



BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG



BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC QUÝ III

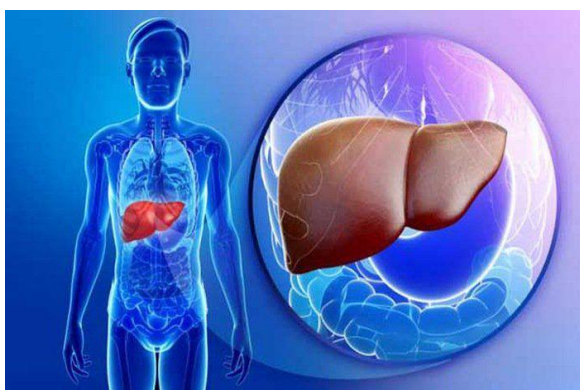
NĂM 2024

| NỘI DUNG | | TRANG |
|---|--|--------------|
|  HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ | Sử dụng thuốc trong điều trị viêm gan vi rút C cấp | 1 |
| | Điều trị suy tim ở bệnh nhân thận mạn | 5 |
|  THÔNG TIN THUỐC | Hướng dẫn sử dụng Zokicetam® 500 | 9 |
| | Hướng dẫn sử dụng Dexibuprofen-5A Farma 400mg | 12 |
| | Hướng dẫn sử dụng Kauskas-50 | 15 |
| | Hướng dẫn sử dụng Vinocyclin 100 | 22 |
| | Hướng dẫn sử dụng Sucramed | 24 |
|  CẢNH GIÁC DƯỢC | FDA yêu cầu cập nhật thông tin sản phẩm của thuốc tiêm chứa promethazin hydroclorid | 26 |
| | Medsafe: Tương tác giữa thuốc và thức ăn | 28 |
| | TGA: Nguy cơ hiểm gặp tử vong do bệnh tim mạch khi sử dụng azithromycin | 31 |
|  ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC | Chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) giai đoạn cuối đời | 34 |



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Sử dụng thuốc trong điều trị viêm gan vi rút C cấp



I. Đại cương

Bệnh viêm gan vi rút C là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan C (Hepatitis C Virus: HCV) gây ra. HCV có cấu trúc di truyền là sợi đơn RNA, thuộc họ *Flaviviridae*. HCV có 6 kiểu gen: 1, 2, 3, 4, 5, 6. Mỗi kiểu gen lại chia thành nhiều dưới nhóm khác nhau. Ở Việt Nam, kiểu gen thường gặp nhất là 1 và 6. Các kiểu gen 2 và 3 ít gặp hơn. HCV chủ yếu lây qua đường máu, ngoài ra còn lây qua đường tình dục, mẹ truyền sang con.

Thuốc kháng vi-rút tác dụng trực tiếp (DAA) có thể chữa khỏi hơn 95% số người bị nhiễm viêm gan C, nhưng khả năng tiếp cận chẩn đoán và điều trị còn thấp. Hiện chưa có vắc-xin hiệu quả chống lại vi rút viêm gan C.

II. Chẩn đoán viêm gan vi rút C

1. Triệu chứng

1.1 Lâm sàng

Phần lớn không có triệu chứng lâm sàng cho đến khi có biểu hiện xơ gan hoặc ung thư gan. Đôi khi có mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, đau nhẹ hạ sườn phải, rối loạn tiêu hóa, đau cơ,...

Có thể có các biểu hiện ngoài gan như: đau khớp, viêm khớp, viêm da, tóc dễ gãy rụng, cryoglobulinemia (globulin bất thường trong máu), đau cơ, bệnh cơ tim, viêm cầu thận tăng sinh màng,...

1.2 Cận lâm sàng

1.2.1 Kháng thể kháng HCV (anti-HCV)

Anti-HCV là xét nghiệm ban đầu để phát hiện tình trạng nhiễm HCV.

Anti-HCV xuất hiện trong máu của người nhiễm HCV **sau 8 - 12 tuần** kể từ khi phơi nhiễm. Kháng thể anti-HCV tồn tại suốt đời. Vì vậy một người có anti-HCV dương tính có thể đang nhiễm vi rút viêm gan C hoặc đã từng nhiễm vi rút viêm gan C nhưng đã tự khỏi hoặc đã khỏi bệnh do được điều trị.

Trong trường hợp viêm gan vi rút C cấp ở giai đoạn sớm anti-HCV có thể âm tính nhưng HCV RNA dương tính.

Một số trường hợp nhiễm HCV ở người suy giảm miễn dịch nặng như người nhiễm HIV, người chạy thận nhân tạo, người điều trị các thuốc ức chế miễn dịch có thể có anti-HCV âm tính vì thế nên được làm xét nghiệm HCV RNA để khẳng định nhiễm HCV khi có các biểu hiện của bệnh gan (AST/ALT tăng, ...).

Đối với người bệnh lọc máu chu kỳ có anti-HCV dương tính thì xét nghiệm HCV RNA định kỳ 6 tháng/lần nếu trước đó xét nghiệm HCV RNA âm tính.

1.2.2 Kháng nguyên của HCV (HCVcAg, HCV RNA)

HCV RNA định tính dương tính hoặc định lượng HCV RNA trên ngưỡng phát hiện: khẳng định nhiễm HCV.

HCV core antigen - kháng nguyên lõi của HCV: xuất hiện trong máu của người bệnh sau 2 tuần nhiễm HCV. Trong trường hợp không làm được HCV RNA, HCVcAg (HCV core Antigen) dương tính được coi là tiêu chuẩn xác định hiện nhiễm HCV.

Test đôi HCVcAg kết hợp anti-HCV (xét nghiệm kết hợp giữa kháng nguyên và kháng thể): giúp phát hiện và khẳng định nhiễm HCV sớm trong vòng 2 tuần sau phơi nhiễm. Trường hợp nghi ngờ có thể xét nghiệm khẳng định lại bằng HCV RNA.

1.2.3 Các xét nghiệm đánh giá giai đoạn bệnh

Xơ hóa gan: tình trạng xơ hoá gan được đánh giá bằng các phương pháp không xâm lấn như chỉ điểm sinh hóa (APR1, FIB-4, FibroTest ...) hay siêu âm đàn hồi (FibroScan, ARFI...). (Phụ lục 1).

Xét nghiệm sinh hóa gan như ALT, AST có thể bình thường hoặc tăng; số lượng tiểu cầu, thời gian prothrombin, INR, albumin, bilirubin bình thường hoặc bất thường phụ thuộc vào tình trạng nặng của viêm gan hoặc xơ gan.

