



# BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG



## BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC QUÝ I

NĂM 2024

<b>NỘI DUNG</b>		<b>TRANG</b>
 <p><b>HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ</b></p>	Sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy: cập nhật mới từ khuyến cáo hội hô hấp & hội hồi sức chống độc 2023	<b>1</b>
	Sử dụng thuốc trong điều trị bệnh Lao nhạy cảm thuốc	<b>7</b>
 <p><b>THÔNG TIN THUỐC</b></p>	Hướng dẫn sử dụng Auzitane	<b>14</b>
	Hướng dẫn sử dụng Loxorox	<b>18</b>
	Hướng dẫn sử dụng Daflon®1000mg	<b>20</b>
	Hướng dẫn sử dụng Nimotop®	<b>21</b>
	Hướng dẫn sử dụng Savi® Dimin 1000	<b>24</b>
 <p><b>CẢNH GIÁC DƯỢC</b></p>	ANSM: Khuyến cáo tăng cường an toàn khi sử dụng dung dịch tiêm truyền chứa kali clorid	<b>25</b>
	ANSM: Khuyến cáo về sử dụng kháng sinh hợp lý	<b>27</b>
	Các thuốc tác dụng bất lợi trên bệnh nhân suy tim	<b>32</b>
 <p><b>ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC</b></p>	Điều trị không dùng thuốc trong hội chứng mạch vành mạn	<b>38</b>



## HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy: cập nhật mới từ khuyến cáo hội hô hấp & hội hồi sức chống độc 2023



## I. TIẾP CẬN MỚI VỀ PHÂN TẦNG BỆNH NHÂN

### 1. Viêm phổi bệnh viện (VPBV)

So với năm 2016, khuyến cáo mới trong điều trị viêm phổi bệnh viện (VPBV) được trình bày cách tiếp cận mới trong phân loại bệnh nhân theo các nhóm nguy cơ nhiễm khuẩn khác nhau.

Phân tầng bệnh nhân VPBV theo nguy cơ nhiễm khuẩn:

- VPBV có nguy cơ tử vong cao:

+ Có thở máy.

+ Có sốc nhiễm khuẩn.

- VPBV có nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng thuốc: Đã dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó.

- VPBV có nguy cơ cao mắc trực khuẩn gram âm và *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng thuốc:

+ Đã dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó.

- + Bệnh phổi cấu trúc: giãn phế quản hoặc bệnh xơ nang.
- + Đã phân lập được trước đó hoặc có trực khuẩn gram âm và *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng cư trú.

- VPBV có nguy cơ cao mắc *MRSA*:

- + Đã dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó.
- + Điều trị tại đơn vị có tỷ lệ *MRSA* > 10%.
- + Điều trị tại đơn vị chưa biết tỷ lệ *MRSA*. Đã phân lập được trước đó hoặc có *MRSA* cư trú.

## 2. Viêm phổi liên quan đến thở máy

Tương tự như VPBV, khuyến cáo 2023 cũng cập nhật mới cách phân tầng nguy cơ bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy (VPLQTM) để có cân nhắc hợp lý trong lựa chọn và phối hợp kháng sinh.

Phân tầng bệnh nhân VPLQTM theo nguy cơ nhiễm khuẩn:

- VPBV có nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng thuốc:

- + Đã dùng kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó.

- + Có sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm bị VPLQTM.

- + ARDS trước bị VPLQTM.

- + Nằm viện kéo dài > 5 ngày trước khi xuất viện VPLQTM.

- + Điều trị thay thế thận trước khi bị VPLQTM.

- VPBV có nguy cơ cao mắc *Pseudomonas aeruginosa* đa kháng:

- + Có 1 trong các tiêu chuẩn nguy cơ cao mắc VK đa kháng thuốc.

- + Điều trị ở đơn vị có tỷ lệ vi khuẩn gram âm đa kháng > 10%.

- + Điều trị ở đơn vị chưa biết tỷ lệ vi khuẩn gram âm đa kháng.

- + Đã phân lập được trước đó hoặc có trực khuẩn gram âm và *Pseudomonas* đa kháng cư trú.

- VPBV có nguy cơ cao mắc *MRSA*:

- + Có 1 trong các tiêu chuẩn nguy cơ cao mắc VK đa kháng thuốc.

- + Điều trị ở đơn vị có tỷ lệ *MRSA* > 10%.

- + Điều trị ở đơn vị chưa biết tỷ lệ *MRSA*.

+ Đã phân lập được trước đó hoặc có MRSA cư trú.

## **II. ĐIỂM MỚI TRONG LỰA CHỌN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU THEO TÁC NHÂN VI KHUẨN**

### **1. *Pseudomonas aeruginosa***

- Với *Pseudomonas aeruginosa* (MDR) còn nhạy cảm với các kháng sinh beta-lactam không thuộc nhóm carbapenem như piperacillin/tazobactam, ceftazidim, cefepim, aztreonam (cả trường hợp còn nhạy cảm hay không còn nhạy cảm với carbapenem), ưu tiên sử dụng các kháng sinh này hơn kháng sinh carbapenem. Các kháng sinh này cần được sử dụng với mức liều cao kết hợp với truyền kéo dài hoặc truyền liên tục để đảm bảo hiệu quả điều trị. Với các trường hợp VPBV, viêm phổi thở máy khó kiểm soát nguồn ổ nhiễm do các chủng *Pseudomonas aeruginosa* kháng carbapenem nhưng còn nhạy với kháng sinh betalactam không thuộc nhóm carbapenem, có thể cân nhắc sử dụng kháng sinh mới có hoạt tính ưu tiên trên *Pseudomonas aeruginosa* như ceftolozan/tazobactam (2,5 g mỗi 8 giờ, truyền dài trong vòng 3 giờ).

- Với các nhiễm khuẩn nặng do *Pseudomonas aeruginosa* kháng thuốc khó điều trị (DTR), tùy theo tính sẵn có của thuốc tại bệnh viện và kết quả kháng sinh đồ với chủng vi khuẩn phân lập, cân nhắc:

+ Sử dụng phối hợp 2 trong 3 kháng sinh: colistin, aminoglycosid (amikacin, tobramycin) hoặc fosfomycin (4g mỗi 8 giờ hoặc mỗi 6 giờ, tối đa 24 g/ngày)

+ Sử dụng đơn trị liệu với kháng sinh mới có hoạt tính trên *Pseudomonas aeruginosa* như ceftolozan/tazobactam (3 g mỗi 8 giờ, truyền dài trong vòng 3 giờ).

- Nếu *P.aeruginosa* chỉ còn nhạy cảm với colistin trên kháng sinh đồ: cân nhắc bổ sung kháng sinh khí dung (colistin: 1-2 MUI pha trong 6 ml NaCl 0,9% x 2-3 lần/ngày) phối hợp với kháng sinh tĩnh mạch. Khí dung được thực hiện trước mỗi lần sử dụng truyền thuốc qua đường tĩnh mạch, nếu

điều kiện cho phép nên sử dụng thiết bị khí dung màng rung (vibrating mesh nebulizer) hoặc thiết bị khí dung theo nguyên lý dòng phụt (jet nebulizer) để tối ưu phân bố thuốc vào mô phổi. Theo dõi chặt chức năng thận khi phác đồ phổi hợp có colistin.

## **2. *Acinetobacter baumannii***

- Duy trì khuyến cáo không dùng colistin đơn độc trong điều trị VPBV và VPLQTM.

- Phối hợp ít nhất 2 kháng sinh còn nhạy cảm trên kháng sinh đồ để điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy do *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem, ít nhất cho đến khi các tình trạng lâm sàng nhiễm trùng được cải thiện.

+ Colistin kết hợp với meropenem (liều cao, 2 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài 3 giờ) kết hợp với ampicillin/sulbactam (sử dụng liều cao 6-9 g/ngày tính theo sulbactam; tương ứng 3 g sulbactam mỗi 8 giờ, truyền dài 4 giờ (9 sulbactam/ngày) hoặc 1 g mỗi 4 giờ, truyền trong vòng 30 phút (6 g sulbactam/ngày); hoặc minocyclin (nếu còn nhạy cảm, liều 200 mg mỗi 12 giờ) hay doxycyclin (200 mg liều nạp, 100 mg mỗi 12 giờ liều duy trì).

+ Ampicillin/sulbactam được khuyến cáo là thành phần trong phác đồ phối hợp kháng sinh, không phụ thuộc vào chủng *A. baumannii* phân lập có còn nhạy cảm với thuốc hay không.

+ Phác đồ phối hợp kháng sinh có carbapenem nên cân nhắc chỉ sử dụng nếu MIC với meropenem hoặc imipenem của chủng *A. baumannii* phân lập  $\leq 8$  mg/L. Imipenem có thể là lựa chọn thay thế cho meropenem, tuy nhiên cần cân nhắc đến độc tính trên thần kinh khi sử dụng liều cao.

