự) cần phải xác định ổ nhiễm trùng dai dẳng và đánh giá khả năng can thiệp bằng phẫu thuật.

+ Khuyến cáo cấy máu sau khi ngừng kháng sinh

+ Sau khi kết thúc điều trị IE, bệnh nhân cần được giám sát chặt chẽ để hạn chế các biến chứng lâu dài.

+ Thông tin cho bệnh nhân về nguy cơ tái phát IE và các biện pháp phòng ngừa, đặc biệt lưu ý vấn đề sức khỏe răng miệng.

+ Khuyến cáo điều trị cai nghiện ở bệnh nhân mắc IE có tiêm chích ma túy.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2452/ESC-Cap-nhat-mot-so-diem-chinh-trong...>

Hiệu đính: DS. Nguyễn Hà Nhi;

Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

EMA & ANSM: Nguy cơ rung nhĩ liên quan đến omega-3 ethyl ester

Omega-3-acid ethyl ester được chỉ định để điều trị tăng triglycerid khi việc điều chỉnh chế độ ăn và thay đổi lối sống đơn thuần không làm giảm triglycerid trong máu. Tăng triglycerid máu cũng là một trong những yếu tố nguy cơ mắc bệnh động mạch vành. Bệnh nhân sử dụng thuốc này thường mắc kèm những bệnh lý khác như bệnh tim mạch và đái tháo đường.

Trong quy trình đánh giá cập nhật an toàn định kỳ (PSUSA), PRAC tiến hành tổng quan hệ thống và phân tích gộp các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, trong đó, nhấn mạnh nguy cơ rung nhĩ tăng phụ thuộc liều ở những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch hoặc có nguy cơ tim mạch khi sử dụng omega-3-acid ethyl ester so với giả dược. Nguy cơ rung nhĩ cao nhất được ghi nhận khi sử dụng thuốc với liều 4g/ngày. Nếu xuất hiện tình trạng rung nhĩ, bệnh nhân nên dừng thuốc vĩnh viễn.

Dựa trên những bằng chứng này, EMA khuyến cáo bổ sung thông tin về nguy cơ rung nhĩ trong tờ thông tin sản phẩm của thuốc có omega-3 ethyl ester. EMA cũng đồng ý bổ sung rung nhĩ là tác dụng không mong muốn thường gặp.

Nhân viên y tế cần tư vấn bệnh nhân đến gặp bác sĩ nếu xuất hiện triệu chứng rung nhĩ, bao gồm choáng váng, mệt mỏi, tim đập nhanh hoặc khó thở. Trong trường hợp có rung nhĩ, cần lập tức ngừng thuốc.

Nguồn: Meeting highlights from the Pharmacovigilance...

Diễn tin: SV. Đặng Minh Đức

Hiệu đính: DS. Tăng Quốc An;

Phụ trách: ThS. Nguyễn Mai Hoa

ISMP Canada: Nguy cơ hít sặc dịch dạ dày trào ngược trong gây mê khi sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1

Hít sặc dịch dạ dày trào ngược trong gây mê là một biến chứng nghiêm trọng có thể dẫn đến viêm phổi, viêm phổi hít hoặc các tổn thương khác ở phổi. Tình trạng này có khả năng gây ra các biến chứng lâu dài, bệnh tật và thậm chí tử vong. Yếu tố nguy cơ chính dẫn đến hít sặc dịch dạ dày trào ngược trong gây mê là sự có mặt của thức ăn và chất lỏng trong dạ dày. Bản tin của Viện An toàn Bệnh nhân Canada (ISMP) mô tả một biến cố đã được ghi nhận trong Chương trình Cảnh giác Dược Canada. Trong đó, bệnh nhân đang sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, đã hít sặc dịch dạ dày trào ngược vào phổi trong gây mê cùng lúc.

Ca lâm sàng

Bệnh nhân đang tiêm semaglutide mỗi tuần một lần để giảm cân được chỉ định phẫu thuật chỉnh hình. Liều semaglutide đã tăng lên khoảng 2 tuần trước khi phẫu thuật, với liều cuối cùng được tiêm là 7 ngày trước ca phẫu thuật. Bệnh nhân sau đó đã tuân theo các hướng dẫn nhịn ăn trước phẫu thuật và đã không ăn thức ăn đặc 12 giờ trước gây mê.

Tại thời điểm rút ống nội khí quản, bệnh nhân nôn ra một lượng lớn thức ăn chưa tiêu hoá sau khi tỉnh mê. Bệnh nhân

đã được hút dịch dạ dày và thở oxy. Bệnh nhân không có dấu hiệu rõ ràng của viêm phổi hít, mặc dù cần được thở oxy ở phòng hồi sức hậu phẫu.

Bối cảnh

Thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 là một nhóm thuốc tương đối mới được sử dụng để kiểm soát bệnh đái tháo đường typ 2. Tác dụng sinh lý của thuốc bao gồm làm chậm quá trình tháo rỗng dạ dày dẫn đến làm chậm sự tăng đường huyết trong máu sau bữa ăn. Hiện tại ở Việt Nam, trong nhóm thuốc chủ vận GLP-1 chỉ có liraglutid được cấp phép ở Việt Nam nhưng không được phê duyệt chỉ định giảm cân (off-label).

Những báo cáo ca khác được ghi nhận trong y văn

Ba báo cáo ghi nhận các bệnh nhân tuân thủ quy trình nhịn ăn được khuyến cáo nhưng vẫn còn thức ăn và chất lỏng trong dạ dày tại thời điểm thực hiện phẫu thuật. Trong hai trường hợp đầu tiên, bệnh nhân đang sử dụng semaglutid để giảm cân. Một trong những bệnh nhân này được phát hiện có lượng lớn thức ăn trong dạ dày khi nội soi; cần phải hút và đặt nhanh nội khí quản. Bệnh nhân còn lại đã ngừng sử dụng semaglutide 2 ngày trước khi phẫu thuật, tuy nhiên, họ đã nôn ra một lượng lớn dịch dạ dày khi gây mê. Trong trường hợp thứ 3, bệnh nhân đã ngừng sử dụng tirzepatid để giảm cân 2 ngày trước khi phẫu thuật; bệnh nhân đã nôn ra một lượng lớn thức ăn chưa tiêu hoá khi tỉnh mê toàn thân. Cả 3 bệnh nhân đều đã hồi phục.

Một trường hợp khác được ghi nhận về một bệnh nhân đã được lên lịch chụp cộng hưởng từ hạt nhân có sử dụng an thần, đã ngừng sử dụng semaglutid để giảm cân 7 ngày trước khi thực hiện và đã nhịn ăn trong 18 tiếng. Tuy nhiên, siêu âm dạ dày trước khi chụp cho thấy có chất rắn trong dạ dày. Lịch chụp đã bị huỷ do có nguy cơ hít sặc dịch dạ dày trào ngược khi gây mê.

Bàn luận

Quy trình nhịn ăn và ngừng sử dụng thuốc làm chậm quá trình tháo rỗng dạ dày có thể làm giảm nguy cơ trào ngược và hít sặc. Trong những trường hợp đã được tóm tắt ở trên, bệnh nhân tuân theo các khuyến cáo nhịn ăn, nhưng vẫn có nhiều chất tồn đọng trong dạ dày tại thời điểm thực hiện phẫu thuật.