Trường hợp có biến chứng ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular Carcinoma: HCC): AFP, AFP-L3, PIVKA-II có thể tăng; siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ vùng bụng có hình ảnh khối u gan.

2. Chẩn đoán xác định

Thời gian nhiễm HCV dưới 6 tháng: có chuyển đảo huyết thanh từ anti-HCV âm tính sang anti-HCV dương tính.

Có tiền sử phơi nhiễm với nguồn bệnh.

Không có biểu hiện lâm sàng hoặc có biểu hiện của viêm gan cấp: mệt, vàng mắt, vàng da,...

AST, ALT thường tăng.

HCV RNA và/hoặc HCV core Ag: dương tính sau 2 tuần phơi nhiễm.

Anti-HCV có thể âm tính trong vài tuần đầu, xét nghiệm này thường dương tính sau 8 - 12 tuần phơi nhiễm.

Chẩn đoán nhiễm HCV cấp khi (1) có chuyển đảo anti-HCV từ âm tính sang dương tính hoặc (2) anti-HCV âm tính nhưng kháng nguyên HCV (HCV RNA, HCVcAg) dương tính ở người bình thường.

III. Điều trị viêm gan vi rút C cấp

Khoảng 25% bệnh nhân viêm gan cấp có thể tự khỏi trong vòng 6 tháng.

- ❖ Điều trị hỗ trợ: nghỉ ngơi và điều trị triệu chứng.
- ❖ Điều trị đặc hiệu:

+ Điều trị sofosbuvir/velpatasvir hoặc glecaprevir/pibrentasvir trong thời gian 8 tuần nếu cần thiết.

+ Xét nghiệm tải lượng HCV RNA ở tuần thứ 12 sau khi hoàn thành điều trị (SVR12) hoặc xét nghiệm trong khoảng thời gian tuần thứ 12 đến tuần thứ 24 nếu không làm được SVR 12 để đánh giá khả năng khỏi bệnh.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2024, quyết định số 2855/QĐ-BYT ngày 25 tháng 09 năm 2024 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C.



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Điều trị suy tim ở bệnh nhân thận mạn



I. Đại cương

Suy tim và bệnh thận mạn có mối quan hệ mật thiết và nhân quả, làm tăng nguy cơ nhập viện, tỉ lệ cần chăm sóc đặc biệt, điều trị thay thế và tỉ lệ tử vong. Yếu tố nguy cơ của suy tim ở bệnh thận mạn là:

- Tăng HA kéo dài và kiểm soát HA tồi.
- Chế độ ăn quá tải muối và nước.
- Phì đại và xơ hóa thất trái.
- Nôi thông động tĩnh mạch.
- Bệnh động mạch vành.
- Thiếu máu không kiểm soát tốt.

II. Chẩn đoán

1. Các bước chẩn đoán

Chẩn đoán bằng siêu âm tim, đánh giá chức năng tâm thu bằng thang điểm của Hiệp hội siêu âm tim Hoa Kỳ từ 1 đến 4.

Các marker sinh học BNP hoặc NT-proBNP: có giá trị dự báo âm tính nhiều hơn là chẩn đoán xác định, do khó phân giải kết quả ở người mắc bệnh thận mạn.

Các thăm dò xâm lấn: thường dùng để chẩn đoán phân biệt suy tim với các tình trạng bệnh khác.

2. Phân loại

Suy tim có phân suất tống máu bảo tồn ($EF \geq 50\%$).

Suy tim có phân suất tống máu giảm nhẹ (EF từ 41 – 49%).

Suy tim có phân suất tống máu giảm ($EF < 40\%$).

III. Điều trị

1. Dự phòng

Kiểm soát chặt chẽ HA và đường máu: HA tâm thu mục tiêu nên $< 120\text{mmHg}$; khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế hệ RAA (ỨCMC hoặc ỨCTT).

Khuyến cáo sử dụng nhóm thuốc SGLT2i (Empagliflozin 10mg/ngày, Dapagliflozin 10mg/ngày) khi $MLCT > 20\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$.

2. Điều trị suy tim

2.1 Thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAASi)

Sử dụng thuốc ỨCMC hoặc ỨCTT hoặc ức chế kép neprilysin và angiotensin cho bệnh nhân suy tim EF giảm.

Cân nhắc chỉ định cho bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ và EF bảo tồn phù hợp.

Các thuốc đối kháng thụ thể corticoid chuyển hóa muối khoáng (MRA) có hiệu quả tương đương ở 2 nhóm bệnh nhân suy tim mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3a-3b và suy tim không có bệnh thận mạn. Chưa có dữ liệu đáng tin cậy về hiệu quả sử dụng MRA để điều trị suy tim (EF bảo tồn/giảm) ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 4-5.

2.2 Thuốc chẹn beta

Thuốc chẹn beta giao cảm gồm 3 nhóm:

➤ Thế hệ I: ức chế beta không chọn lọc (propranolol) có tác dụng hạ áp trung bình và không làm chậm nhịp tim mạnh như ức chế chọn lọc beta1 nhưng gây nhiều tác dụng phụ lên các hệ cơ quan khác (phổi, tiêu hóa).

➤ Thế hệ II: ức chế chọn lọc beta1 (metoprolol, bisoprolol, atenolol) có tác dụng chọn lọc lên tim, hạ áp nhanh, mạnh và giảm nhịp tim mạnh, không có lợi cho bệnh nhân nhịp chậm.

➤ Thế hệ III: ức chế chọn lọc beta1 và có tác dụng giãn mạch (nebivolol).

Cần thận trọng khi sử dụng các thuốc chẹn beta đào thải phần lớn qua thận và có nguy cơ tích lũy như atenolol, nadolol, sotalol. Cần điều chỉnh liều cho bệnh nhân lọc máu (ví dụ atenolol uống 3 lần/tuần để điều trị tăng huyết áp và bệnh lý mạch vành cho bệnh nhân lọc máu).

2.3 Thuốc ức chế đồng vận chuyển Natri-Glucose 2 (SGLT2i)

Liều dùng cố định: Empagliflozin 10mg, Dapagliflozin 10mg.

Sử dụng SGLT2i (Dapagliflozin, Empagliflozin) cho bệnh nhân suy tim EF giảm bất kể bệnh nhân có đái tháo đường hay không và có MLCT > 20ml/phút/1,73m², đặc biệt những bệnh nhân có uACR > 25mg/mmol, loại trừ bệnh nhân có bệnh thận đa nang hoặc đang sử dụng liệu pháp ức chế miễn dịch điều trị bệnh thận (1A).

Khuyến cáo sử dụng SGLT2i ở bệnh nhân suy tim có triệu chứng (không phân biệt phân suất tống máu) (1A).