+ Lưu ý mặc dù không có giá trị điểm gãy (breakpoint) để phân giải nhạy cảm/đề kháng của *Acinetobacter baumannii* với colistin, tuy nhiên hiệu quả của kháng sinh này sẽ không được đảm bảo nếu MIC  $> 2$  mg/L.

+ Tigecyclin mặc dù có hoạt tính trên *A.baumannii*, tuy nhiên không được khuyến cáo điều trị VPBV, viêm phổi thở máy do có bằng chứng làm gia tăng nguy cơ tử vong trên bệnh nhân.

### **3. Trục khuẩn gram âm đường ruột sinh ESBL (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*)**

- Duy trì khuyến cáo lựa chọn đầu tay là carbapenem. Tuy nhiên có bổ sung các lựa chọn cân nhắc trong một số bệnh cảnh đặc thù:

+ VPBV không kèm theo sốc nhiễm trùng, bệnh nhân không có giảm albumin huyết thanh: cân nhắc sử dụng ertapenem (liều 1 g mỗi 24 giờ, truyền trong 30 phút).

+ VPBV nhẹ, không có yếu tố nguy cơ: có thể cân nhắc piperacillin/tazobactam hoặc cefepim nếu còn nhạy cảm trên kháng sinh đồ.

### **4. Vi khuẩn đường ruột kháng carbapenem (CRE)**

- Duy trì khuyến cáo không sử dụng đơn độc colistin mà phải phối hợp ít nhất 2 kháng sinh còn nhạy cảm trên kháng sinh đồ nếu chủng vi khuẩn phân lập chỉ còn nhạy cảm với colistin, aminoglycosid hoặc fosfomycin.

- Nhấn mạnh lưu ý chỉ nên sử dụng carbapenem trong phác đồ phối hợp nếu MIC của chủng vi khuẩn phân lập với meropenem hoặc imipenem  $\leq 8$  mg/L. Trong trường hợp này, cần sử dụng liều cao kết hợp truyền kéo dài hoặc truyền liên tục carbapenem.

- Cân nhắc bổ sung kháng sinh khí dung (colistin hoặc aminoglycosid) phối hợp với kháng sinh tĩnh mạch trong trường hợp viêm phổi thở máy do CRE chỉ còn nhạy cảm với colistin hoặc aminoglycosid trên kháng sinh đồ.

- Khuyến cáo cân nhắc vai trò của kháng sinh mới như ceftazidim/avibactam khi bệnh nhân gặp độc tính trên thận hoặc không có điều kiện giám sát nồng độ thuốc trong máu với kháng sinh aminoglycosid hoặc đáp ứng lâm sàng kém với phác đồ phối hợp có colistin hay aminoglycosid.

### **5. *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA)**

- Cập nhật cơ sở cân nhắc lựa chọn kháng sinh trong các thuốc (vancomycin, teicoplanin hoặc linezolid) dựa vào từng người bệnh trên cơ sở giảm thiểu biến cố bất lợi liên quan đến thuốc. Khuyến cáo sử dụng linezolid nếu MIC của tụ cầu với vancomycin  $\geq 1,5$  mg/L.
- Lưu ý: không sử dụng các kháng sinh khác ngoài nhóm glycopeptid và linezolid trong VPBV và VPLQTM nghi ngờ hoặc xác định nhiễm MRSA

### **Tài liệu tham khảo**

Hội Hô hấp Việt Nam; Hội Hồi sức cấp cứu và Chống độc Việt Nam. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị Viêm phổi bệnh viện và Viêm phổi liên quan đến thở máy (2023). Nhà xuất bản Y học.



## HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

# Sử dụng thuốc trong điều trị bệnh Lao nhạy cảm thuốc



## I. Nguyên tắc điều trị

Nguyên tắc chung điều trị lao được áp dụng cho tất cả các thể lao, bao gồm:

### 1. Phối hợp các thuốc chống lao

- Mỗi loại thuốc chống lao có tác dụng khác nhau trên vi khuẩn lao (diệt khuẩn, kìm khuẩn, triệt khuẩn), do vậy phải phối hợp các thuốc chống lao.
- Đối với lao nhạy cảm thuốc phải phối hợp ít nhất 03 (ba) loại thuốc chống lao trong giai đoạn tấn công và ít nhất 02 (hai) loại trong giai đoạn duy trì. Đối với bệnh lao kháng thuốc, các thuốc phối hợp theo nguyên tắc riêng, tùy thuộc vào phác đồ.

### 2. Dùng thuốc đúng liều

- Các thuốc chống lao tác dụng hiệp đồng, mỗi thuốc có một nồng độ tác dụng nhất định. Nếu dùng liều thấp sẽ không hiệu quả và dễ tạo ra các chủng vi khuẩn kháng thuốc; nếu dùng liều cao dễ gây các biến cố bất lợi.
- Đối với lao trẻ em cần được điều chỉnh liều thuốc hàng tháng theo cân nặng.

### 3. Dùng thuốc đều đặn

- Các thuốc điều trị lao nhạy cảm tốt nhất được uống cùng một lần, vào thời gian nhất định trong ngày và xa bữa ăn để đạt tác dụng cộng hợp, hấp thu và ổn định nồng độ thuốc trong máu tối đa.
- Các thuốc điều trị lao kháng thuốc: dùng thuốc 06 (sáu) ngày/tuần, đa số thuốc dùng một lần vào buổi sáng và cùng với bữa ăn. Một số thuốc có thể chia liều 02 (hai) lần trong ngày (sáng, chiều) để giảm biến cố bất lợi.
- Phải thực hiện điều trị thuốc lao có kiểm soát hàng ngày đối với tất cả người bệnh lao.

### 4. Phải dùng thuốc đủ thời gian

- Đối với lao nhạy cảm thuốc: giai đoạn tấn công nhằm tiêu diệt nhanh số lượng lớn vi khuẩn có trong các vùng tổn thương để ngăn chặn các vi khuẩn lao đột biến kháng thuốc. Giai đoạn duy trì nhằm tiêu diệt triệt để các vi khuẩn lao trong vùng tổn thương để tránh tái phát.
- Đối với bệnh lao kháng thuốc: thành phần và thời gian sử dụng các thuốc theo từng giai đoạn tùy thuộc vào từng phác đồ.

## II. Phác đồ điều trị bệnh Lao

### 1. Phác đồ điều trị lao nhạy cảm thuốc

#### 1.1 Các thuốc điều trị lao nhạy cảm thuốc

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Tên viết tắt
Các thuốc chống lao thiết yếu (hàng 1)	Isoniazid	H
	Rifampicin	R
	Pyrazinamide	Z
	Ethambutol	E
	Rifabutin	Rfb
	Rifapentine	Rpt hoặc P
	Streptomycin	S

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Tên viết tắt
Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo một số thuốc sử dụng trong phác đồ điều trị lao nhạy cảm thuốc	Moxifloxacin (sử dụng trong phác đồ 4 tháng điều trị lao phổi nhạy cảm thuốc)	Mfx
	Ethionamide (sử dụng trong phác đồ 6 tháng điều trị lao hệ thần kinh trung ương ở trẻ em)	Eto

### 1.2 Các phác đồ điều trị lao nhạy cảm thuốc

<b>Phác đồ A1: 2HRZE/4RHE (phác đồ 06 tháng – điều trị lao cho người lớn)</b>	
Chỉ định	Lao người lớn: chỉ định cho các trường hợp lao không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng bao gồm cả người nhiễm HIV và phụ nữ mang thai.
Không chỉ định	<b>Không</b> chỉ định phác đồ này với lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	- Giai đoạn tấn công: sử dụng kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày; - Giai đoạn duy trì: kéo dài 04 tháng, với 03 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày.
<b>Phác đồ A2: 2HRZE/4RH (phác đồ 06 tháng – điều trị lao cho trẻ em )</b>	
Chỉ định	<b>Lao trẻ em</b> không có bằng chứng kháng thuốc hoặc không nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng. Có thể sử dụng cho trẻ nhiễm HIV.
Không chỉ định	Đối với lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày; - Giai đoạn duy trì kéo dài 04 tháng với 02 loại thuốc: R, H; dùng hàng ngày.