Một nghiên cứu nhỏ đã cho thấy các bệnh nhân sử dụng semaglutid trong vòng 30 ngày có nguy cơ tồn đọng các chất dư trong dạ dày trong khi thực hiện phẫu thuật cao hơn 5 lần so với người không dùng semaglutid, mặc dù đã tuân theo các hướng dẫn nhịn ăn. Mặc dù tác dụng của thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày trong bất kỳ trường hợp nào, những biến cố được mô tả đều xảy ra ở các bệnh nhân sử dụng thuốc cho mục đích kiểm soát cân nặng. Có giả thuyết cho rằng sử dụng GLP-1 liều cao hơn để giảm cân so với liều dùng để kiểm soát bệnh đái tháo đường kéo dài thời gian làm rỗng dạ dày, tuy nhiên mối liên hệ này chưa được xác thực.

Khuyến cáo

Tháng 6 năm 2023, Hiệp hội Gây mê Canada đã có thông báo nêu bật nguy cơ đối với bệnh nhân sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1. Nhân viên y tế và bệnh nhân cần trao đổi để đưa ra các quyết định sớm, khi lên lịch cho các ca phẫu thuật, thay vì chỉ vài ngày trước khi phẫu thuật. Tạp chí *Canadian Journal of Anesthesiology* gần đây cũng có một bài xã luận về vấn đề này và đưa ra một số khuyến cáo như sau:

- Cân nhắc ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 ít nhất trong khoảng thời gian bằng 3 lần thời gian bán thải thuốc trước khi thực hiện phẫu thuật để thải trừ khoảng 88% thuốc. Ví dụ, semaglutid có thời gian bán thải là 1 tuần, do đó cần ngừng sử dụng ít nhất 3 tuần.

+ Đối với bệnh nhân đang uống thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 để giảm cân, cần ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 ít nhất trong khoảng thời gian bằng

3 lần thời gian bán thải trước khi phẫu thuật.

+ Đối với bệnh nhân đang uống thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 để kiểm soát đái tháo đường typ 2, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa nội tiết về nguy cơ và lợi ích của việc ngừng sử dụng thuốc ít nhất trong khoảng thời gian 3 lần thời gian bán thải trước khi thực hiện phẫu thuật

- Nếu bệnh nhân không thể ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 ít nhất trong khoảng thời gian bằng 3 lần thời gian bán thải trước khi thực hiện phẫu thuật.

+ Xem xét kỹ thuật nội thông khí quản nối tiếp nhanh (rapid-sequence induction) trong gây mê toàn thân để giảm nguy cơ hít sặc

+ Cân nhắc siêu âm dạ dày trước khi phẫu thuật nếu có thể để kiểm tra thức ăn tồn đọng trong dạ dày.

- Không khuyến cáo kéo dài thời gian nhịn ăn trong trường hợp này do thiếu bằng chứng về sự an toàn.

- Nhân viên y tế cần thảo luận với bệnh nhân để đưa ra quyết định và cân nhắc về nguy cơ - lợi ích của từng phương án trước khi thực hiện.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ (ASA), trong trường hợp bệnh nhân đã gặp tác dụng phụ trên hệ tiêu hoá gồm buồn nôn hoặc nôn do thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, bệnh nhân sẽ được coi là có nguy cơ cao gặp biến chứng và cần có biện pháp tháo rỗng dạ dày trước gây mê. (“full-stomach” precautions for anesthesia).

Khuyến cáo đối với bác sĩ đánh giá nguy cơ tiền phẫu thuật

Hỏi cụ thể bệnh nhân về việc sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, ghi chép lại liều dùng cũng như chỉ định khi khai thác tiền sử dùng thuốc đối với các bệnh nhân cần tháo rỗng dạ dày và an thần trước khi phẫu thuật.

- Ghi lại thông tin cụ thể về ngày bắt đầu sử dụng thuốc chủ vận GLP-1, liều dùng gần nhất, và bất cứ lần tăng liều nào gần đây. Những bệnh nhân mới bắt đầu

dùng thuốc chủ vận thụ thể GLP -1 có thể có nguy cơ chậm làm rộng dạ dày cao hơn những người đã sử dụng thuốc một thời gian.

- Hỏi bệnh nhân có hoặc đã từng có các biểu hiện buồn nôn, nôn khi sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1. Nếu có, ghi lại thông tin vào hồ sơ bệnh nhân. Những bệnh nhân trước đây từng gặp các triệu chứng tiêu hóa do thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, bao gồm buồn nôn, nôn hoặc chướng bụng có nguy cơ tồn đọng thức ăn trong dạ dày cao hơn và cần được xử lý nếu như dạ dày căng đầy, bất kể bệnh nhân có nhịn ăn trước đó hay không. Cảnh báo tới đội ngũ bác sĩ gây mê và phẫu thuật cần nhắc áp dụng các biện pháp giảm nguy cơ hít sặc đối với các bệnh nhân sau:

+ Các bệnh nhân không thể ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 trong khoảng thời gian bằng 3 lần thời gian bán thải trước khi phẫu thuật.

+ Các bệnh nhân mới sử dụng thuốc hoặc mới tăng liều thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 gần đây.

+ Các bệnh nhân đã gặp tác dụng bất lợi trên đường tiêu hóa do thuốc chủ vận thụ thể GLP-1.

Các biện pháp giảm thiểu nguy cơ có thể bao gồm hoãn/hủy bỏ ca phẫu thuật, thực hiện chế độ ăn lỏng trước giai đoạn nhịn ăn, tránh dùng thuốc an thần sâu/gây mê toàn thân nếu có thể và sử dụng kỹ thuật nội thông khí quản nối tiếp nhanh nếu bệnh nhân phải gây mê toàn thân.

- Tham khảo ý kiến bác sĩ chuyên khoa nội tiết về phác đồ điều trị đái tháo đường bậc cầu nếu thời gian ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 kéo dài hơn thời điểm dùng liều tiếp theo. Tiến hành phương pháp siêu âm dạ dày tại chỗ (nếu có điều kiện) để kiểm tra lượng chất tồn dư trong dạ dày, góp phần định hướng điều trị.

Đối với nhà sản xuất

Bộ Y Tế Canada yêu cầu rà soát lại dữ liệu và cập nhật thêm nguy cơ chậm

làm rộng dạ dày vào phần “Cảnh báo và Thận trọng” trong các hướng dẫn sử dụng thuốc cũng như trong tất cả các thông tin hướng tới bệnh nhân.

Đối với dược sĩ:

- Khi tư vấn cho các bệnh nhân đang bắt đầu điều trị bằng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, dược sĩ cần thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ làm chậm quá trình làm rộng dạ dày và các nguy cơ liên quan nếu họ được thực hiện phẫu thuật có gây mê (trong trường hợp được yêu cầu nhịn ăn trước phẫu thuật)

- Yêu cầu bệnh nhân thông báo tới nhân viên y tế, đội ngũ bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê nếu có sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1, đề nghị bác sĩ có các phương án phòng ngừa nguy cơ hít sặc.

Kết luận

Mặc dù cần nhiều nghiên cứu và sự đồng thuận hơn để xác định khoảng thời gian tối ưu ngừng sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 trước khi gây mê, bác sĩ và bệnh nhân cần nhận thức được nguy cơ hít sặc có thể xảy ra và có biện pháp hạn chế nguy cơ này.