Nên chỉ định SGLT2i (Empagliflozin, Dapagliflozin) cho bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ hoặc EF bảo tồn để giảm nhập viện do suy tim, tử vong tim mạch và tử vong chung.

2.4 Thuốc lợi tiểu

Sử dụng lợi tiểu thiazide hoặc lợi tiểu quai giúp tăng thải muối nước, giảm triệu chứng ứ huyết do suy tim. Có thể tăng liều dần hoặc truyền tĩnh

mạch liên tục lợi tiểu quai tùy theo tình trạng thừa dịch cho bệnh nhân suy tim nặng hoặc phù phổi cấp.

Thuốc đối vận thụ thể V2 chọn lọc của Vasopressin (Tolvaptan) có thể giúp giảm liều lợi tiểu quai, bảo vệ tổn thương thận, đặc biệt đối với bệnh nhân suy tim cấp mất bù.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế (2024), quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12 tháng 08 năm 2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận”.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Zokicetam[®] 500



1. Hoạt chất

Levetiracetam 500mg

2. Chỉ định

- Đơn trị liệu trong điều trị cơn động kinh cục bộ, có hoặc không kết hợp với cơn động kinh toàn thể thứ phát ở người lớn và thanh thiếu niên từ 16 tuổi trở lên.
- Phối hợp với các thuốc khác để:
 - + Điều trị cơn động kinh cục bộ, có hoặc không kết hợp với cơn động kinh toàn thể thứ phát ở người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên.
 - + Điều trị cơn động kinh rung giật cơ ở người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên bị bệnh động kinh rung giật cơ thiếu niên.
 - + Điều trị cơn động kinh toàn thể co cứng – co giật tiên phát ở người lớn và trẻ em trên 12 tuổi bị bệnh động kinh toàn thể tiên phát.

3. Liều dùng

3.1 Đơn trị liệu

- Người lớn và thanh thiếu niên từ 16 tuổi trở lên: Liều khởi đầu được khuyến cáo là 250mg x 2 lần/ngày, sau 2 tuần nên tăng thành 500mg x 2

lần/ngày. Sau đó có thể tăng dần liều, cứ 2 tuần tăng 250mg 2 lần mỗi ngày tùy theo đáp ứng lâm sàng cho đến liều tối đa là 1500mg x 2 lần/ngày.

- Trẻ em và thanh thiếu niên dưới 16 tuổi: Sự an toàn và hiệu quả của levetiracetam ở trẻ em và thanh thiếu niên dưới 16 tuổi khi điều trị đơn trị chưa được thiết lập.

3.2 Điều trị phối hợp

- **Người lớn (≥ 18 tuổi) và thanh thiếu niên (12 đến 17 tuổi) cân nặng từ 50kg trở lên:**

+ Liều điều trị khởi đầu là 500mg x 2 lần/ngày. Liều này có thể bắt đầu vào ngày đầu tiên điều trị.

+ Tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và khả năng dung nạp thuốc, liều hàng ngày có thể tăng đến 1500mg.

- **Trẻ em và thanh thiếu niên (12 đến 17 tuổi) cân nặng dưới 50:**

+ Thuốc viên không phù hợp cho trẻ em cân nặng dưới 25kg, nên dùng dạng bào chế phù hợp như dung dịch uống.

+ Cần sử dụng liều điều trị thấp nhất có hiệu quả.

+ Liều khởi đầu cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên trên 25kg nên dùng 250mg x 2 lần/ngày với liều tối đa 750mg x 2 lần/ngày.

- **Người cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên):** cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân cao tuổi bị suy giảm chức năng thận.

- **Suy thận:** Liều hàng ngày phải được điều chỉnh tùy theo chức năng thận.

+ Điều chỉnh liều lượng đối với người lớn và thanh thiếu niên nặng hơn 50kg với chức năng suy thận suy giảm:

Cler 50-79 ml/phút: cứ cách 12h dùng 500-1000mg

Cler 30-49 ml/phút: cứ cách 12h dùng 250-750mg

Cler < 30 ml/phút: cứ cách 12h dùng 250-500mg

+ Bệnh nhân thẩm tách máu: Dùng liều ban đầu 750mg, sau đó dùng 500-1000mg mỗi ngày 1 lần, bổ sung thêm 250-500mg sau mỗi lần thẩm tách máu.

+ Điều chỉnh liều lượng đối với trẻ em và thanh thiếu niên nặng dưới 50kg với chức năng suy thận suy giảm:

Clcr 50-79 ml/phút: 10 đến 20mg/kg x 2 lần/ngày

Clcr 30-49 ml/phút: 5 đến 15mg/kg x 2 lần/ngày

Clcr < 30 ml/phút: 5 đến 10mg/kg x 2 lần/ngày

+ Bệnh nhân thẩm tách máu: Dùng liều ban đầu 15mg/kg, sau đó dùng 10-20mg/kg mỗi ngày 1 lần, bổ sung thêm 5-10mg/kg sau mỗi lần thẩm tách máu.

- **Suy gan:** Không cần hiệu chỉnh liều khi dùng cho bệnh nhân suy gan nhẹ hoặc vừa. Ở bệnh nhân suy gan nặng, nếu căn cứ vào Clcr sẽ đánh giá thấp mức độ suy thận, vì vậy liều duy trì ở các bệnh nhân có Clcr < 60 ml/phút cần được giảm đi một nửa.

4. Cách dùng

Thuốc dùng đường uống, uống với một lượng nước đủ và có thể uống cùng hoặc không cùng bữa ăn. Liều mỗi ngày được chia đều cho 2 lần uống.

5. Chống chỉ định

Quá mẫn với levetiracetam hoặc các dẫn chất của pyrolidon hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Zokicetam[®] 500 của công ty CP dược phẩm Agimexpharm.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Dexibuprofen-5A Farma 400mg



1. Hoạt chất

Dexibuprofen 400mg

2. Chỉ định

- Điều trị triệu chứng viêm và giảm đau trong bệnh viêm xương khớp.
- Điều trị triệu chứng đau cấp tính trong chảy máu kinh nguyệt (đau bụng kinh nguyên phát).
- Điều trị triệu chứng các cơn đau từ nhẹ đến trung bình khác; như đau cơ – xương hoặc đau răng.

3. Liều dùng

- Nên được điều chỉnh tùy theo mức độ bệnh và tùy đối tượng bệnh nhân.
- Trong thời gian điều trị bệnh mãn tính, liều dùng nên được điều chỉnh ở mức liều thấp nhất có khả năng kiểm soát hoàn toàn triệu chứng.
- Không được bẻ đôi viên thuốc mà nên sử dụng các thành phẩm có hàm lượng 200, 300mg dexibuprofen có sẵn trên thị trường.
- Liều khuyến cáo sử dụng là từ 600 đến 900mg dexibuprofen mỗi ngày, chia làm 3 lần.