<b>Phác đồ A1a: 2HPMZ/2HPM (phác đồ 4 tháng – điều trị lao cho người từ 12 tuổi trở lên)</b>	
Chỉ định	<b>Lao phổi</b> ở người cân nặng lớn hơn hoặc bằng 40 kg, không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng.
Không chỉ định	<b>Không</b> chỉ định trong các trường hợp sau: + Lao ngoài phổi; + Người nhiễm HIV có số lượng tế bào CD4 dưới 100 tế bào/mm <sup>3</sup> ; + Phụ nữ có thai, cho con bú.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, P, M, Z; dùng hàng ngày. - Giai đoạn duy trì: kéo dài 02 tháng, với 03 loại thuốc: H, P, M; dùng hàng ngày. - Lưu ý: cần uống Rifapentine trong khi ăn với thức ăn ít béo.
<b>Phác đồ A2a: 2HRZE/2RH (phác đồ 4 tháng – điều trị lao cho trẻ em từ 3 tháng đến 16 tuổi)</b>	
Chỉ định	Nếu thỏa mãn cả 3 tiêu chí sau đây: <b>1. Tổn thương trên X-quang mức độ nhẹ:</b> - Lao hạch trung thất không chèn ép đường thở; - Lao phổi có tổn thương nhu mô chỉ khu trú trong một thùy (nhưng không chiếm hết toàn bộ thùy phổi), không có hình ảnh hang và kê; - Tràn dịch màng phổi do lao không phức tạp (không có tràn khí hoặc không viêm mủ lao màng phổi hoặc tràn dịch màng phổi không có tổn thương nhu mô kèm theo). <b>2. Xét nghiệm Xpert MTB/RIF hoặc Ultra âm tính, vết, rất thấp hoặc thấp, hoặc AFB âm tính</b>

	<p><b>3. Dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng nhẹ, không cần phải nhập viện điều trị nội trú:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Không có dấu hiệu, triệu chứng nguy hiểm hoặc ưu tiên khẩn cấp: co giật, hôn mê, bất tỉnh, cứng gáy hoặc thóp phồng, dấu hiệu mất nước nghiêm trọng, dấu hiệu sốt, không ăn, uống hoặc nôn nhiều.</li> <li>- Không khó thở liên tục (kéo rút lồng ngực đối xứng), khò khè hoặc thở rít.</li> <li>- Không suy dinh dưỡng nặng, không suy hô hấp.</li> <li>- Không có tình trạng nhiễm trùng nặng.</li> <li>- Không có dấu hiệu lao ngoài phổi.</li> </ul> <p><i>Lưu ý: có thể sử dụng phác đồ này cho trẻ nhiễm HIV/AIDS.</i></p>
Không chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 4 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày.</li> <li>- Giai đoạn duy trì: kéo dài 02 tháng, với 2 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày.</li> <li>- Có thể kéo dài thêm 02 tháng duy trì hoặc thay đổi phác đồ nếu trẻ không đáp ứng trên lâm sàng sau 04 tháng điều trị (ví dụ: không tăng cân, các triệu chứng bệnh lao không mất đi).</li> </ul>
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 4 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày.</li> <li>- Giai đoạn duy trì: kéo dài 02 tháng, với 2 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày.</li> <li>- Có thể kéo dài thêm 02 tháng duy trì hoặc thay đổi phác đồ nếu trẻ không đáp ứng trên lâm sàng sau 04 tháng điều trị (ví dụ: không tăng cân, các triệu chứng bệnh lao không mất đi).</li> </ul>

<b>Phác đồ B1: 2HRZE/10RHE (phác đồ 12 tháng-điều trị lao cho người lớn)</b>	
Chỉ định	Các trường hợp lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp ở người lớn và không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	<p>- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày.</p> <p>- Giai đoạn duy trì: kéo dài 10 tháng, với 3 loại thuốc: R, H, E; dùng hàng ngày.</p> <p>Lưu ý: Đối với lao màng não sử dụng Corticosteroid (Dexamethasone hoặc Prednisolone) liều giảm dần trong 6-8 tuần đầu tiên và có thể sử dụng thêm Streptomycin trong giai đoạn tấn công với lao màng não nặng khi cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ.</p>
<b>Phác đồ B2: 2HRZE/10RH (phác đồ 12 tháng – điều trị lao cho trẻ em)</b>	
Chỉ định	Các trường hợp lao hệ thần kinh trung ương, lao xương khớp ở trẻ em và không có bằng chứng kháng thuốc và không nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	<p>- Giai đoạn tấn công: kéo dài 02 tháng, với 4 loại thuốc: H, R, Z, E; dùng hàng ngày.</p> <p>- Giai đoạn duy trì: kéo dài 10 tháng, với 02 loại thuốc: R, H; dùng hàng ngày.</p> <p>Lưu ý: Đối với lao màng não sử dụng Corticosteroid (dexamethasone hoặc prednisolone) liều giảm dần trong 6-8 tuần đầu tiên, và sử dụng thêm Streptomycine trong giai đoạn tấn công.</p>

<b>Phác đồ B2a: 6HRZEto (phác đồ 6 tháng – điều trị lao hệ thần kinh trung ương cho người từ 0 đến 19 tuổi)</b>	
Chỉ định	Lao hệ thần kinh trung ương (lao não – màng não) ở người từ 0 đến 19 tuổi không có bằng chứng kháng thuốc hoặc nghi ngờ kháng thuốc trên lâm sàng.
Không chỉ định	Không chỉ định cho người nhiễm HIV.
Thành phần và hướng dẫn sử dụng phác đồ	Dùng thuốc hàng ngày liên tục 06 tháng, với 04 loại thuốc: H, R, Z, Eto (liều lượng thuốc theo phụ lục 6: bảng số 7, số 8 của Hướng dẫn điều trị này).
<b>Phác đồ cá thể</b>	
Chỉ định	Những trường hợp đang điều trị lao nhạy cảm thuốc (không có bằng chứng vi khuẩn hoặc lâm sàng nghi ngờ kháng thuốc) nhưng không đáp ứng, đáp ứng kém, không dung nạp với phác đồ chuẩn, không dung nạp, có biến cố bất lợi với thuốc chống lao.
Xây dựng phác đồ	Hội chẩn xây dựng phác đồ phù hợp với từng ca bệnh, sử dụng tối ưu các thuốc có tác dụng đối với vi khuẩn lao.

### **Tài liệu tham khảo**

Bộ y Tế (2024), Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao”



## THÔNG TIN THUỐC

## Hướng dẫn sử dụng Auzitane



### 1. Hoạt chất

Probenecid 500mg

### 2. Chỉ định

- Tăng acid uric huyết do bệnh gút (viêm khớp mạn tính và có tophi do gút).
- Tăng acid uric huyết thứ phát do nhiều nguyên nhân khác như sau khi dùng thuốc lợi tiểu nhóm thiazid, furosemid, acid ethacrynic, pyrazinamide hay ethambutol (trừ thứ phát do hóa trị liệu ung thư, xạ trị, bệnh ung thư).
- Các chỉ định khác: Hỗ trợ liệu pháp kháng sinh để tăng và kéo dài nồng độ thuốc trong huyết tương trong một số trường hợp hạn chế, như phối hợp probenecid với amoxicilin để điều trị nhiễm lậu cầu nhạy cảm không tiết penicilinase và không biến chứng, với cefuroxim axetil khi lậu cầu sản xuất penicilinase, với cefoxitin để điều trị ngoại trú viêm vùng chậu cấp, với penicillin G procain trong điều trị ngoại trú giang mai thần kinh. Dự phòng nhiễm độc thận do cidofovir.

### 3. Liều dùng

#### 3.1 Người lớn

- Tăng acid uric máu trong bệnh gút:

+ Đợt cấp phải hết, bắt đầu bằng liều thấp để giảm khả năng gây một đợt cấp. Nếu một cơn cấp bắt đầu trong khi đang điều trị, có thể vẫn tiếp tục điều trị bằng probenecid liều không thay đổi.

+ Liều thấp ban đầu: Uống  $\frac{1}{2}$  viên/lần x 2 lần/ngày trong tuần đầu tiên, sau đó tăng lên 1 viên/lần x 2 lần/ngày. Nếu liều dùng trên không đạt được tác dụng điều trị thì tăng dần thêm 1 viên sau mỗi 4 tuần đến khi đạt liều tối đa 8 viên/ngày. Probenecid không có tác dụng trên bệnh nhân suy thận có  $Cl_{cr} < 30\text{ml/phút}$ . Khi không còn cơn gút cấp nào xuất hiện trong vòng 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị, có thể giảm liều từ từ, giảm 1 viên sau mỗi 6 tháng cho đến khi đạt liều tối thiểu kiểm soát được nồng độ acid uric huyết thanh duy trì liên tục điều trị probenecid ở mức liều này.

- Phối hợp với kháng sinh họ beta-lactam:

+ Liều thường dùng là 1 viên/lần x 4 lần/ngày. Cần giảm liều ở người cao tuổi có suy thận. Cần lưu ý nếu tình trạng suy thận của bệnh nhân đủ để giảm thải trừ kháng sinh như mong muốn thì không nên sử dụng thêm probenecid.