Nguồn: <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/ISMPCSB2023-i9-GLP-1.pdf>

Hiệu đính: DS. Nguyễn Hà Nhi;
Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

USPharmacist: Ảnh hưởng dài hạn của ranitidin đối với tiến triển ung thư

Năm 2020, FDA đã yêu cầu các nhà sản xuất thu hồi các chế phẩm chứa ranitidin ra khỏi thị trường do lo ngại nguy cơ tiến triển ung thư của tạp chất N-nitrosodimethylamin (NDMA). Ranitidin là thuốc đối kháng thụ thể histamin 2 được sử dụng để điều trị trào ngược dạ dày - thực quản và loét dạ dày - tá tràng.

Một số thuốc chứa ranitidin có chứa tạp chất NDMA – một chất gây ung thư và có thể tích lũy nồng độ theo thời gian khi bảo quản ở nhiệt độ vượt quá nhiệt độ phòng.

Trái ngược với quan ngại rằng người bệnh phơi nhiễm với nồng độ chất ung thư

cao quá ngưỡng giới hạn, một nghiên cứu lớn cho thấy việc sử dụng ranitidin không làm tăng nguy cơ mắc ung thư so với các thuốc kháng H2 khác.

Nghiên cứu thuần tập bao gồm gần 1,2 triệu người từ 11 cơ sở dữ liệu lớn trên khắp Châu Âu, Bắc Mỹ và Châu Á. Kết quả cho thấy, sử dụng ranitidin không dẫn đến tăng nguy cơ ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại trực tràng hoặc 13 loại ung thư khác.

Dữ liệu phân tích được trích xuất từ tháng 4/2021 đến tháng 9/2021, trên các cơ sở dữ liệu từ Hoa Kỳ, Vương quốc Anh, Đức, Tây Ban Nha, Pháp, Hàn Quốc và Đài Loan. Đối tượng nghiên cứu là người trên 20 tuổi, không có tiền sử ung thư và đã sử dụng H2RA trong hơn 30 ngày trong khoảng thời gian từ tháng 1/1986 đến tháng 12/2020, với khoảng thời gian không sử dụng thuốc là 1 năm.

Can thiệp chính là sử dụng ranitidin so với các thuốc kháng H2 khác bao gồm famotidin, lafutidin, nizatidin và roxatidin. Chỉ tiêu lâm sàng chính là tỷ lệ mắc bất kỳ bệnh ung thư nào, ngoại trừ ung thư da không u sắc tố. Tiêu chí phụ bao gồm tỷ lệ mắc tất cả các loại ung thư ngoại trừ ung thư tuyến giáp, tỷ lệ mắc từng loại ung thư (16 loại) và tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân.

Trong số những người tham gia nghiên cứu, có 909.168 ca sử dụng ranitidin lần đầu và 274.831 ca lần đầu sử dụng các thuốc kháng H2 khác. Các nhóm đối tượng đều có độ tuổi trung bình vào cuối 50 và phụ nữ chiếm hơn 50%.

Kết quả cho thấy tỷ lệ mới mắc ung thư chưa hiệu chỉnh là 14,30/1000 người/năm ở nhóm sử dụng ranitidin và 15,03/1000 người/năm ở nhóm sử dụng các thuốc kháng H2 khác. Sau khi ghép cặp điểm xu hướng, các nhà nghiên cứu khẳng định nguy cơ mắc ung thư do ranitidin tương đương với các H2RA khác (tỷ lệ mắc là 15,92/1000 người/năm so với 15,65/1000 người/năm; tỷ suất nguy cơ hiệu chuẩn của phân tích gộp: 1,04; 95%

CI: 0,97-1,12). Không phát hiện mối liên quan giữa sử dụng ranitidin với bất kỳ tiêu chí phụ nào sau khi hiệu chỉnh.

Trên cơ sở đó, các tác giả đã kết luận, do sự phổ biến của ranitidin trên thế giới, việc phơi nhiễm với NDMA và nguy cơ tiến triển ung thư là những mối quan tâm dịch tễ học quan trọng. Có thể khuyến cáo sàng lọc ung thư ở những người đã sử dụng ranitidin dài hạn. Tuy nhiên, nguy cơ mắc ung thư ở những người sử dụng ranitidin có lẫn tạp chất NDMA chưa được đánh giá đầy đủ. Kết luận của một số nghiên cứu có thể thiếu tính thuyết phục và khái quát do tính đa dạng dữ liệu còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu thuần tập đa trung tâm, đa quốc gia với quy mô lớn này đã được tiến hành để xác định mối liên hệ giữa sử dụng ranitidin và sự tăng nguy cơ mắc ung thư.

Nguồn: [Long-Term Effects of Ranitidine on Cancer Development \(uspharmacist.com\)](#)
Hiệu đính: DS. Nguyễn Hà Nhi;
Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

Medsafe: Tình hình phản ứng có hại nghiêm trọng kéo dài liên quan đến fluoroquinolon tại New Zealand

Trung tâm Theo dõi phản ứng có hại (CARM) của New Zealand mới ghi nhận một trường hợp viêm gân vai do ciprofloxacin. Con đau xuất hiện ở vai và lan đến cổ tay và hông trong vòng 2 tuần sử dụng ciprofloxacin. Tại thời điểm báo cáo, bệnh nhân vẫn chưa hồi phục.

Trung tâm Theo dõi phản ứng có hại (CARM) của New Zealand mới ghi nhận một trường hợp viêm gân vai do ciprofloxacin. Con đau xuất hiện ở vai và lan đến cổ tay và hông trong vòng 2 tuần sử dụng ciprofloxacin. Tại thời điểm báo cáo, bệnh nhân vẫn chưa hồi phục.

Tháng 5/2023, Cơ quan Dược phẩm Châu Âu đã khuyến cáo nhân viên y tế chỉ kê đơn fluoroquinolon (đường uống, khí dung, tiêm truyền) theo chỉ định đã được phê duyệt do nguy cơ gặp các phản ứng có hại kéo dài và không hồi phục.

Fluoroquinolon

Các loại fluoroquinolon hiện lưu hành ở New Zealand bao gồm ciprofloxacin, moxifloxacin và norfloxacin. Fluoroquinolon chỉ nên được sử dụng cho các chỉ định được phê duyệt và đã cân nhắc lợi ích - nguy cơ đối với từng bệnh nhân.

Phản ứng có hại nghiêm trọng, kéo dài, gây tàn tật và không hồi phục của fluoroquinolon

Fluoroquinolon liên quan đến phản ứng có hại kéo dài, gây tàn tật và không hồi phục trên các cơ quan khác nhau, thậm chí cùng lúc trên nhiều cơ quan như hệ xương khớp và hệ thần kinh.

Dưới đây là một số phản ứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của fluoroquinolon. Bệnh nhân cần được thông báo về nguy cơ khi sử dụng fluoroquinolon và báo với bác sĩ ngay khi các triệu chứng xuất hiện. Ngừng fluoroquinolon có thể làm giảm nguy cơ gặp phản ứng có hại không hồi phục.