- Để điều trị các cơn đau từ nhẹ đến trung bình, liều dexibuprofen bắt đầu sử dụng là 200mg/lần và tổng liều khuyến cáo là 600mg dexibuprofen/ngày. Liều tối đa có thể sử dụng là 400mg/lần.
- Ở những bệnh nhân mắc bệnh cấp tính hoặc nghiêm trọng, liều dexibuprofen có thể tăng tạm thời lên đến 1200mg/ngày. Và tổng liều tối đa hàng ngày là 1200mg, tương ứng với 400mg/lần.
- Đối với đau bụng kinh, nên dùng liều hàng ngày từ 600 đến 900mg dexibuprofen, chia làm 3 lần. Liều tối đa là 300mg/lần, và tổng liều tối đa hàng ngày là 900mg.

Trẻ em và thanh thiếu niên (< 18 tuổi): Tính an toàn và hiệu quả sử dụng dexibuprofen chưa được kiểm chứng, do đó dexibuprofen không được khuyến khích sử dụng cho nhóm tuổi này.

Bệnh nhân cao tuổi: Nên bắt đầu điều trị với liều thấp, có thể tăng đến mức liều khuyến cáo sau khi xác định bệnh nhân dung nạp tốt với thuốc.

Rối loạn chức năng gan: Bệnh nhân bị rối loạn chức năng gan nhẹ đến trung bình nên bắt đầu điều trị giảm liều và cần được giám sát chặt chẽ. Không nên sử dụng dexibuprofen ở những bệnh nhân bị rối loạn chức năng gan nặng.

Rối loạn chức năng thận: Nên giảm liều ban đầu ở những bệnh nhân bị suy thận nhẹ đến trung bình. Không nên sử dụng dexibuprofen ở những bệnh nhân bị rối loạn chức năng thận nặng.

4. Cách dùng

Có thể sử dụng dexibuprofen cùng hoặc không cùng với bữa ăn.

Tốt nhất là sử dụng các NSAID (nhóm thuốc chống viêm không steroid) cùng với thức ăn để giảm kích ứng đường tiêu hóa, đặc biệt là khi sử dụng lâu dài.

5. Chống chỉ định

- Bệnh nhân có tiền sử nhạy cảm với dexibuprofen, với bất kỳ NSAID nào khác, hoặc với bất kỳ thành phần tá dược nào của sản phẩm.

- Bệnh nhân bị hen suyễn, co thắt phế quản, hoặc các phản ứng nhạy cảm khác (nổi mề đay, phù mạch...) do sử dụng aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác.
- Bệnh nhân bị loét đường tiêu hóa tiến triển hoặc có tiền sử tái phát loét đường tiêu hóa.
- Bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa, hoặc các bệnh có chảy máu khác.
- Bệnh nhân mắc bệnh Crohn hoặc viêm loét đại tràng tiến triển.
- Bệnh nhân suy tim nặng.
- Bệnh nhân bị rối loạn chức năng thận nặng (GFR < 30 ml/phút).
- Bệnh nhân bị suy giảm chức năng gan nặng.
- Bệnh nhân mắc bệnh tan máu bẩm sinh và các rối loạn đông máu khác, hoặc bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông máu.
- Từ đầu tháng thứ 6 của thai kỳ.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Dexibuprofen-5A Farma 400mg của công ty cổ phần liên doanh dược phẩm ÉLOGE FRANCE VIỆT NAM.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Kauskas-50



1. Hoạt chất

Lamotrigine 50mg

2. Chỉ định

2.1 Động kinh

Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi

- Đơn trị hay phối hợp trong điều trị động kinh cục bộ hoặc toàn thể, bao gồm co cứng - co giật.
- Động kinh có liên quan đến hội chứng Lennox-Gaustaut. Lamotrigin được sử dụng trong điều trị phối hợp nhưng có thể sử dụng là thuốc chống động kinh ban đầu trong hội chứng Lennox-Gaustaut.

Trẻ em từ 2 đến 12 tuổi

- Phối hợp trong điều trị động kinh cục bộ hay toàn thể, bao gồm co cứng - co giật và co giật do hội chứng Lennox-Gaustaut.
- Đơn trị động kinh cơn vắng ý thức.

2.2 Rối loạn lưỡng cực

Người lớn trên 18 tuổi

- Phòng ngừa giai đoạn trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực chủ yếu trải qua giai đoạn trầm cảm.

- Không được chỉ định cho điều trị cấp tính giai đoạn hưng phấn/trầm cảm.

3. Liều dùng

3.1 Tái sử dụng lamotrigin

- Nên cân nhắc tăng đến liều duy trì của lamotrigin khi bắt đầu điều trị lại với lamotrigin sau khi bệnh nhân ngưng sử dụng thuốc vì bất kỳ lý do nào, vì nguy cơ nổi ban nghiêm trọng khi sử dụng liều cao ban đầu và vượt quá liều được chỉ định của lamotrigin. Khoảng cách so với liều trước càng xa thì càng nên cân nhắc tăng đến liều duy trì của lamotrigin. Khi thời gian ngưng sử dụng lamotrigin vượt quá 5 lần thời gian bán thải của thuốc, lamotrigin nên được tăng đến liều duy trì theo lịch phù hợp.

- Không khuyến cáo sử dụng lại lamotrigin khi trước đó bệnh nhân bị ban da do dùng lamotrigin trừ khi nguy cơ không đáng kể so với lợi ích của thuốc.

3.2 Động kinh

Khi các thuốc chống động kinh/ thuốc khác được thêm vào hoặc ngưng sử dụng trong quá trình điều trị với lamotrigin, cân nhắc về tác động của các thuốc này đến dược động học của lamotrigin.