+ Điều trị nhiễm trùng do lậu cầu không có biến chứng gây bởi các chủng *Neisseria gonorrhoeae* nhạy cảm không tiết penicilinase: Uống 2 viên với 3g amoxicilin liều duy nhất sau đó tiếp tục dùng doxycyclin 100mg, 2 lần/ngày trong 7 ngày.

+ Điều trị nhiễm trùng do lậu cầu không có biến chứng gây bởi các chủng *Neisseria gonorrhoeae* nhạy cảm tiết penicilinase: Uống 2 viên với 1g cefuroxim axetil liều duy nhất sau đó tiếp tục dùng doxycyclin 100mg, 2 lần/ngày trong 7 ngày.

+ Điều trị nhiễm trùng vùng chậu cấp: Uống 2 viên kết hợp với tiêm bắp 2g cefoxitin liều duy nhất sau đó tiếp tục dùng doxycyclin 100mg, 2 lần/ngày trong 10-14 ngày.

+ Điều trị giang mai thần kinh: Uống 1 viên, 4 lần/ngày kết hợp với tiêm bắp procain penicillin G 4.2 triệu đơn vị quốc tế/ngày trong 10-14

ngày, sau đó tiêm bắp benzathin penicilin đơn 2.4 triệu đơn vị, 1 tuần/lần trong 3 tuần tiếp theo không kèm theo dùng probenecid.

- Dự phòng độc tính trên thận gây ra bởi cidofovir: Uống 4 viên 3 giờ trước khi truyền cidofovir và lặp lại liều 2 viên 2 giờ và 8 giờ sau khi kết thúc truyền cidofovir (tổng liều probenecid là 4g).

### **3.2 Trẻ em**

- Probenecid chỉ được chỉ định cho trẻ em từ 2 tuổi trở lên trong trường hợp phối hợp với liệu pháp kháng sinh họ beta-lactam.

+ Liều dùng cho trẻ từ 2-14 tuổi: Khởi đầu 25mg/kg/ngày chia làm 4 lần, sau đó tăng lên 40mg/lần/ngày chia làm 4 lần.

+ Trẻ em cân nặng trên 50kg và trẻ em trên 15 tuổi có thể dùng liều của người lớn.

- Trường hợp suy thận: Không dùng probenecid cho bệnh nhân suy thận có  $Cl_{cr} < 30\text{ml/phút}$ .

### **4. Cách dùng**

- Dùng qua đường uống, trong bữa ăn để giảm kích ứng đường tiêu hóa. Trong thời gian điều trị nên bù đủ dịch để đảm bảo bài niệu và nên duy trì pH nước tiểu kiềm.

- Liều dùng của probenecid nên được hiệu chỉnh tùy theo đáp ứng và mức độ dung nạp thuốc của bệnh nhân. Đối với trẻ < 6 tuổi, cần nghiền viên nén chứa probenecid sau đó trộn lẫn với sữa chua hoặc các dung dịch lỏng có đường.

### **5. Chống chỉ định**

- Có tiền sử dị ứng với probenecid.

- Rối loạn chức năng đông máu.

- Sỏi thận, đặc biệt là sỏi urat.

- Sử dụng cùng aspirin hay các dẫn chất salicylat.

- Con gút cấp.

- Trẻ em dưới 2 tuổi.

- Suy thận có độ thanh thải creatinin < 30ml/phút.
- Tăng acid uric huyết thứ phát do các bệnh máu ác tính.

### **Tài liệu tham khảo**

Tờ hướng dẫn sử dụng Auzitane của công ty cổ phần dược phẩm Medisun.



## THÔNG TIN THUỐC

# Hướng dẫn sử dụng Loxorox



### 1. Hoạt chất

Loxoprofen natri 60mg

### 2. Chỉ định, liều dùng

Dùng cho người lớn và trẻ em trên 15 tuổi.

Chỉ định	Liều dùng
Chống viêm, giảm đau trong các tình trạng bệnh sau: viêm khớp dạng thấp, viêm xương khớp, đau lưng, viêm quanh khớp vai, hội chứng cổ vai cánh tay, đau răng.	- Thông thường uống 60mg mỗi lần x 3 lần/ngày. Khi cần thiết thì uống 60-120mg mỗi lần. - Điều chỉnh liều phù hợp với tình trạng bệnh và độ tuổi.
Chống viêm, giảm đau sau khi nhổ răng, do chấn thương hay sau phẫu thuật.	
Hạ sốt, giảm đau trong trường hợp viêm đường hô hấp trên cấp tính (bao gồm viêm đường hô hấp trên cấp tính có kèm viêm phế quản cấp).	Thông thường uống 60mg mỗi khi cần thiết. Điều chỉnh liều phù hợp với tình trạng bệnh và độ tuổi. Tối đa 2 lần/ngày, không quá 180mg/ngày.

### **3. Cách dùng**

Nên uống thuốc trong hoặc ngay sau bữa ăn để hạn chế tác dụng không mong muốn, nên sử dụng thuốc với liều thấp nhất trong thời gian ngắn nhất.

### **4. Chống chỉ định**

- Bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng có hay không liên quan đến NSAIDs: Tác dụng ức chế sinh tổng hợp prostaglandin có thể giảm lưu lượng máu đến dạ dày và làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh.
- Bệnh nhân có rối loạn về máu trầm trọng: Nguy cơ tổn hại chức năng tiêu cầu và làm tình trạng này nghiêm trọng hơn.
- Bệnh nhân bị suy gan nặng: Tổn thương gan được báo cáo là một trong các tác dụng không mong muốn của thuốc, có nguy cơ làm tình trạng này nghiêm trọng hơn.
- Bệnh nhân bị suy thận nặng: Có thể gặp phải những tác dụng không mong muốn như tổn thương thận cấp, hội chứng thận hư.
- Bệnh nhân bị suy tim nặng: Do ức chế tổng hợp prostaglandin tại thận nên dẫn đến phù, tăng thể tích tuần hoàn, có nguy cơ làm bệnh nghiêm trọng hơn do tăng hoạt động của tim.
- Mẫn cảm với loxorofen natri hay bất cứ thành phần nào của thuốc.
- Bệnh nhân bị hen suyễn do aspirin: Khởi phát cơn hen do các thuốc chống viêm không steroid hay có tiền sử hen suyễn do aspirin (có thể làm khởi phát cơn hen do aspirin).
- Phụ nữ mang thai trong 3 tháng cuối thai kỳ (từ tuần thứ 24).
- Trẻ em dưới 15 tuổi.
- Bệnh nhân dùng đồng thời thuốc chống đông đường uống, heparin, lithi, methotrexat.

### **Tài liệu tham khảo**

Tờ hướng dẫn sử dụng Loxorox của Korea Prime Pharm Co., LTD.



## THÔNG TIN THUỐC

## Hướng dẫn sử dụng Daflon® 1000mg



### 1. Hoạt chất

- Diosmin 900mg
- Các flavonoid biểu thị bằng hesperidin 100mg

### 2. Chỉ định

Điều trị triệu chứng thực thể liên quan đến trĩ cấp.

### 3. Liều dùng

3 viên/ngày trong 4 ngày đầu, sau đó 2 viên/ngày trong 3 ngày tiếp theo.

### 4. Cách dùng

Thuốc dùng đường uống.

### 5. Chống chỉ định

Quá mẫn với flavonoid vi hạt tinh chế hoặc với bất cứ thành phần nào của thuốc.

### Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Daflon®1000mg của công ty Les Laboratoires Servier Industrie.



## THÔNG TIN THUỐC

## Hướng dẫn sử dụng Nimotop®



### 1. Hoạt chất

Nimodipin 30mg

### 2. Chỉ định

Dùng sau khi đã truyền Nimotop dạng dung dịch tiêm truyền, để dự phòng hay điều trị thiếu máu cục bộ gây thiếu năng thần kinh do co thắt mạch não, sau xuất huyết dưới màng nhện có nguồn gốc phình mạch.

### 3. Liều dùng

**3.1 Người lớn ( $\geq 18$  tuổi):** Trừ trường hợp được kê đơn cụ thể, nên sử dụng liều dùng theo hướng dẫn sau:

- Quy trình được khuyến nghị dùng Nimotop dạng dung dịch tiêm truyền trong 5-14 ngày, được tiếp theo liều hàng ngày 6 x 2 viên Nimotop dạng bao phim (6 x 60mg nimodipin).
- Đối với những bệnh nhân xuất hiện các phản ứng có hại, nên giảm liều dùng hoặc ngưng điều trị.
- Khi sử dụng đồng thời với các thuốc ức chế hoặc cảm ứng CYP3A4, có thể cần thiết phải điều chỉnh liều (xem mục “Tương tác với các thuốc khác và các dạng tương tác khác”).

### **3.2 Bệnh nhân dưới 18 tuổi**

An toàn và hiệu quả của nimodipin sử dụng cho đối tượng bệnh nhân dưới 18 tuổi chưa được xác định.