Viêm gân và đứt gân

Viêm gân và đứt gân có thể xảy ra ở nhiều vị trí, bao gồm mắt cá chân như trường hợp được mô tả ở trên. Biến cố thường xảy ra ở gân Achilles nhưng cũng có thể xảy ra ở gân khác.

Thời gian khởi phát có thể trong vòng 48 giờ sau khi bắt đầu sử dụng cho đến vài tháng sau khi ngừng thuốc. Nguy cơ tăng lên ở bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân suy thận hoặc ghép tạng, bệnh nhân sử dụng đồng thời corticosteroid.

Dấu hiệu đầu tiên của viêm gân bao gồm viêm và sưng đau.

Bệnh thần kinh ngoại biên

Bệnh đa dây thần kinh cảm giác vận động (tổn thương thần kinh cảm giác hoặc cảm giác - vận động) đã được ghi nhận ở bệnh nhân sử dụng fluoroquinolon. Triệu chứng của bệnh đa dây thần kinh bao gồm đau, rát, ngứa ran, tê và yếu mệt.

Khác

Một số trường hợp hiếm gặp đã được ghi nhận là đau, yếu cơ kéo dài và không hồi phục, sưng hoặc đau khớp, mệt mỏi,

trầm cảm, các vấn đề về trí nhớ, giấc ngủ, thính giác, thị giác và thay đổi vị giác, khứu giác.

Báo cáo ca rối loạn gân và bệnh lý thần kinh tại New Zealand

CARM tiếp tục ghi nhận các ca có phản ứng có hại liên quan đến gân và bệnh lý thần kinh do fluoroquinolon.

Nguồn: Reports of persisting serious adverse reactions to fluoroquinolones (medsafe.govt.nz)
Hiệu đính: DS. Tăng Quốc An;
Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

So sánh nguy cơ tổn thương thận cấp tính giữa piperacillin/tazobactam và cefepim: Dữ liệu từ 1 nghiên cứu nhãn mở trên NEJM

Bối cảnh

Cefepim hoặc piperacillin-tazobactam (PTZ) thường là những kháng sinh được lựa chọn theo kinh nghiệm để điều trị cho các bệnh nhân nhập viện do nhiễm khuẩn huyết hoặc nghi ngờ nhiễm trùng. Hai thuốc này có hiệu quả điều trị tương đương nhau, do vậy việc lựa chọn cần được cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên những phản ứng bất lợi tiềm tàng của chúng. PTZ có liên quan đến nguy cơ gây tổn thương thận (đặc biệt khi sử dụng phối hợp với vancomycin), tuy nhiên vấn đề này vẫn còn đang tranh cãi. Với cefepim, các phản ứng bất lợi được ghi nhận bao gồm độc tính trên thần kinh như mê sảng hoặc thay đổi mức độ nhận thức.

Phương pháp nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu từ Đại học Vanderbilt đã thực hiện một thử nghiệm lâm sàng nhãn mở với cỡ mẫu gồm 2500 bệnh nhân người lớn được chẩn đoán mắc nhiễm khuẩn huyết hoặc nghi ngờ mắc nhiễm khuẩn nghiêm trọng. Toàn bộ người tham gia được phân nhóm ngẫu nhiên để điều trị với cefepim hoặc PTZ, theo kinh nghiệm của các bác sĩ: một trong hai loại kháng sinh đều có thể sử dụng cho mọi trường hợp. 95% bệnh nhân được điều trị ở khoa cấp cứu và 3/4 số bệnh nhân trong

mỗi nhóm được điều trị phối hợp với vancomycin.

Kết quả nghiên cứu

Sau 14 ngày điều trị, kết quả ghi nhận:

- Với tiêu chí chính là tổn thương thận cấp hoặc tử vong, tần suất xảy ra giữa hai nhóm là tương đương nhau.

- Tỷ lệ tử vong được ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể với 7,6% ở nhóm sử dụng cefepim và 6.0% ở nhóm sử dụng PTZ.

- Mê sảng hoặc hôn mê là hai phản ứng được ghi nhận cao hơn ở nhóm cefepim (nhưng khá khiêm tốn) so với nhóm PTZ (20,8% so với 17,3%); trong đó phần lớn là mê sảng.

- Thời gian nằm viện cũng như số ngày sử dụng thuốc vận mạch hoặc thở máy không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Kết luận

Không có sự khác biệt về tần suất gặp tổn thương thận cấp giữa 2 nhóm điều trị với cefepim và PTZ, tuy nhiên các phản ứng bất lợi trên thần kinh được ghi nhận phổ biến hơn ở nhóm sử dụng cefepim.

Một số lưu ý

Thiết kế nghiên cứu nhẵn mở có thể là yếu tố ảnh hưởng đến ngưỡng nhận biết dấu hiệu mê sảng trên bệnh nhân sử dụng cefepim của bác sĩ điều trị. Bên cạnh đó, thời gian điều trị trung bình với kháng sinh ở cả hai nhóm là 3 ngày và khoảng 18% bệnh nhân ở cả hai nhóm đã đổi sang kháng sinh khác trong quá trình thử nghiệm.

Nguồn: Is Piperacillin-Tazobactam More Likely Than Cefepime to Be Associated...

Điểm tin: SV. Nguyễn Thị Hà Giang,
Hiệu đính: DS. Nguyễn Thị Cúc;
Phụ trách: ThS.DS. Nguyễn Mai Hoa

ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ NIÊM TRÙNG BÀN CHÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bệnh bàn chân liên quan tới đái tháo đường được định nghĩa là tình trạng loét, nhiễm trùng hoặc phá hủy các mô bàn chân trên người bệnh đái tháo đường, thường liên quan tới các yếu tố nguy cơ của bệnh lý thần kinh ngoại biên và/hoặc bệnh động mạch ngoại vi. Theo ước tính, trên toàn cầu có khoảng 83 tới 148 triệu người mắc đái tháo đường được cho là có thể xuất hiện vết loét bàn chân trong suốt cuộc đời, và một nửa số vết loét này sẽ bị nhiễm trùng với hơn 15% phải cắt cụt chi dưới. Bệnh bàn chân do đái tháo đường nói chung và nhiễm khuẩn bàn chân do đái tháo đường nói riêng làm ảnh hưởng tới sức khỏe của người bệnh, là nguyên nhân chủ yếu cần phải cắt cụt chi dưới và giảm thời gian sống thêm. Năm 2023, Hiệp hội quốc tế về bàn chân đái tháo đường (The International Working Group on the Diabetic Foot - IWGDF) đã công bố bản cập nhật hướng dẫn của hướng dẫn IWGDF 2019 về chẩn đoán và quản lý nhiễm trùng của bàn chân ở người đái tháo đường. Các khuyến cáo đề cập đến các khía cạnh khác nhau của chẩn đoán nhiễm trùng mô mềm và nhiễm trùng xương; hướng dẫn về cách thu thập các mẫu vi sinh và cách xử lý để xác định tác nhân gây bệnh. Cuối cùng là các thông tin về phương pháp điều trị nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường, bao gồm lựa chọn liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm và điều trị đích cho nhiễm trùng mô mềm và xương. Có 26 khuyến cáo được cập nhật tuy nhiên trong nội dung bài thông tin thuốc này, chúng tôi tập trung vào một số điểm về lựa chọn thuốc kháng sinh và biện pháp điều trị như sau:

* **Vấn đề lâm sàng:** Trên người bệnh đái tháo đường có nhiễm khuẩn mô mềm bàn chân, nên lựa chọn phác đồ kháng sinh cụ thể nào khi tính tới hiệu quả điều trị, nguy cơ nhiễm khuẩn tái phát và đề kháng kháng sinh?