3.2.1 Người lớn và trẻ em từ 13 tuổi trở lên

| Tuần 1+ 2 | Tuần 3 + 4 | Liều duy trì thông thường |
|---|---------------------------|--|
| Đơn trị | | |
| 25mg/ngày (1 lần/ngày) | 50mg/ngày (1 lần/ngày) | 100-200mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 50-100mg mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa 500mg/ngày. |
| Điều trị phối hợp với valproat (chất ức chế glucuronic hóa lamotrigin): | | |
| 12.5mg/ngày (25mg mỗi 2 ngày) | 25mg/ngày (1 lần/ngày) | 100-200mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 25-50mg mỗi 1-2 tuần. |
| Điều trị phối hợp không có valproat nhưng có các chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin: | | |

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| 50mg/ngày (1 lần/ngày) | 100mg/ngày (chia 2 lần/ngày) | 200-400mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 100mg mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa 700mg/ngày. |
| Điều trị phối hợp không có valproat và chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin (Phenytoin, carbamazepin, phenobarbital, primidon, rifampicin, lopinavir/ritonavir): | | |
| 50mg/ngày (1 lần/ngày) | 100mg/ngày (chia 2 lần/ngày) | 100-200mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 50-100mg mỗi 1-2 tuần. |
| Điều trị phối hợp với chất không rõ có tương tác tương tác dược động với lamotrigin hay không: Chính liều tương tự phác đồ điều trị phối hợp có valproat. | | |

3.2.2 Trẻ em từ 2 đến 12 tuổi – Phác đồ điều trị khuyến cáo cho bệnh động kinh

| Tuần 1+ 2 | Tuần 3 + 4 | Liều duy trì thông thường |
|---|--------------------------------------|--|
| Đơn trị | | |
| 0.3mg/kg/ngày (1-2 lần/ngày) | 0.6mg/kg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) | 1-15mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 0.6mg/kg/ngày mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa là 200mg/ngày. |
| Điều trị phối hợp với valproat (chất ức chế glucuronic hóa lamotrigin): | | |
| 0.15mg/kg/ngày (1 lần/ngày) | 0.3mg/kg/ngày (1 lần/ngày) | 1-15mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 0.3mg/kg/ngày mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa là 200mg/ngày. |
| Điều trị phối hợp không có valproat nhưng có các chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin: | | |

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| 0.6mg/kg/ngày (chia 2 lần/ngày) | 1.2mg/kg/ngày (2 lần/ngày) | 5-15mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 0.6mg/kg/ngày mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa là 200mg/ngày. |
|------------------------------------|-------------------------------|---|

Điều trị phối hợp không có valproat và chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin (Phenytoin, carbamazepin, phenobarbital, primidon, rifampicin, lopinavir/ritonavir):

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| 0.3mg/kg/ngày (1-2 lần/ngày) | 0.6mg/kg/ngày (1-2 lần/ngày) | 1-10mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) Khoảng tăng liều tối đa 0.6mg/kg/ngày mỗi 1-2 tuần. Liều duy trì tối đa là 200mg/ngày. |
|---------------------------------|---------------------------------|---|

Điều trị phối hợp với chất không rõ có tương tác tương tác dược động với lamotrigin hay không: Chỉnh liều tương tự phác đồ điều trị phối hợp có valproat.

3.3 Rối loạn lưỡng cực

Vì nguy cơ nổi ban, không nên sử dụng quá liều được chỉ định.

3.3.1 Người lớn trên 18 tuổi-mức tăng liều khuyến cáo để đạt liều duy trì trong điều trị rối loạn lưỡng cực

| Tuần 1 + 2 | Tuần 3 + 4 | Tuần 5 | Liều ổn định mục tiêu (tuần 6)* |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Đơn trị hoặc phối hợp không có valproat và chất cảm ứng hoặc ức chế glucuronic hóa lamotrigin: | | | |
| 25mg/ngày (1 lần/ngày) | 50mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) | 100mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) | 200mg/ngày – liều mục tiêu thông thường (chia 1-2 lần/ngày). Khoảng liều 100-400mg/ngày sử dụng trong thử nghiệm lâm sàng. |

| | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|---|
| Điều trị phối hợp với valproat (chất ức chế quá trình glucuronic hóa lamotrigin): | | | |
| 12.5mg/ngày (25mg dùng cách ngày) | 25mg/ngày (1 lần/ngày) | 50mg/ngày (chia 1-2 lần/ngày) | 100mg/ngày – liều mục tiêu thông thường. Liều tối đa 200mg/ngày có thể sử dụng dựa trên đáp ứng lâm sàng. |
| Điều trị phối hợp không có valproat và chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin (Phenytoin, carbamazepin, phenobarbital, primidon, rifampicin, lopinavir/ritonavir): | | | |
| 50mg/ngày (1 lần/ngày) | 100mg/ngày (chia 2 lần/ngày) | 200mg/ngày (chia 2 lần/ngày) | 300mg/ngày trong tuần thứ 6, nếu cần tăng đến mức liều mục tiêu thông thường 400mg/ngày ở tuần thứ 7 (chia 2 lần/ngày). |
| Điều trị phối hợp với chất không rõ có tương tác tương tác dược động với lamotrigin hay không: Chỉnh liều tương tự phác đồ điều trị phối hợp có valproat. | | | |

*Liều ổn định mục tiêu sẽ khác nhau tùy theo đáp ứng lâm sàng.

3.3.2 Người lớn trên 18 tuổi-Hiệu chỉnh liều ổn định duy trì hàng ngày sau khi ngưng sử dụng các thuốc khác trong điều trị rối loạn lưỡng cực
 Khi đạt liều ổn định duy trì hàng ngày, có thể ngưng sử dụng các thuốc khác theo liệu trình dưới đây

| Liều ổn định duy trì lamotrigin hiện tại | Tuần 1 (bắt đầu sau khi ngưng thuốc khác) | Tuần 2 | Tuần 3 trở đi* |
|---|--|---------------|-----------------------|
| Ngưng sử dụng valproat (tăng gấp đôi liều hiện tại, không vượt quá 100mg/tuần) | | | |

| | | | |
|---|------------|---|----------------------------------|
| 100mg/ngày | 200mg/ngày | Duy trì liều này (200mg/ngày) (chia 2 lần/ngày) | |
| 200mg/ngày | 300mg/ngày | 400mg/ngày | Duy trì liều này (400mg/ngày) |
| Ngưng sử dụng các chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin Phenytoin, carbamazepin, phenobarbital, primidon, rifampicin, lopinavir/ritonavir | | | |
| 400mg/ngày | 400mg/ngày | 300mg/ngày | 200mg/ngày |
| 300mg/ngày | 300mg/ngày | 225mg/ngày | 150mg/ngày |
| 200mg/ngày | 200mg/ngày | 150mg/ngày | 100mg/ngày |
| Ngưng sử dụng các thuốc ức chế hoặc cảm ứng đáng kể quá trình glucuronic hóa lamotrigin | | | |
| Duy trì liều mục tiêu đạt được (200mg/ngày, chia làm 2 lần) (khoảng liều 100-400mg/ngày) | | | |
| Điều trị phối hợp với chất không rõ có tương tác dược động với lamotrigin hay không: Duy trì liều lamotrigin hiện tại và hiệu chỉnh liều theo đáp ứng lâm sàng. | | | |

*Có thể tăng liều lên 400mg/ngày nếu cần.