### **3.3 Bệnh nhân suy gan**

- Bệnh nhân có vấn đề nghiêm trọng về chức năng gan, đặc biệt là xơ gan có thể làm tăng sinh khả dụng của nimodipin do giảm chuyển hóa bước đầu qua gan cũng như giảm thanh thải chuyển hóa. Tác dụng của thuốc và các tác dụng phụ như giảm huyết áp cũng rõ rệt.

- Trong các trường hợp trên phụ thuộc vào huyết áp, nên giảm liều dùng hoặc nếu cần thiết nên cân nhắc ngưng điều trị với nimodipin.

### **4. Cách dùng**

- Nimotop viên được chỉ định dùng trong khoảng 7 ngày sau khi kết thúc liệu trình 5-14 ngày điều trị bằng Nimotop dạng dung dịch tiêm truyền.

- Nói chung, thuốc nên được nuốt nguyên viên với một ít nước, không phụ thuộc vào bữa ăn. Tránh uống cùng với nước bưởi (xem mục “Tương tác thuốc và các dạng tương tác khác”). Khoảng cách giữa các liều kể không được quá 4 giờ.

### **5. Thời gian sử dụng thuốc**

#### **5.1 Dùng dự phòng**

Sau khi kết thúc điều trị bằng truyền dịch, nên tiếp tục uống Nimotop viên với liều 6 x 60mg Nimotop/ngày với khoảng cách mỗi 4 giờ và uống thêm 7 ngày nữa.

#### **5.2 Dùng trị liệu**

Sau khi truyền tĩnh mạch, nên dùng đường uống 6 x 60mg Nimotop/ngày với khoảng cách mỗi 4 giờ và uống thêm 7 ngày nữa.

### **6. Chống chỉ định**

- Quá mẫn với nimodipin hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.

- Dùng đồng thời nimodipin với rifampicin vì hiệu quả của thuốc viên Nimotop bị giảm đáng kể khi sử dụng đồng thời với rifampicin.

- Dùng đồng thời nimodipin viên nén với các thuốc chống động kinh như phenobarbital, phenytoin hay carbamazepin vì hiệu quả của viên Nimotop bị giảm đáng kể.

### **Tài liệu tham khảo**

Tờ hướng dẫn sử dụng Nimotop<sup>®</sup> của công ty Bayer AG.



## THÔNG TIN THUỐC

## Hướng dẫn sử dụng Savi® Dimin 1000



### 1. Hoạt chất

Diosmin 900mg + Hesperidin 100mg

### 2. Chỉ định

SAVIDIMIN 1000 được dùng để điều trị triệu chứng liên quan đến trĩ cấp.

### 3. Liều dùng

#### 3.1 Người lớn

3 viên/ngày trong 4 ngày đầu, sau đó 2 viên/ngày trong 3 ngày tiếp theo.

#### 3.2 Trẻ em

Độ an toàn và hiệu quả của thuốc dùng cho trẻ em dưới 18 tuổi chưa được chứng minh.

### 4. Cách dùng

Thuốc dùng đường uống, trong bữa ăn.

### 5. Chống chỉ định

Quá mẫn với diosmin, hesperidin hay bất kỳ thành phần nào của thuốc.

### Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Savi®Dimin 1000 của công ty cổ phần dược phẩm Savipharm J.S.C



**CẢNH GIÁC DƯỢC**

## **ANSM: Khuyến cáo tăng cường an toàn khi sử dụng dung dịch tiêm truyền chứa kali clorid**



### **1. Thông tin chung**

- Dung dịch tiêm truyền kali clorid (KCl) được sử dụng trong các cơ sở y tế để cung cấp kali trong các trường hợp hạ kali máu và mất cân bằng điện giải. Dung dịch này **cần pha loãng và truyền tĩnh mạch chậm** (IV).
- Việc sử dụng không đúng cách dịch truyền kali clorid có thể gây ra các biến cố bất lợi nghiêm trọng (SAE), gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân và có thể dẫn đến tử vong. **Cơ quan Quản lý Dược phẩm Pháp (ANSM)** đã có một số biện pháp an toàn nhằm giảm thiểu nguy cơ trên.
- Hiện ANSM vẫn nhận được báo cáo các trường hợp sai sót khi sử dụng dung dịch tiêm truyền kali clorid, phần lớn liên quan đến kỹ thuật chuẩn bị hoặc sử dụng thuốc. **Các sai sót khi thường được báo cáo như: tiêm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch kali clorid, tốc độ truyền quá nhanh và không pha loãng trước khi truyền**. Tất cả các sai sót này đều có thể dẫn đến ngừng tim.

### **2. Một số biện pháp an toàn nhằm giảm thiểu sai sót liên quan khi sử dụng dung dịch tiêm truyền chứa kali clorid**

Nhằm hạn chế những sai sót liên quan đến thuốc, ANSM đã và đang triển khai một số biện pháp nhằm tăng cường thông tin đến nhân viên y tế

và thúc đẩy việc sử dụng hợp lý dung dịch tiêm truyền kali clorid trong các cơ sở y tế. Các biện pháp này bao gồm:

- Năm 2024, bộ tiêu chuẩn sử dụng đúng liều, đúng cách pha chế, tiêm truyền và theo dõi phản ứng trên bệnh nhân cũng như các bước cần tuân thủ để quản lý an toàn khi sử dụng dung dịch tiêm truyền kali clorid sẽ được gửi đến các cơ sở y tế.
- Tài liệu đào tạo dành cho nhân viên y tế với các thông tin quan trọng liên quan và hướng dẫn báo cáo sai sót khi sử dụng thuốc đã được đưa ra từ năm 2017 đến năm 2020.
- Từ cuối năm 2022, poster hướng dẫn sử dụng dung dịch tiêm truyền kali clorid đã được thiết kế dành cho nhân viên y tế. Poster này đã được phát đến cơ sở y tế hoặc các đơn vị kinh doanh dung dịch tiêm truyền này.

## KALI CLORID

### PHA LOÃNG CHO TIÊM TRUYỀN

**NGUY HIỂM TÍNH MẠNG:**  
**LUÔN PHA LOÃNG TRÁNH NGUY CƠ TỬ VONG DO NGỪNG TIM**

**ĐƠN THUỐC:**  
**TUÂN THỦ CÁC QUY TẮC**

- ◆ Ưu tiên đường uống cho điều trị hạ Kali máu từ nhẹ đến trung bình
- ◆ Chỉ dùng đường truyền tĩnh mạch cho các trường hợp hạ kali máu nặng ( $K^+ < 3 \text{ mmol/L}$ ) hoặc trong trường hợp không thể dùng đường uống
- ◆ Tính tổng lượng KCl đưa vào và kiểm tra các thuốc tăng làm kali máu (không khuyến khích kết hợp)

**Thông tin đề cập trên đơn thuốc:**

- ◆ Liều dùng theo số lượng: người lớn tính theo gam, trẻ em tính theo mmol/kg/ngày
- ◆ Tổng thể tích dịch pha loãng: NaCl 0,9% hoặc Glucose 5% (G5%) không quá 1g KCl / 250 mL hoặc 13,4 mmol KCl / 250 ml
- ◆ Tốc độ truyền: KHÔNG VƯỢT QUÁ 1g KCl/h hoặc 13,4 mmol K<sup>+</sup>/h
- ◆ Đường dùng và cách dùng: LUÔN truyền IV chậm

**CHUẨN BỊ:**  
**DUNG DỊCH PHA LOÃNG CÓ HỆ THỐNG**

- ◆ Đọc tất cả thông tin trên nhãn
- ◆ Thực hiện mà không để gián đoạn.
- ◆ **LUÔN LUÔN** pha loãng dung dịch không quá 1g KCl / 250 ml hoặc 13,4 mmol KCl / 250 ml
- ◆ **Nồng độ tối đa cuối cùng: 4g KCl/L hoặc 53,6mmol KC/L**
- ◆ Ghi nhãn chế phẩm: liều lượng + tổng thể tích
- ◆ Thực hiện việc kiểm soát kép khâu chuẩn bị và dán nhãn nếu có thể

**SỬ DỤNG THUỐC PHA LOÃNG:**  
**CHỈ TRUYỀN IV CHẬM**

- ◆ KHÔNG dùng đường IV trực tiếp, cá SC và IM
- ◆ Kiểm tra tính tương thích giữa đơn thuốc, thuốc và bệnh nhân trước khi dùng
- ◆ Chỉ truyền thuốc đã pha loãng: truyền chậm 1 g/h
- ◆ THEO DÕI thường xuyên các chỉ số lâm sàng và chỉ số sinh hoá + giám sát tim mạch nếu cần

**LƯU TRỮ CHUYÊN DỤNG VÀ RIÊNG BIỆT**

- ◆ Bảo quản ống KCl ở nơi chuyên dụng và giữ khoảng cách với các chất điện giải khác
- ◆ Dán nhãn cảnh báo riêng biệt
- ◆ Hạn chế dự trữ tùy thuốc theo nhu cầu của cơ sở

**HỖ TRỢ TRONG CHUẨN BỊ VÀ SỬ DỤNG**  
 Lưu ý: thích hợp cho trẻ em, bệnh nhân hồi sức tích cực, trường hợp suy giảm thể tích dịch, bệnh nhân suy thận.