- Khuyến cáo 11: Không sử dụng kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ với mục đích giảm nguy cơ nhiễm khuẩn mới hoặc thúc đẩy sự làm liền vết loét khi chưa có biểu hiện nhiễm khuẩn.

- Khuyến cáo 12a: Sử dụng bất kì phác đồ kháng sinh toàn thân nào đã được chứng minh là có hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được công bố ở liều thông thường để điều trị cho người bệnh đái tháo đường có nhiễm khuẩn mô mềm bàn chân (Mạnh; Cao).

- Khuyến cáo 12b: Điều trị kháng sinh cho người bệnh nhiễm trùng da hoặc mô mềm bàn chân do đái tháo đường trong thời gian từ 1 tới 2 tuần (Mạnh; Cao).

- Khuyến cáo 12c: Cân nhắc kéo dài việc sử dụng kháng sinh (tối đa tới 3 – 4 tuần) nếu tình trạng nhiễm khuẩn đang cải thiện nhưng có lan rộng; cải thiện và hồi phục chậm hơn dự kiến hoặc người bệnh có bệnh lý động mạch ngoại vi mức độ nặng (Tùy điều kiện; Thấp).

- Khuyến cáo 12d: Nếu tình trạng nhiễm khuẩn không cải thiện rõ ràng sau 4 tuần điều trị, đánh giá lại bệnh nhân và xem xét lại sự cần thiết của các chẩn đoán sâu hơn hoặc phương pháp điều trị thay thế. (Mạnh, Thấp)

- Khuyến cáo 13: Lựa chọn kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bàn chân liên quan với đái tháo đường dựa trên: các loại vi khuẩn có khả năng gây bệnh hoặc thường gặp đã được chứng minh và tính nhạy cảm kháng sinh của chúng; mức độ nghiêm trọng của

nhiễm khuẩn; bằng chứng đã được công bố về hiệu quả của kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bàn chân liên qua tới đái tháo đường; nguy cơ xảy ra các ác dụng không mong muốn, tương tác thuốc – thuốc; sự sẵn có của kháng sinh và chi phí điều trị.

- Khuyến cáo 14: Chỉ sử dụng kháng sinh hướng tới các vi khuẩn gram dương hiếu khí (liên cầu tan máu beta, tụ cầu vàng bao gồm cả kháng methicillin) cho những người nhiễm khuẩn bàn chân do đái tháo đường mức độ nhẹ gần đây chưa điều trị kháng sinh và sống vùng khí hậu ôn đới.

- Khuyến cáo 15: Không điều trị kháng sinh kinh nghiệm đối với *P. aeruginosa* trên những trường hợp nhiễm trùng bàn chân do đái tháo đường ở vùng khí hậu ôn đới. Tuy nhiên nên sử dụng phương pháp điều trị theo kinh nghiệm đối với *P. aeruginosa* nếu nó đã được phân lập từ môi trường nuôi cấy của vùng bị ảnh hưởng trong vòng vài tuần trước đó của một người bị nhiễm trùng vừa hoặc nặng sống ở vùng khí hậu nhiệt đới/cận nhiệt đới.

Bảng 1: Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm và dữ liệu vi sinh

Mức độ nhiễm khuẩn	Các yếu tố kết hợp	Tác nhân nhiễm khuẩn thường gặp ^b	Phác đồ điều trị ^c
Nhẹ	Không	Cầu khuẩn gram (+)	Penicillin bán tổng hợp (Cloxacillin) Cephalosporin thế hệ 1 (cephalexin)
	Dị ứng hoặc không dung nạp β -lactam	Cầu khuẩn gram (+)	Clindamycin; Fluoroquinolon (levofloxacin/moxifloxacin); trimethoprim-sulfamethoxazol; doxycyclin
	Có sử dụng kháng sinh gần đây	Cầu khuẩn gram (+) + Trực khuẩn gram (-)	β -lactam, ức chế β -lactamase 1 (amoxicillin/clavulanat, ampicillin/sulbactam) Fluoroquinolon (levofloxacin/moxifloxacin); trimethoprim- sulfamethoxazol
	Nguy cơ cao nhiễm tụ cầu vàng kháng methicillin	Tụ cầu vàng kháng methicillin	Linezolid; trimethoprim-sulfamethoxazol; clindamycin; doxycyclin, Fluoroquinolon (levofloxacin, moxifloxacin)
Trung bình – nặng ^d	Không	Cầu khuẩn gram (+) \pm Trực khuẩn gram (-)	β -lactam- chất ức chế β lactamase 1 (amoxicillin /clavulanat, ampicillin/sulbactam) Cephalosporin thế hệ 2,3 (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon)
	Có điều trị kháng sinh gần đây	Cầu khuẩn gram (+) \pm Trực khuẩn gram (-)	β -lactam- chất ức chế β -lactamase 2 (ticarcillin/clavulanate, piperacillin/tazobactam) Cephalosporin thế hệ 2,3 (cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxon) Carbapenem thế hệ 1 (ertapenem); phụ thuộc vào phác đồ điều trị trước đó
	Loét hoặc ở vùng khí hậu ẩm	Trực khuẩn gram (-) bao gồm <i>Pseudomonas</i> sp.	β -lactam- chất ức chế β -lactamase 2 (ticarcillin/clavulanate, piperacillin/tazobactam) Penicillin bán tổng hợp (Cloxacillin) + ceftazidim hoặc ciprofloxacin

			Carbapenem thế hệ 2 (mero/imi-penem)
Tắc mạch chi/Hoại tử	Cầu khuẩn gram (+) ± Trục khuẩn gram (-) ± vi khuẩn kỵ khí		β -lactam- chất ức chế β lactamase 1 (amoxicillin/clavulanat, ampicillin/sulbactam) hoặc β -lactam- chất ức chế β -lactamase 2 (ticarcillin/clavulanat, piperacillin/tazobactam) Carbapenem thế hệ 1 (ertapenem) hoặc thế hệ 2 (mero/imi-penem) Cephalosporin thế hệ 2 (cefuroxim) hoặc thế hệ 3 (cefotaxim, ceftriaxon) + clindamycin hoặc metronidazol
Nguy cơ cao nhiễm tụ cầu vàng kháng methicillin	Tụ cầu vàng kháng methicillin		Cân nhắc kết hợp hoặc thay thế bằng: glycopeptides (vancomycin, teicoplanin); Linezolid; daptomycin; fusidic acid, trimethoprim – sulfamethoxazole; doxycycline
Các yếu tố nguy cơ nhiễm Trục khuẩn gram (-) đa kháng	Kháng β -lactamase phổ rộng		Carbapenem (erta/mero/imi-penem); Fluoroquinolon (ciprofloxacin); Aminoglycosid (amikacin); colistin

^b: Đề cập đến các chủng phân lập từ vết loét ở chân bị nhiễm bệnh, không chỉ sự xâm lấn ở một vị trí khác.