3.3.3 Người lớn trên 18 tuổi-Hiệu chỉnh liều lamotrigin hàng ngày sau khi sử dụng thêm thuốc điều trị rối loạn lưỡng cực khác

| Liều ổn định duy trì lamotrigin hiện tại | Tuần 1 (bắt đầu sau khi thêm thuốc khác) | Tuần 2 | Tuần 3 trở đi* |
|--|--|-------------------------------|----------------|
| Sử dụng thêm valproat: | | | |
| 200mg/ngày | 100mg/ngày | Duy trì liều này (100mg/ngày) | |
| 300mg/ngày | 150mg/ngày | Duy trì liều này (150mg/ngày) | |
| 400mg/ngày | 200mg/ngày | Duy trì liều này (200mg/ngày) | |

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| Sử dụng thêm các chất cảm ứng quá trình glucuronic hóa lamotrigin Phenytoin, carbamazepin, phenobarbital, primidon, rifampicin, lopinavir/ritonavir ở bệnh nhân không sử dụng valproat: | | | |
| 200mg/ngày | 200mg/ngày | 300mg/ngày | 400mg/ngày |
| 150mg/ngày | 150mg/ngày | 225mg/ngày | 300mg/ngày |
| 100mg/ngày | 100mg/ngày | 150mg/ngày | 200mg/ngày |
| Sử dụng thêm các thuốc ức chế hoặc cảm ứng không đáng kể quá trình glucuronic hóa lamotrigin: | | | |
| Duy trì liều mục tiêu đạt được (200mg/ngày; khoảng liều 100 – 400mg/ngày) | | | |
| Điều trị phối hợp với chất không rõ có tương tác dược động với lamotrigin hay không: Chính liều tương tự phác đồ điều trị phối hợp có valproat. | | | |

Ngưng sử dụng lamotrigin ở bệnh nhân bị rối loạn lưỡng cực: Trong thử nghiệm lâm sàng, tần suất, mức độ nghiêm trọng hoặc loại tác dụng không mong muốn không tăng lên sau khi ngừng lamotrigin so với giả dược. Do đó, bệnh nhân có thể ngừng lamotrigin mà không cần giảm liều

Trẻ em dưới 18 tuổi: Lamotrigin không được khuyến cáo sử dụng cho trẻ em dưới 18 tuổi do thiếu dữ liệu về an toàn và hiệu quả.

4. Cách dùng

Thuốc dùng đường uống.

5. Chống chỉ định

Mẫn cảm với lamotrigin hoặc với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Kauskas-50 của công ty cổ phần dược phẩm Đạt Vi Phú (Davipharm).



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Vinocyclin 100



1. Hoạt chất

Minocyclin 100mg

2. Chỉ định

- Minocyclin là một kháng sinh, có phổ hoạt động tương tự như kháng sinh tetracyclin nhưng hoạt lực mạnh hơn trên *Staphylococcus aureus* và *Nocardia spp.*
- Minocyclin được chỉ định điều trị trong các trường hợp như mụn trứng cá, nhiễm trùng đường hô hấp, bệnh lậu cầu, nhiễm trùng tụ cầu và điều trị dự phòng các bệnh nhiễm trùng não mô cầu.

3. Liều dùng

3.1 Người lớn

- Sử dụng kháng sinh thường xuyên: 100mg/lần x 2 lần/ngày.
- Mụn trứng cá: 100mg/lần x 1 lần/ngày.
- Bệnh lậu:

+ Đàn ông trưởng thành: 200 mg liều khởi đầu, tiếp theo là 100 mg mỗi 12 giờ, ít nhất trong 4 ngày, cấy nước tiểu kiểm tra trong vòng 2 – 3 ngày sau khi ngưng thuốc.

+ Phụ nữ trưởng thành: Được điều trị 10 – 14 ngày với liều tương tự như chỉ định cho đàn ông. - Dự phòng nhiễm não mô cầu: 100 mg/lần x 2 lần/ngày. Duy trì trong 5 ngày, sau đó thường kèm theo một đợt điều trị rifampicin.

3.2 Trẻ em

Không được khuyến cáo cho trẻ em dưới 12 tuổi. Với trẻ trên 12 tuổi, liều khuyến cáo thường sử dụng là 100 mg/lần x 1 lần/ngày.

3.3 Người già

Có thể được sử dụng với liều lượng khuyến cáo thông thường cho những bệnh nhân lớn tuổi nhưng cần thận trọng ở những bệnh nhân có suy thận.

***Lưu ý:** Lộ trình điều trị mụn trứng cá với minocyclin cần được kéo dài liên tục trong ít nhất 6 tuần. Nếu sau khoảng thời gian điều trị 6 tháng, không có tiến triển cần ngưng sử dụng thuốc và xem xét liệu trình điều trị khác. Nếu sử dụng minocyclin điều trị kéo dài trong 6 tháng, bệnh nhân cần được theo dõi ít nhất 3 tháng sau điều trị về các dấu hiệu và triệu chứng của viêm gan hoặc bệnh lupus ban đỏ.

5. Cách dùng

Thuốc dùng theo đường uống.

6. Chống chỉ định

- Quá mẫn với minocyclin, tetracyclin hoặc bất kỳ các thành phần nào của thuốc.
- Lupus ban đỏ hệ thống.
- Suy thận.
- Phụ nữ mang thai và cho con bú.
- Trẻ em dưới 12 tuổi.

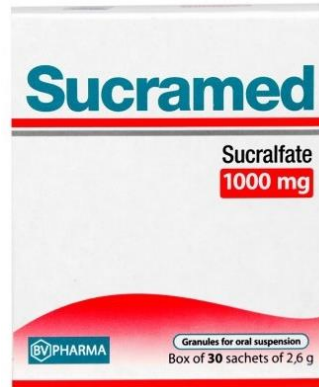
Tài liệu tham khảo

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



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Sucramed



1. Hoạt chất

Sucralfate 1000mg

2. Chỉ định

- Điều trị loét dạ dày và tá tràng tiến triển.
- Điều trị duy trì loét tá tràng ở bệnh nhân không bị nhiễm *Helicobacter pylori* hoặc ở người không thể diệt trừ được.

3. Liều dùng

3.1 Loét dạ dày tiến triển

Uống 1 gói, 4 lần/ngày trong 4 đến 6 tuần, tức là

- 1 gói trước mỗi 3 bữa ăn chính từ 1/2 – 1 giờ.
- 1 gói trước khi đi ngủ khoảng 2 giờ sau bữa ăn tối.