	1g	2g	3g	4g
Lượng Kali (K <sup>+</sup> )	13,4 mmol	26,8 mmol	40,2 mmol	53,6 mmol
Thể tích tối thiểu sau pha loãng trong NaCl 0,9% hoặc G5%	250 mL	500 mL	1000 mL	1000 mL
Thời gian truyền tối thiểu	1 h	2 h	3 h	4 h

**CẢNH GIÁC DƯỢC - TRUNG TÂM DI&ADR QUỐC GIA**

## Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2506/ANSM-khuyen-cao-tang-cuong-an-toan-khi-su-dung-kali-clorid.htm>



**CẢNH GIÁC DƯỢC**

## **ANSM: Khuyến cáo về sử dụng kháng sinh hợp lý**



### **I. Đặt vấn đề**

- Kháng kháng sinh đã tồn tại nhiều năm nay và đang gia tăng đáng báo động trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới đã cảnh báo tình trạng kháng kháng sinh với cái tên “đại dịch thầm lặng”.
- Sự mất hiệu quả của kháng sinh có thể đưa việc điều trị vào ngõ cụt, tức là không còn loại kháng sinh nào có tác dụng trong điều trị nhiễm khuẩn. Nhiều đơn thuốc kháng sinh được kê không cần thiết hoặc không phù hợp. Trong bối cảnh khan hiếm về cung ứng thuốc, việc không sử dụng kháng sinh một cách hợp lý càng trở nên khó khăn hơn.
- Do đó, điều cần thiết là cần tăng cường các hành động nhằm giảm mức tiêu thụ quá mức này, điều này sẽ hạn chế các bài toán thiếu hụt, đặc biệt là trong các đợt dịch mùa đông và tránh sự phát triển của vi khuẩn kháng thuốc. Trong bối cảnh này, việc kê đơn đúng cách và sử dụng kháng sinh hợp lý sẽ tạo thành mối quan hệ hợp tác cùng có lợi thực sự vì lợi ích sức khỏe cộng đồng.

## **II. Duy trì tính hiệu quả của kháng sinh bằng cách cải thiện việc sử dụng hợp lý: ưu tiên hàng đầu trong y tế công cộng**

- Kháng sinh là loại vũ khí quan trọng trong trị liệu, đã cứu sống nhiều sinh mạng trong nhiều năm nay. Nhóm thuốc này được sử dụng trong điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn, và không có tác dụng với virus và nấm.

- Việc sử dụng kháng sinh tạo ra áp lực chọn lọc với các chủng vi khuẩn dẫn tới sự xuất hiện vi khuẩn kháng thuốc: trên thực tế, vi khuẩn khi tiếp xúc với kháng sinh sẽ phát triển cơ chế phòng vệ của nó, làm giảm bớt hoặc loại bỏ tác dụng của kháng sinh chống lại chúng.

- Sự xuất hiện của vi khuẩn kháng kháng sinh đang tiếp tục phát triển. Hiện tượng kháng kháng sinh này dẫn tới khó khăn trong việc điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn mà có thể kéo dài lâu hơn, gây ra nhiều biến chứng hơn, hoặc ngày càng đưa việc điều trị vào ngõ cụt.

- Bất kỳ liệu kháng sinh nào cũng góp phần dẫn tới kháng thuốc. Tuy nhiên, việc lạm dụng và sử dụng không phù hợp kháng sinh là nguyên nhân chính góp phần phát triển và lan rộng vi khuẩn kháng kháng sinh.

+ Lạm dụng: tỷ lệ tiêu thụ kháng sinh quá cao do nhiều trường hợp kê đơn không cần thiết, ví dụ như nhiễm virus.

+ Sử dụng không hợp lý: đặc biệt là sử dụng kháng sinh “dễ gây kháng thuốc”, phổ kháng khuẩn rộng, trong trường hợp không cần thiết hoặc với thời gian sử dụng quá mức.

- Duy trì tính hiệu quả của kháng sinh bằng cách cải thiện việc sử dụng và tránh lạm dụng chúng là ưu tiên hàng đầu cũng như vấn đề lớn của y tế công đồng cho thế hệ hiện tại và tương lai. Điều này càng quan trọng hơn vì tiềm năng ra đời kháng sinh mới bị hạn chế do lợi nhuận thấp dẫn tới thử thách trong nghiên cứu nhóm thuốc này.

## **III. Khuyến cáo về sử dụng kháng sinh hợp lý**

**1. Nguyên tắc chung: phòng ngừa tốt hơn, kê đơn tốt hơn, phổ cập thông tin tốt hơn**

Các chuyên gia y tế là những người đi đầu thực hiện chiến lược sử dụng kháng sinh hợp lý. Để duy trì tính hiệu quả của kháng sinh càng lâu càng tốt, việc sử dụng kháng sinh cần được giảm thiểu và định hướng tốt hơn, kèm theo thông tin phù hợp đến tất cả các bên liên quan.

## **2. Phòng ngừa nhiễm khuẩn tốt hơn và hạn chế lây truyền**

- Tuân thủ các hoạt động phòng ngừa (vệ sinh tay, đeo khẩu trang...)
- Nhắc nhở về lợi ích của việc tiêm chủng: trẻ em cũng như người lớn có thể được bảo vệ khỏi nhiều bệnh nhiễm trùng do virus (virus cúm, Covid-19...) và do vi khuẩn (phế cầu khuẩn...) bằng cách tiêm phòng. Vì vậy, vaccine góp phần hạn chế sử dụng kháng sinh.

## **3. Kê đơn thuốc kháng sinh phù hợp hơn**

- Tôn trọng các trường hợp không khuyến khích kê đơn kháng sinh, đặc biệt trong các trường hợp được cho là nhiễm virus.
- Kê thuốc kháng sinh thích hợp nhất (ưu tiên kháng sinh phổ hẹp) với liều lượng và thời gian điều trị phù hợp.

## **4. Phổ cập thông tin tốt hơn cho bệnh nhân, phụ huynh và những người xung quanh họ, đặc biệt là:**

- Về diễn biến tự nhiên của bệnh, vấn đề kháng kháng sinh.
- Về loại kháng sinh được kê đơn, và tầm quan trọng của việc tuân thủ sử dụng nó đúng cách (liều lượng, thời gian dùng).
- Về lý do không kê kháng sinh cho trường hợp nhiễm virus và lợi ích của các biện pháp làm giảm triệu chứng.
- Về tính cần thiết của việc không tự thực hành kê đơn thuốc kháng sinh.

## **5. Những hành động cụ thể được kỳ vọng bởi các chuyên gia y tế: bác sĩ, nha sĩ, dược sĩ**

### ***5.1 Không kê thuốc kháng sinh trong các tình huống lâm sàng không cần thiết như:***

- Viêm tai giữa sung huyết, viêm tai giữa thanh dịch và viêm tai giữa chưa được chẩn đoán chắc chắn;

- Viêm mũi họng, viêm thanh quản;
- Viêm amidan cấp tính:
  - + Ở người lớn hoặc trẻ em trên 3 tuổi, nếu không có xét nghiệm dịch hầu họng chẩn đoán nhanh đối với viêm amidan do liên cầu tan huyết beta nhóm A hoặc nếu xét nghiệm âm tính.
  - + Ở trẻ em dưới 3 tuổi.
- Viêm tiểu phế quản, viêm phế quản cấp tính;
- Cúm và Covid-19;
- Sốt không rõ nguyên nhân;
- Trong phẫu thuật răng miệng (ở đối tượng khoẻ mạnh): áp-xe nha chu; viêm ổ răng khô; nhổ răng bằng thủ thuật cắt bỏ xương ổ răng; bệnh lý tuỷ (viêm tuỷ hồi phục hoặc không hồi phục).

***5.2 Nếu nghi ngờ, không kê thuốc kháng sinh và đánh giá lại nhu cầu điều trị trong vòng 48 giờ nếu tình huống lâm sàng của bệnh nhân cho phép. Thời gian điều trị bằng kháng sinh đường uống thường ngắn và phù hợp với hầu hết các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp:***

- 5 ngày đối với nhiễm khuẩn tai ở trẻ em từ 2 tuổi trở lên và đối với bất kỳ độ tuổi nào trong trường hợp thiếu amoxicillin.
- 5 ngày đối với bệnh nhân viêm phổi.
- 6 ngày điều trị bằng amoxicillin đối với viêm amidan do vi khuẩn.
- 7 ngày đối với nhiễm khuẩn răng miệng (đối với một số kháng sinh nhạy cảm).