^c: Áp dụng liều khuyến cáo thông thường cho nhiễm trùng nghiêm trọng. Trường hợp phối hợp thuốc nên chỉ định thuốc được khuyến cáo, trừ khi có chỉ định khác. Cân nhắc điều chỉnh liều lượng hoặc thuốc được chọn cho bệnh nhân mắc các bệnh kèm theo như tăng ure máu, rối loạn chức năng gan, béo phì

^d: Các thuốc kháng sinh đường uống nói chung không nên được sử dụng cho các bệnh nhiễm trùng nặng, ngoại trừ tiếp nối điều trị sau phác đồ kháng sinh đường tiêm.

* **Vấn đề lâm sàng:** Đối với người bệnh đái tháo đường có nhiễm trùng xương hoặc khớp bàn chân có phác đồ kháng sinh cụ thể nào (loại kháng sinh, đường dùng, độ dài đợt điều trị) tốt hơn liên quan tới việc điều trị và giảm nguy cơ nhiễm trùng tái phát không?

- Khuyến cáo 16: Cân nhắc thời gian điều trị kháng sinh lên tới 3 tuần sau khi cắt cụt chi đối với các trường hợp viêm tủy xương bàn chân liên quan tới đái tháo đường và có nuôi cấy vi khuẩn (+); 6 tuần đối với viêm tủy xương nhưng không có chỉ định cắt cụt (Tùy điều kiện; Thấp).

Bảng 2: Độ dài đợt điều trị kháng sinh dựa trên diễn biến lâm sàng

Mức độ nhiễm khuẩn	Đường dùng	Thời gian
<i>Nhiễm khuẩn da và mô mềm</i>		
Nhẹ	Uống	1 – 2 tuần*
Trung bình/Nặng	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch	2 – 4 tuần
<i>Nhiễm khuẩn xương/khớp</i>		
Cắt cụt	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch	2 – 5 ngày
Cắt lọc da, phần mềm hoại tử	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch	1 – 2 tuần
Nuôi cấy vi khuẩn (+) từ rìa xương sau khi cắt bỏ xương	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch	3 tuần
Không phẫu thuật hoặc xương hoại tử	Uống hoặc tiêm tĩnh mạch	6 tuần

* 10 ngày sau mổ cắt lọc vết thương

- Khuyến cáo 17: Theo dõi tối thiểu 6 tháng sau khi kết thúc liệu pháp kháng sinh để xác định tình trạng thuyên giảm của viêm xương tủy xương do nhiễm khuẩn bàn chân liên quan tới đái tháo đường.

* **Vấn đề lâm sàng:** Trên một người bệnh có nhiễm khuẩn bàn chân mức độ vừa/nặng, bao gồm viêm tủy xương, liệu pháp điều trị kháng sinh đơn độc có hiệu quả tốt hơn so với điều trị phẫu thuật kết hợp với kháng sinh hay không?

- Khuyến cáo 18: Nên lựa chọn phẫu thuật trong các trường hợp nhiễm khuẩn bàn chân trung bình/nặng có liên quan tới đái tháo đường khi có biến chứng hoại tử lan rộng, có các dấu hiệu áp xe sâu, dấu hiệu chèn ép khoang hoặc thiếu máu cục bộ chi dưới nghiêm trọng.

- Khuyến cáo 19: Cần nhắc thực hiện phẫu thuật sớm (24 tới 48 giờ) kết hợp với kháng sinh điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn bàn chân có liên quan với đái tháo đường mức độ vừa và nặng để loại bỏ mô nhiễm trùng và hoại tử (Tùy điều kiện; Thấp).

- Khuyến cáo 20: Đối với người bệnh đái tháo đường, bệnh lý động mạch ngoại vi và loét bàn chân hoặc hoại tử/nhiễm khuẩn bất kỳ phần nào của bàn chân nên gặp bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật/mạch máu để được tư vấn khẩn cấp nhằm xác định chỉ định và thời điểm thực hiện các dẫn lưu và/hoặc can thiệp tái thông mạch máu.

- Khuyến cáo 21: Cần nhắc thực hiện phẫu thuật cắt bỏ phần xương nhiễm khuẩn, kết hợp với kháng sinh toàn thân trên người bệnh viêm tủy xương liên quan tới nhiễm khuẩn bàn chân ở người bệnh đái tháo đường (Tùy điều kiện; Thấp).

- Khuyến cáo 22: Cần nhắc điều trị kháng sinh đơn độc mà không cần phẫu thuật đối với các trường hợp: viêm xương nhưng chưa cần dẫn lưu để kiểm soát nhiễm khuẩn, không có bệnh lý động mạch ngoại vi và không có tổn thương xương hở (Tùy điều kiện; Thấp).

* **Vấn đề lâm sàng:** Ở người có nhiễm trùng bàn chân do đái tháo đường, việc bổ sung loại thuốc cụ thể nào hoặc bổ sung kháng sinh tại chỗ cùng với liệu pháp kháng sinh toàn thân và phẫu thuật cải thiện tình trạng kết quả của nhiễm trùng?

- Khuyến cáo 23: Không nên sử dụng các phương pháp điều trị sau đây để giải quyết vấn đề nhiễm trùng bàn chân do đái tháo đường: (a) điều trị bổ sung yếu tố kích thích bạch cầu hạt hoặc (b) thuốc sát trùng tại chỗ, các chế phẩm chứa bạc, mật ong, hoặc liệu pháp điều trị vết thương áp lực âm (có hoặc không có nhỏ giọt thuốc)

- Khuyến cáo 24: Không nên dùng kháng sinh tại chỗ (dạng bột, kem và xi măng) kết hợp với kháng sinh toàn thân để điều trị nhiễm trùng mô mềm hoặc viêm tủy xương ở người bệnh có nhiễm trùng bàn chân do đái tháo đường

- Khuyến cáo 25: Không nên dùng liệu pháp oxy cao áp hoặc liệu pháp oxy tại chỗ như một biện pháp điều trị hỗ trợ cho điều trị nhiễm trùng bàn chân do đái tháo đường.

Kết luận

Nhiễm khuẩn bàn chân do đái tháo đường là tình trạng thuộc nhóm bệnh lý bàn chân do đái tháo đường. Sử dụng kháng sinh đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Khi chưa có kháng sinh đồ, việc lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm dựa trên khuyến cáo góp phần giảm nguy cơ vi khuẩn kháng thuốc, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn huyết hoặc cắt cụt chi của người bệnh.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHIỄM NÃO MÔ CẦU

Căn cứ Công văn số 2496/SYT-NVY của Sở Y tế tỉnh An Giang ngày 03/10/2023 về việc tăng cường công tác giám sát, chẩn đoán và điều trị bệnh não mô cầu,

An Giang vừa phát hiện 01 ca bệnh nhiễm não mô cầu tại huyện Chợ Mới;

Nhằm tăng cường phát hiện sớm ca bệnh, cách ly, điều trị kịp thời, giảm tối đa số ca mắc bệnh và nguy cơ tử vong khi mắc bệnh, Khoa Dược nhắc lại hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh nhiễm não mô cầu theo Quyết định số 975/QĐ-BYT ngày 29/3/2012 của Bộ Y tế cho toàn bộ nhân viên y tế tham gia công tác khám chữa bệnh trong đơn vị nhằm phát hiện sớm ca bệnh nghi ngờ để cách ly, điều trị sớm.