3.2 Loét tá tràng tiến triển: Có 2 cách dùng như sau:

Uống 1 gói, 4 lần/ngày trong 4 đến 6 tuần, tức là

- 1 gói trước mỗi 3 bữa ăn chính từ 1/2 – 1 giờ.
- 1 gói trước khi đi ngủ khoảng 2 giờ sau bữa ăn tối.

Hoặc uống 2 gói/lần, 2 lần/ngày vào buổi sáng và tối trong 4-6 tuần, tức là

- 2 gói vào buổi sáng thức dậy từ 1/2 – 1 giờ trước khi ăn sáng.
- 2 gói trước vào buổi tối khoảng 2 giờ sau bữa ăn tối.

3.2 Dự phòng tái phát loét tá tràng: Có 2 cách dùng như sau:

Uống 1 gói, 2 lần/ngày, tức là

- 1 gói vào buổi sáng thức dậy từ 1/2 – 1 giờ trước khi ăn sáng.
- 1 gói vào buổi tối từ 1/2-1 giờ trước bữa ăn tối hoặc trước khi đi ngủ khoảng 2 giờ sau bữa ăn tối.

Hoặc

- Uống 2 gói vào buổi tối từ 1/2-1 giờ trước bữa ăn tối hoặc trước khi đi ngủ khoảng 2 giờ sau bữa ăn tối.
- Không cần cho dùng kết hợp với các thuốc kháng tiết, các thuốc kháng acid hay các thuốc băng tráng.

Trẻ em: tính an toàn và hiệu quả chưa được nghiên cứu ở trẻ em dưới 14 tuổi.

4. Cách dùng

Thuốc dùng qua đường uống. Pha cốm trong gói thuốc vào 1 ly nước trước khi uống.

5. Chống chỉ định

- Quá mẫn cảm với sucralfate hay với bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Trẻ sinh non và trẻ sơ sinh rối loạn trưởng thành.

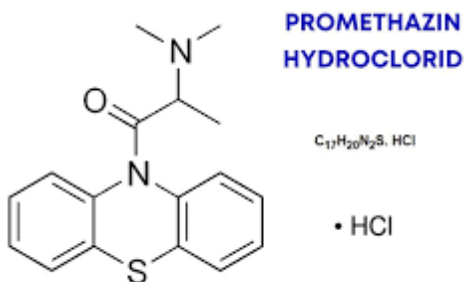
Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Sucramed của công ty TNHH BRV HEALTHCARE.



CẢNH GIÁC DƯỢC

FDA yêu cầu cập nhật thông tin sản phẩm của thuốc tiêm chứa promethazin hydroclorid



Ngày 27/12/2023, US.FDA cảnh báo cho nhân viên y tế về việc cập nhật thông tin sản phẩm thuốc tiêm chứa promethazin hydroclorid, nhằm giảm thiểu nguy cơ kích ứng và tổn thương mô nghiêm trọng khi sử dụng đường tĩnh mạch.

FDA khuyến cáo nhân viên y tế **tiêm bắp sâu** promethazin hydrochlorid **thay vì sử dụng đường tĩnh mạch**. Trong trường hợp cần phải sử dụng đường tĩnh mạch, nhân viên y tế cần tham khảo cách pha loãng và truyền promethazin hydrochlorid trong tờ thông tin sản phẩm để giảm thiểu nguy cơ tổn thương mô nghiêm trọng.

FDA đã yêu cầu các nhà sản xuất cập nhật thông tin sản phẩm của thuốc tiêm chứa promethazin hydrochlorid để bổ sung các thông tin an toàn mới sau:

❖ Trong trường hợp không thể tiêm bắp promethazin hydrochlorid:

+ Có thể sử dụng đường tĩnh mạch và chỉ thực hiện sau khi đã pha loãng theo khuyến cáo. Chỉ truyền qua catheter tĩnh mạch lớn (tối ưu là catheter tĩnh mạch trung tâm). Không truyền qua catheter tĩnh mạch ở mu bàn tay hoặc cổ tay.

+ Không truyền cùng các thuốc khác, hoặc pha loãng với dung dịch khác ngoài natri clorid 0,9%.

+ Chống chỉ định tiêm tĩnh mạch với nồng độ lớn hơn 1 mg/ml.

❖ Khi pha loãng và truyền promethazin hydroclorid đường tĩnh mạch, thời gian truyền từ 20 đến 40 phút. Nhân viên y tế cần tham khảo cách pha loãng và truyền cho bệnh nhân người lớn và trẻ em dưới đây:

Bảng 1. Cách pha loãng và truyền promethazin hydroclorid đường tĩnh mạch cho bệnh nhân người lớn

| Liều promethazin hydroclorid | Thể tích natri clorid 0,9% để pha loãng | Nồng độ pha loãng tối đa của dung dịch tiêm truyền | Tốc độ truyền tối đa |
|------------------------------|---|--|----------------------|
| 12,5 mg | 50 ml | 1 mg/ml | 2,5 ml/phút |
| 25 mg | 50 ml | | 2,5 ml/phút |
| 50 mg | 50 ml | | 2,5 ml/phút |
| 75 mg | 100 ml | | 5 ml/phút |

Bảng 2. Cách pha loãng và truyền promethazin hydroclorid đường tĩnh mạch cho bệnh nhân trẻ em

| Liều promethazin hydroclorid | Thể tích natri clorid 0,9% để pha loãng | Nồng độ pha loãng tối đa của dung dịch tiêm truyền | Tốc độ truyền tối đa |
|------------------------------|---|--|----------------------|
| ≤ 25 mg | 25 ml | 1 mg/ml | 1,25 ml/phút |
| 25 - 50 mg | 50 ml | | |

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2569/FDA-yeu-cau-cap-nhat-thong-tin-san-pham-cua-thuoc-tiem-chua-promethazin-hydroclorid.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Medsafe: Tương tác giữa thuốc và thức ăn



I. Tương tác dược động học giữa thuốc và thức ăn

Một số thực phẩm có thể ảnh hưởng đến quá trình hấp thu, phân bố, chuyển hóa hoặc thải trừ của thuốc.

1. Trái cây và sản phẩm từ trái cây

Trái cây và sản phẩm từ trái cây chứa nhiều hợp chất hóa học khác nhau, có thể ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa và thải trừ của thuốc dùng theo đường uống. Ví dụ, naringin (một flavonoid), bergamottin và 6',7'-dihydroxybergamottin (furanocoumarin) do cơ chế ức chế enzym CYP3A4.