***5.3 Sử dụng các test nhanh giúp ngăn ngừa việc điều trị bằng kháng sinh một cách không cần thiết.***

- Ví dụ, với bệnh nhân đau họng cấp, test nhanh liên cầu nhóm A là một công cụ thiết yếu để chẩn đoán nguyên nhân đau họng là do virus hay vi khuẩn. Khoảng 80% trường hợp viêm amidan là do virus và không cần điều trị bằng kháng sinh. Trong trường hợp test nhanh dương tính, bệnh nhân cần được điều trị bằng kháng sinh.

- Nguyên tắc kê đơn: Bác sĩ có thể chỉ định kháng sinh trong trường hợp nghi ngờ đau họng do liên cầu khuẩn nhóm A và đơn thuốc này cũng có hiệu lực trong cấp phát thuốc khi bệnh nhân có kết quả test nhanh liên cầu khuẩn nhóm A dương tính. Trong tất cả các tình huống, kết quả test nhanh giúp tránh việc cấp phát kháng sinh không cần thiết.

#### **IV. Khuyến cáo dành cho bệnh nhân và người chăm sóc**

##### **1. Các nguyên tắc sử dụng kháng sinh hợp lý**

- Kháng sinh không có hiệu quả chống lại các bệnh nhiễm trùng do virus, bao gồm viêm tiểu phế quản, cúm, COVID-19, viêm mũi họng, phần lớn các trường hợp viêm amidan và viêm tai. Do đó, kháng sinh không có tác dụng làm giảm triệu chứng của các bệnh nhiễm trùng này.

- Trong trường hợp nhiễm virus, thay vì kê đơn kháng sinh, bác sĩ sẽ chỉ định các thuốc không kê đơn. Không điều trị theo đơn thuốc của người khác. Kháng sinh phải được kê đơn cụ thể cho từng loại nhiễm khuẩn và phù hợp với từng bệnh nhân.

##### **2. Nếu gặp khó khăn trong cấp phát kháng sinh theo đơn thuốc, dược sĩ có thể:**

- Liên hệ với bác sĩ để thay thế bằng một kháng sinh khác có hiệu quả tương đương hoặc dạng bào chế khác phù hợp. Trong trường hợp không có sẵn amoxicillin dạng hỗn dịch uống, cấp phát một chế phẩm pha chế theo đơn có chứa amoxicillin dành cho trẻ em.

- Kháng sinh không có tác dụng ngay lập tức, hiệu quả thường sau 48 hoặc 72 giờ. Do đó, cần tuân thủ điều trị theo đơn thuốc và không dừng thuốc sớm. Việc điều trị bằng kháng sinh phải được tiếp tục đến hết thời gian được chỉ định trong đơn thuốc với đúng liều được chỉ định ngay cả khi các triệu chứng đã được cải thiện.

##### **Tài liệu tham khảo**

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2505/ANSM-khuyen-cao-ve-su-dung-khang-sinh-hop-ly.htm>



## CẢNH GIÁC DƯỢC

## Các thuốc tác dụng bất lợi trên bệnh nhân suy tim



- Thông thường, một bệnh nhân suy tim có thể cần dùng tới 6 loại thuốc để điều trị bệnh; thêm vào đó, bệnh nhân còn có thể có các bệnh mắc kèm khác cần dùng thuốc đồng thời.

- Những bệnh mắc kèm phổ biến ở bệnh nhân suy tim bao gồm: tăng huyết áp, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, tăng lipid máu, đái tháo đường, bệnh thận mạn và rung nhĩ (25%). Vì vậy, bệnh nhân không chỉ cần điều trị suy tim mà còn cần lưu ý đến các thuốc có nguy cơ làm trầm trọng thêm bệnh lý chính này. Các thuốc bất lợi cho bệnh nhân suy tim hoạt động thông qua một số cơ chế như gây tăng co bóp, giữ natri hoặc nước, gây độc trực tiếp cho cơ tim hoặc làm tăng nguy cơ tử vong do rối loạn nhịp tim.

### **1. Thuốc tăng co bóp cơ tim**

- Các thuốc tăng co bóp cơ tim như thuốc chẹn kênh calci nhóm non-dihydropyridin (diltiazem, verapamil) là những thuốc có tác dụng giãn mạch mạnh và giảm hậu gánh. Theo thời gian, sự giãn mạch sẽ dẫn đến kích hoạt hệ thống renin-angiotensin-aldosterone, từ đó kích hoạt con đường này làm tăng quá trình tái cấu trúc tâm thất trái. Các thuốc này cũng làm ức chế cơ

tim, làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn chức năng cơ tim đã có từ trước.

- Đã có ghi nhận về sự tăng nặng triệu chứng, có thể dẫn đến cần nhập viện khi sử dụng các thuốc này ở những bệnh nhân có phân suất tống máu <50%. Do đó hướng dẫn điều trị suy tim của Trường môn Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC)/ Hội Tim mạch học Hoa Kỳ (AHA)/ Phân hội Suy tim Hoa Kỳ (HFSA) năm 2022 không khuyến cáo dùng thuốc chẹn kênh calci nhóm non-dihydropyridin ở những bệnh nhân có phân suất tống máu giảm. Đây là yếu tố cần cân nhắc khi điều trị cho bệnh nhân có nhiều bệnh mắc kèm. Ở những bệnh nhân bị rung nhĩ, nên cân nhắc điều trị bằng thuốc chẹn beta hoặc sử dụng các liệu pháp chống loạn nhịp tim. Với bệnh nhân tăng huyết áp không kiểm soát, có thể sử dụng thuốc chẹn kênh calci nhóm dihydropyridin như amlodipin.

## **2. Thuốc chống loạn nhịp**

- Thuốc chống loạn nhịp nhóm I và một số thuốc nhóm III cũng có tác dụng giống như thuốc tăng co bóp cơ tim và không được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim.

- Thuốc chống loạn nhịp nhóm I là các thuốc chẹn kênh natri như flecainid và disopyramid. Những loại thuốc này liên kết nhanh với kênh natri và kéo dài quá trình khử cực, từ đó làm chậm quá trình dẫn truyền. Một phân tích post-hoc về phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ cho thấy, nhóm bệnh nhân suy tim đang được điều trị bằng thuốc chống loạn nhịp nhóm I có nguy cơ tử vong do tim cao hơn nhóm không được điều trị bằng các thuốc này. Ba phân nhóm trong nhóm I có sự khác nhau về tác dụng kéo dài quá trình khử cực, trong đó phân nhóm Ic có tác dụng mạnh nhất và phân nhóm Ib có tác dụng yếu nhất. Tất cả các thuốc nhóm I đều không được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim. Nên cân nhắc điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp, thuốc chẹn beta khác hoặc phẫu thuật cấy ghép máy khử rung tự động (ICD).

- Thuốc chống loạn nhịp nhóm III như sotalol có tác dụng chẹn kênh kali và làm chậm quá trình tái cực. Nhóm thuốc này được cho là làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn chức năng tim thông qua các cơ chế tăng co bóp và thúc đẩy rối loạn nhịp tim. Trong các nghiên cứu với sotalol, tỷ lệ bệnh nhân mắc suy tim mới hoặc nặng hơn trong 1 năm là 3% ở những bệnh nhân không có tiền sử suy tim trước đó và 10% ở những bệnh nhân có tiền sử suy tim. Mặc dù không có chống chỉ định, nhưng việc sử dụng sotalol đầu tay để điều trị rối loạn nhịp thất không được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị của ACC/AHA/HFSA. Ngoài ra, mặc dù amiodaron là thuốc nhóm III, thuốc này có thể là thuốc thay thế do nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim mức độ trung bình.

### **3. Thuốc chống viêm không steroid (NSAID)**

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) được sử dụng phổ biến do đặc tính chống viêm và giảm đau. Thông qua cơ chế gây ức chế prostaglandin, NSAID gây co các tiểu động mạch đến ở thận, dẫn đến tăng giữ natri và nước. NSAID cũng có thể làm giảm đáp ứng với thuốc lợi tiểu. Trong một nghiên cứu thuần tập trên bệnh nhân được kiểm soát tốt bằng thuốc lợi tiểu, sử dụng đồng thời NSAID và thuốc lợi tiểu làm tăng gấp đôi nguy cơ nhập viện do suy tim.

- Điều này thường xảy ra trong vòng 30 ngày đầu tiên sử dụng NSAID. Ngoại trừ aspirin liều thấp để bảo vệ tim mạch và não, nên tránh dùng cả NSAID tác dụng không chọn lọc và chọn lọc ở bệnh nhân suy tim. Nếu sử dụng, bệnh nhân nên được tư vấn để theo dõi sự thay đổi cân nặng, phù hoặc khó thở.