Nội dung Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh nhiễm não mô cầu:

I. Đại cương

1. Khái niệm
2. Dịch tễ học

II. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán ca bệnh lâm sàng
2. Chẩn đoán xác định ca bệnh
3. Chẩn đoán phân biệt

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị
2. Điều trị cụ thể

IV. Phòng bệnh

1. Phòng bệnh chung
2. Phòng bệnh trong bệnh viện
3. Phòng bệnh đặc hiệu

HƯỚNG DẪN TẠM THỜI GIÁM SÁT VÀ PHÒNG, CHỐNG BỆNH ĐẬU MÙA KHÍ

Căn cứ Công văn số 2515/SYT-NVY của Sở Y tế tỉnh An Giang ngày 04/10/2023 về việc tăng cường giám sát phòng, chống bệnh đậu mùa khi,

Nhằm tăng cường phát hiện sớm ca bệnh, cách ly, điều trị kịp thời, giảm tối đa số ca mắc bệnh và nguy cơ tử vong khi mắc bệnh, Khoa Dược nhắc lại hướng dẫn tạm thời giám sát phòng, chống bệnh đậu mùa khi theo Quyết định số 2265/QĐ-BYT ngày 22/8/2022 của Bộ Y tế cho toàn bộ nhân viên y tế tham gia công tác khám chữa bệnh trong đơn vị nhằm phát hiện sớm ca bệnh nghi ngờ để cách ly, điều trị sớm.

Nội dung Hướng dẫn tạm thời giám sát phòng, chống bệnh đậu mùa khi:

I. Đặc điểm chung

II. Căn cứ xây dựng và đối tượng áp dụng

1. Căn cứ xây dựng
2. Đối tượng áp dụng

III. Hướng dẫn giám sát

- 3.1. Định nghĩa trường hợp bệnh và người tiếp xúc gần
 - 3.1.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ (trường hợp bệnh giám sát)
 - 3.1.2. Trường hợp bệnh xác định
 - 3.1.3. Trường hợp bệnh loại trừ

- 3.1.4. Người tiếp xúc gần
- 3.2. Định nghĩa ổ dịch
 - 3.2.1. Ổ dịch
 - 3.2.2. Ổ dịch chấm dứt
- 3.3. Nội dung giám sát
 - 3.3.1. Giám sát nhập cảnh
 - 3.3.2. Giám sát cộng đồng và tại các cơ sở y tế
 - 3.3.3. Thông tin, báo cáo

IV. Các biện pháp phòng bệnh

- 4.1. Biện pháp phòng bệnh không đặc hiệu
- 4.2. Biện pháp phòng bệnh đặc hiệu
- 4.3. Kiểm dịch y tế biên giới
- 4.4. Truyền thông

V. Các biện pháp xử lý ổ dịch

- 5.1. Triển khai các biện pháp phòng bệnh như phần IV
- 5.2. Thực hiện thêm các biện pháp sau

CÔNG VĂN VỀ VIỆC KHÔNG SỬ DỤNG KHÍ N₂O TRÊN NGƯỜI BỆNH

Căn cứ Công văn số 6357/BYT-KCB của Bộ Y tế ngày 04/10/2023 về việc không sử dụng khí N₂O trên người bệnh, *nội dung cụ thể như sau:*

Hiện nay, tình trạng lạm dụng khí dinito monoxide (Nitrous oxide – N₂O) tại một số điểm vui chơi, giải trí gây ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần và thể chất của người dân. Theo báo cáo của Cục Quản lý Dược và các đơn vị có liên quan tại cuộc họp ngày 21/8/2023 khí dinito monoxide (Nitrous oxide – N₂O) chưa đủ cơ sở pháp lý được công nhận là thuốc chữa bệnh tại Việt Nam; vì vậy Bộ Y tế yêu cầu các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh như sau:

1. Không sử dụng khí dinito monoxide (Nitrous oxide – N₂O) trên người bệnh khi chưa được Bộ Y tế phê duyệt.

2. Tăng cường quản lý việc sử dụng khí dinito monoxide (Nitrous oxide – N₂O) tại cơ sở (nếu có) để tránh thất thoát, lạm dụng và sử dụng sai mục đích. Đơn vị nào để xảy ra việc thất thoát, lạm dụng và sử dụng sai mục đích thì Thủ trưởng đơn vị đó phải hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật.

QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM

I. THU HỒI GIẤY ĐĂNG KÝ LƯU HÀNH THUỐC, ĐÌNH CHỈ LƯU HÀNH, THU HỒI THUỐC:

Căn cứ Quyết định số 846/QĐ-QLD ngày 14/11/2023 của Cục Quản lý Dược – Bộ Y tế về việc thu hồi giấy đăng ký lưu hành thuốc, đình chỉ lưu hành, thu hồi thuốc đối với thuốc Methotrexat Bidiphar 50mg/2ml, số đăng ký QLDB-638-17,

Căn cứ Công văn số 3020/SYT-NVD ngày 22/11/2023 của Sở Y tế tỉnh An Giang về việc thu hồi giấy đăng ký lưu hành thuốc, đình chỉ lưu hành, thu hồi thuốc đối với thuốc Methotrexat Bidiphar 50mg/2ml số đăng ký QLDB-638-17,

Đơn vị TTT – DLS nhận được công văn số 3020/SYT-NVD ngày 22/11/2023 của Sở Y tế tỉnh An Giang về việc thu hồi giấy đăng ký lưu hành thuốc, đình chỉ lưu hành, thu hồi thuốc đối với thuốc Methotrexat Bidiphar 50mg/2ml số đăng ký QLDB-638-17.

Lý do thu hồi: Thực hiện theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 58 Luật Dược.

Để đảm bảo quyền lợi cho người sử dụng thuốc, Đơn vị TTT – DLS thông báo đến các khoa/phòng như sau:

1. Các cơ sở kinh doanh, sử dụng thuốc trong tỉnh thực hiện nghiêm việc thu hồi Giấy đăng ký lưu hành thuốc, đình chỉ lưu hành, thu hồi thuốc đối với thuốc Methotrexat Bidiphar 50mg/2ml, số đăng ký QLDB-638-17 theo Quyết định số 846/QĐ-QLD ngày 14/11/2023 của Cục Quản lý Dược – Bộ Y tế;

2. Tất cả cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ sở kinh doanh thuốc trên địa bàn tỉnh An Giang ngừng việc kê đơn, bán, cấp phát, sử dụng và trả lại cho sở cung ứng thuốc toàn bộ mặt hàng thuốc nêu tại Quyết định số 846/QĐ-QLD.

Đơn vị TTT – DLS thông báo để các khoa/phòng biết và khẩn trương thực hiện./.