### **4. Thuốc điều trị đái tháo đường**

- Các thuốc ức chế dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4), đặc biệt là saxagliptin và alogliptin, đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ nhập viện do suy tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp II và có nguy cơ tim mạch cao. Cơ chế này hiện nay vẫn chưa được biết rõ, do đó, FDA đã yêu cầu bổ sung cảnh báo

vào hướng dẫn sử dụng của các thuốc này. Vì vậy, nên tránh dùng các thuốc trên ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm. Tuy nhiên, sitagliptin và linagliptin không cho thấy tác dụng bất lợi tương tự. Nếu cần dùng thuốc ức chế DPP-4, khuyến cáo sử dụng một trong hai loại thuốc này.

### **5. Cilostazol**

- Cilostazol là một thuốc có tác dụng chống kết tập tiểu cầu và giãn mạch, được chỉ định ở những bệnh nhân bị đau cách hồi (tình trạng thiếu cung cấp máu tới cơ chân gây đau và ảnh hưởng tới khả năng đi lại). Mặc dù không được nghiên cứu trực tiếp trên bệnh nhân suy tim, nhưng cilostazol được cho là làm tăng nguy cơ rối loạn nhịp tim gây tử vong thông qua ức chế chọn lọc phosphodiesterase tuýp III.

- Ngoài ra, cilostazol làm tăng nhịp tim từ 5 đến 7 nhịp/phút và gây tăng tỷ lệ ngoại tâm thu thất và nhịp nhanh thất không bền vững. Do có thể gây tử vong, cilostazol có chống chỉ định trên tất cả bệnh nhân suy tim. Nếu cần dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu để kiểm soát tình trạng đau cách hồi, cân nhắc thay thế bằng pentoxifyllin.

### **6. Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNFi)**

- Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u như infliximab, adalimumab là những thuốc thường được sử dụng để điều trị các bệnh tự miễn. Infliximab đã được thử nghiệm trong điều trị suy tim trung bình đến nặng; tuy nhiên, đã có ghi nhận về việc thuốc này thất bại trong cải thiện tình trạng lâm sàng cùng với sự gia tăng tỷ lệ tử vong và nhập viện do suy tim. Ngoài ra, mối liên quan giữa việc sử dụng infliximab với suy tim mới khởi phát hoặc tình trạng suy tim nặng hơn đã được xác định trong dữ liệu giám sát hậu mại đối với các chỉ định đã được phê duyệt.

- Trong số các thuốc ức chế TNF, chỉ có etanercept là không có thông tin cụ thể về nguy cơ làm trầm trọng hơn tình trạng suy tim. Khi sử dụng thuốc này trên bệnh nhân suy tim, dược sĩ cần theo dõi chặt chẽ các triệu chứng mới hoặc trầm trọng hơn của suy tim. Ngoài ra, chống chỉ định sử dụng

infiximab mức liều lớn hơn 5 mg/kg ở bệnh nhân suy tim trung bình đến nặng.

## **7. Thuốc điều trị ung thư**

- Một loạt các thuốc điều trị ung thư đã được biết đến là gây độc trực tiếp cho cơ tim. Độc tính này có thể được phân loại thành tít 1 (tổn thương có hồi phục) hoặc tít 2 (tổn thương không hồi phục).

- Tổn thương tít 1 thường được ghi nhận phổ biến nhất ở các dẫn chất anthracyclin (doxorubicin), các chất alkyl hoá (cyclophosphamid) và chất ức chế chuyển hóa đặc hiệu cho chu kỳ tế bào (fluorouracil). Tổn thương tít 2 thường được ghi nhận với một số thuốc kháng thể đơn dòng (ví dụ trastuzumab, bevacizumab).

- Độc tính trên tim do dẫn chất anthracyclin có thể xảy ra sớm ngay khi bắt đầu điều trị và thậm chí kéo dài đến vài năm sau khi kết thúc điều trị. Dẫn chất anthracyclin gây độc cho cơ tim thông qua cơ chế tạo ra các gốc tự do dẫn đến stress oxy hóa. Ngoài ra, các thuốc này có thể gây ảnh hưởng đến hệ chuyển hoá sắt của tim, góp phần gây ra tổn thương oxy hoá. Nguy cơ bệnh cơ tim do thuốc phụ thuộc vào liều tích lũy.

- Như vậy, giới hạn mức liều cụ thể cho mỗi bệnh nhân trong suốt cuộc đời nên được áp dụng cho mỗi thuốc nhóm anthracyclin. Dược sĩ cần biết giới hạn này và lập biểu đồ liều tích lũy, kèm theo khuyến cáo theo dõi thích hợp cho mỗi bệnh nhân (siêu âm tim). Ngoài ra, bệnh nhân dùng thuốc gây độc tính trên tim tít 1 và tít 2 ở trên nên được theo dõi chức năng tim (siêu âm tim) lúc bắt đầu điều trị, 3 tháng một lần trong quá trình điều trị và 12 và 18 tháng sau khi bắt đầu điều trị.

## **Kết luận**

- Bệnh nhân suy tim thường có nhiều bệnh mắc kèm, do vậy các nhân viên y tế cần nhận thức được các thuốc có thể gây bất lợi cho bệnh nhân. Tổng quan này đã tổng kết lại nhiều cơ chế, thuốc thay thế và các chỉ số cần theo dõi trên các bệnh nhân suy tim cần sử dụng đồng thời nhiều thuốc.

- Việc lựa chọn thuốc phù hợp, cùng với xác định và phòng ngừa các tác dụng không mong muốn của thuốc có thể cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ xảy ra đợt cấp hoặc tái nhập viện trên bệnh nhân suy tim.

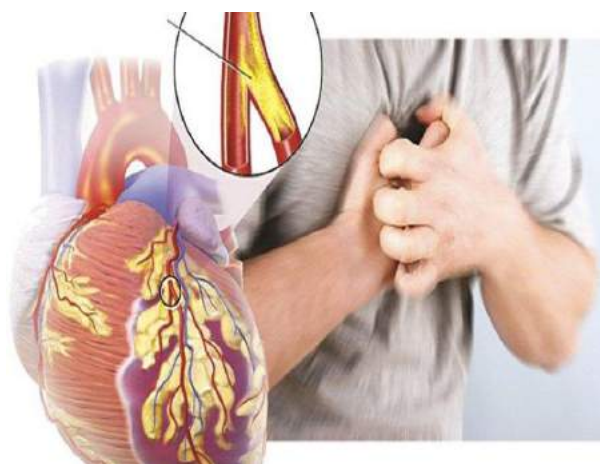
**Tài liệu tham khảo**

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2499/Cac-thuoc-tac-dung-bat-loi-tren-benh-nhan-suy-tim.htm>



## ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

## Điều trị không dùng thuốc trong hội chứng mạch vành mạn



Thực hiện các hành vi lối sống lành mạnh (bao gồm ngừng hút thuốc, hoạt động thể chất theo khuyến cáo, chế độ ăn uống lành mạnh, và duy trì cân nặng hợp lý) làm giảm nguy cơ tử vong và các biến cố tim mạch, đồng thời giúp dự phòng thứ phát các biến cố tim mạch. Các bằng chứng cho thấy các lợi ích này xuất hiện sau khoảng 6 tháng từ khi có biến cố.

### 1. Ngừng hút thuốc

Sử dụng chiến lược thay đổi hành vi và sử dụng thuốc để giúp người bệnh bỏ thuốc. Tránh hút thuốc thụ động.



## 2. Chế độ ăn uống lành mạnh

Chế độ ăn nhiều rau xanh, trái cây và các loại ngũ cốc.

Hạn chế chất béo bão hòa ở mức  $< 10\%$  tổng lượng ăn vào.



Hạn chế đồ uống có cồn  $< 100\text{g}$ /tuần hoặc  $15\text{g}$ /ngày.



## 3. Hoạt động thể chất

Hàng ngày, hoạt động thể chất ở mức trung bình trong 30-60 phút, nhưng dù không đều đặn thì vẫn có lợi.



#### 4. Cân nặng khỏe mạnh tối ưu

Đạt và duy trì cân nặng tối ưu ( $BMI < 25 \text{ kg/m}^2$ ) hoặc giảm cân bằng cách giảm lượng ăn vào theo khuyến cáo và hoạt động thể chất



#### 5. Khác

Uống thuốc theo đúng đơn.

Sinh hoạt tình dục có nguy cơ thấp đối với người bệnh ổn định, không có triệu chứng khi hoạt động ở mức độ thấp-trung bình.



#### Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2023, Quyết định số 2248/QĐ-BYT ngày 19 tháng 5 năm 2023 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành mạn”

**TIỂU BAN**  
**GIÁM SÁT THÔNG TIN THUỐC**