II. THAY ĐỔI NỘI DUNG TỜ HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG CỦA THUỐC:

Đơn vị Thông tin thuốc – Dược lâm sàng thông tin thay đổi tờ hướng dẫn sử dụng **Jardiance 10mg** (Số đăng kí: VN2-605-17), **Jardiance 25mg** (Số đăng kí: VN2-606-17), đã được Bộ Y tế - Cục Quản lý Dược phê duyệt thay đổi nội dung tờ hướng dẫn sử dụng với thông tin chi tiết như sau:

TT	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Hàm lượng	Quy cách	Số đăng ký	Nhà sản xuất	Nước sản xuất	Công văn của Cục Quản lý Dược
1	Jardiance	Empagliflozin	10mg	Hộp 3 vỉ x 10 viên, viên nén bao phim, uống	VN2-605-17 (Có QĐ gia hạn số 573/QĐ-QLD ngày 23/09/2022)	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & co.KG	Đức	Công văn số 5608/QLD-DK ngày 29/05/2023
2	Jardiance	Empagliflozin	25mg	Hộp 3 vỉ x 10 viên, viên nén bao phim, uống	VN2-606-17 (Có QĐ gia hạn số 573/QĐ-QLD ngày 23/09/2022)	Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & co.KG	Đức	Công văn số 5607/QLD-DK ngày 29/05/2023

Nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho việc thanh quyết toán cũng như đảm bảo quyền lợi cho người bệnh tham gia Bảo hiểm y tế. Cục Quản lý Dược đồng ý về việc thay đổi nội dung tờ hướng dẫn sử dụng thuốc đối với Jardiance (Empagliflozin, 10mg/ Empagliflozin, 25mg) kèm theo công văn số 5607/QLD-ĐK và 5608/QLD-ĐK.

Ngoài việc thay đổi nội dung tờ hướng dẫn sử dụng như đã nêu trên, các thông tin khác của sản phẩm: tên thương mại, số đăng ký, tiêu chuẩn chất lượng, tuổi thọ, nhóm thuốc cũng như giá cung ứng của sản phẩm không thay đổi.

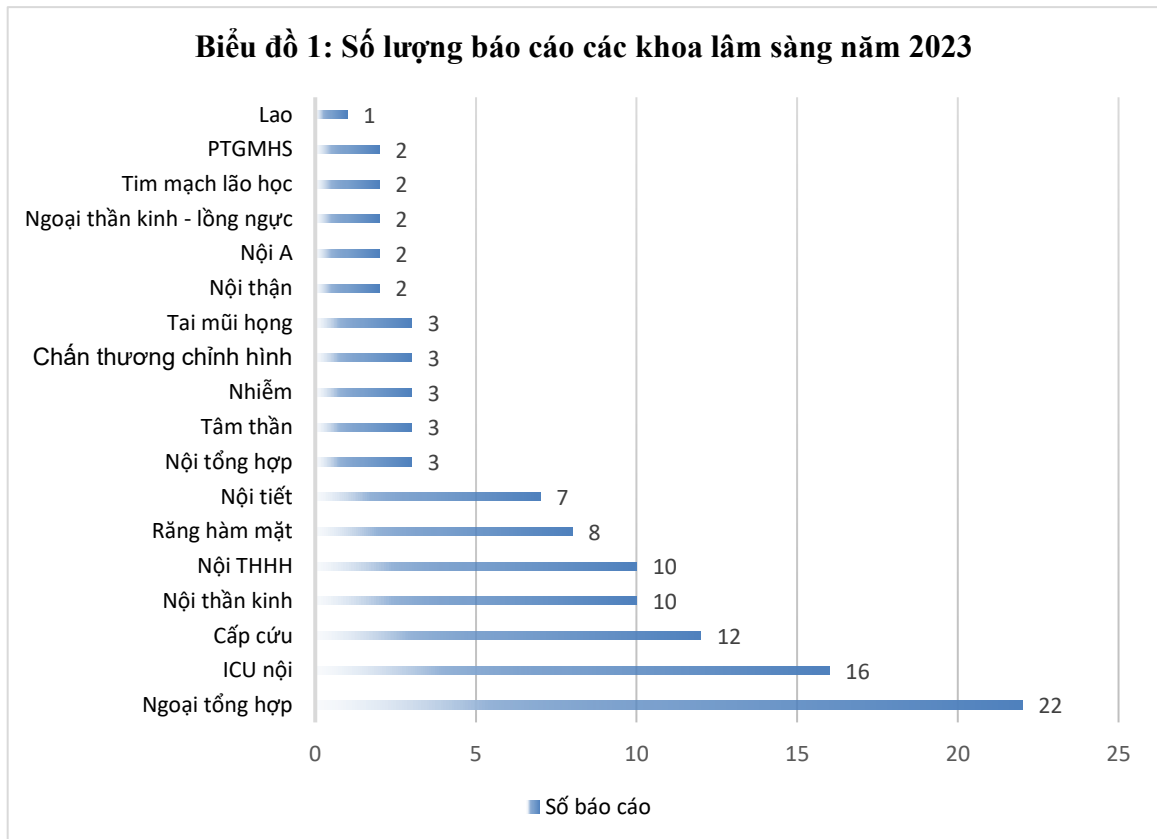
Vì mở rộng điều trị cho bệnh nhân, đơn vị Thông tin thuốc – Dược lâm sàng thông tin để các khoa lâm sàng lưu ý chỉ định thuốc phù hợp với thông tin đã cập nhật và phù hợp với quy định tại Thông tư 20/2022/TT-BYT.

ADR

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO ADR TẠI BVĐKTT AN GIANG NĂM 2023

Trong năm 2023, Khoa Dược Bệnh viện ĐKTT An Giang đã gửi về trung tâm DI & ADR khu vực phía Nam 111 trường hợp nghi ngờ thuốc xảy ra phản ứng có hại của thuốc (số liệu tính từ 01/01/2023 đến 19/12/2023).

1. Khoa lâm sàng báo cáo:



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	73	65,8
2	Kháng viêm	11	9,9
3	Điện giải	9	8,1
4	Cản quang	7	6,3
5	Chống co giật	3	2,7
6	Giảm đau, hạ sốt	2	1,8
7	Tiêu hóa	2	1,8

8	Động kinh	1	0,9
9	Insulin	1	0,9
10	An thần	1	0,9
11	Thuốc tê	1	0,9
Tổng cộng		111	100

Nhóm thuốc kháng sinh được báo cáo nhiều nhất là 73 ca nghi ngờ xảy ra phản ứng có hại của thuốc (chiếm 65,8%). Nhóm kháng viêm được ghi nhận 11 ca báo cáo (chiếm 9,9%). Nhóm điện giải được ghi nhận 09 ca báo cáo (chiếm 8,1%)...

3. Kháng sinh nghi ngờ xảy ra ADR

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

STT	Hoạt chất	Số ca báo cáo ADR
1	Ceftriaxone	38
2	Ciprofloxacin	9
3	Ceftazidim	7
4	Vancomycin	5
5	Levofloxacin	4
6	Cefuroxim	4
7	Cefoperazone	2
8	Piperacilin + tazobactam	1
9	Cefepim	1
10	Ticarcillin + acid clavulanic	1
11	Cefotaxim	1
Tổng cộng		73

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	77	69,4
2	Đe dọa tính mạng	23	20,7
3	Nhập viện/Kéo dài thời gian nằm viện	11	9,9
Tổng cộng		111	100

5. Kết quả sau xử trí:

Bảng 4: Kết quả sau xử trí

STT	Kết quả sau xử trí	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Hồi phục không di chứng	67	60,4
2	Đang hồi phục	40	36
3	Không rõ	3	2,7
4	Chưa hồi phục	1	0,9
Tổng cộng		111	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.