Một số hợp chất khác ức chế các polypeptide vận chuyển anion hữu cơ và P-glycoprotein.

Nước ép bưởi chùm (grapefruit) ức chế CYP3A4 ở ruột, do đó làm tăng nồng độ các thuốc được chuyển hóa bởi enzym này, như statin và thuốc chẹn kênh calci. Tương tác này đặc biệt có ý nghĩa đối với thuốc có khoảng điều trị hẹp (ví dụ: cyclosporin) hoặc các thuốc có sinh khả dụng đường uống thấp (ví dụ: felodipin).

Các loại trái cây khác bao gồm cam, bưởi và việt quất cũng được báo cáo là có khả năng tương tác với một số thuốc.

2. Thực phẩm giàu ion có hóa trị II

Thực phẩm giàu ion hóa trị II (ví dụ: calci và maggesi), bao gồm sữa, phô mai và sữa chua, có thể tạo phức chelat với một số loại thuốc làm giảm hấp thu và giảm sinh khả dụng của thuốc.

Do đó, không nên sử dụng đồng thời các kháng sinh nhóm fluoroquinolon (ví dụ, ciprofloxacin uống) và các sản phẩm từ sữa hoặc thức uống giàu khoáng chất (như sữa, sữa chua, nước cam). Tuy nhiên, nếu các sản phẩm trên chỉ là nguyên liệu chế biến đồ ăn thì sẽ không có ảnh hưởng đáng kể đến sự hấp thụ ciprofloxacin.

Các sản phẩm từ sữa cũng có thể ảnh hưởng đến sự hấp thu sắt và kháng sinh tetracyclin qua đường uống.

II. Tương tác dược lực học giữa thuốc và thức ăn

1. Thực phẩm giàu tyramin

Các thực phẩm bao gồm phô mai, cá trích ngâm, các sản phẩm từ đậu, thịt chế biến sẵn và thực phẩm lên men có hàm lượng tyramin cao.

Tyramin là một monoamin tự nhiên có khả năng kích thích hệ thần kinh giao cảm. So với các chất dẫn truyền thần kinh bao gồm noradrenalin, adrenalin, dopamin và serotonin, nồng độ tyramin trong cơ thể tương đối thấp. Tuy nhiên, chế độ ăn nhiều tyramin có thể làm tăng các chất dẫn truyền thần kinh, đặc biệt là noradrenalin sẽ được giải phóng từ các túi dự trữ trước synap vào tuần hoàn gây co mạch, tăng nhịp tim và tăng huyết áp.

Enzym monoamine oxidase (MAO) là enzym chuyển hóa các monoamin. Dạng A của enzyme này (MAO-A) chuyển hóa noradrenalin, tyramin để duy trì ổn định nồng độ noradrenalin trong máu. Thuốc ức chế enzym MAO (IMAO) làm giảm đáng kể khả năng chuyển hóa tyramin trong cơ thể. Do đó, chế độ ăn giàu tyramin có thể gây tăng huyết áp nghiêm trọng trên bệnh nhân đang sử dụng các thuốc IMAO...

Một số thuốc ức chế IMAO không hồi phục và không chọn lọc, như tranlycypromin, có nguy cơ cao gây ra các tương tác nghiêm trọng. Do đó, bệnh nhân đang điều trị bằng các IMAO này cần tránh hoàn toàn các thực phẩm giàu tyramin. Còn lại những bệnh nhân dùng thuốc ức chế IMAO có hồi phục, như moclobemid hoặc linezolid, nên hạn chế sử dụng thực phẩm giàu tyramin.

2. Chế độ ăn giàu vitamin K

Các thực phẩm bao gồm bông cải xanh, cải brussels, rau xanh và gan động vật chứa nhiều vitamin K.

Cơ chế chống đông của Warfarin là ức chế quá trình tổng hợp các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K. Chế độ ăn giàu vitamin K có thể ảnh hưởng đến hiệu quả chống đông máu của warfarin. Khi đang sử dụng warfarin, bệnh nhân cần tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi thay đổi đáng kể chế độ ăn.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2595/Medsafe-tuong-tac-giua-thuoc-va-thuc-an.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

TGA: Nguy cơ hiếm gặp tử vong do bệnh tim mạch khi sử dụng azithromycin



I. Thông tin chung

1. Bối cảnh

Tháng 11/2021, thông tin sản phẩm của azithromycin tại Mỹ đã cập nhật nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch trong mục ‘Cảnh báo và thận trọng’ và ‘Tác dụng không mong muốn’ dựa trên bằng chứng từ y văn và nghiên cứu quan sát.

TGA đã tiến hành đánh giá toàn diện về tin hiệu an toàn và tham khảo ý kiến chuyên gia từ Ủy ban tư vấn về thuốc. Ủy ban khuyến cáo bổ sung nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch và giám sát trong thông tin sản phẩm, mặc dù các bằng chứng hiện tại chưa thống nhất.

2. Báo cáo ca

TGA đã ghi nhận 4 báo cáo tử vong do bệnh tim mạch có khả năng liên quan đến azithromycin (cho tới tháng 3 năm 2024). Các báo cáo bao gồm bệnh nhân cả hai giới, trong khoảng 26 đến 84 tuổi, chủ yếu trên 60 tuổi. Hai trong số các báo cáo nhận được có azithromycin là thuốc nghi ngờ duy nhất.

3. Cập nhật thông tin sản phẩm

3.1 Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi sử dụng

a. Tử vong do bệnh tim mạch

Các nghiên cứu quan sát cho thấy nguy cơ hiếm gặp tử vong do bệnh tim mạch tăng khoảng 2 lần trong thời gian ngắn sử dụng khi sử dụng azithromycin ở bệnh nhân người lớn so với các kháng sinh khác, trong đó có amoxicillin. Dữ liệu từ các nghiên cứu quan sát chưa đầy đủ để thiết lập hoặc loại trừ mối liên quan giữa tử vong do bệnh tim mạch và việc sử dụng azithromycin. Nguy cơ này tăng vào 5 ngày đầu sử dụng azithromycin. Các bệnh nhân có tiền sử và/hoặc đang sử dụng thuốc có nguy cơ kéo dài khoảng QT nên được theo dõi điện tâm đồ. Cân nhắc giữa nguy cơ và lợi ích khi sử dụng azithromycin

b. Phản ứng có hại (tác dụng không mong muốn)

Rối loạn tim mạch: hạ huyết áp; đánh trống ngực và rối loạn nhịp tim bao gồm nhịp nhanh thất đã được báo cáo. Có ghi nhận các trường hợp hiếm gặp kéo dài khoảng QT, xoắn đỉnh và tử vong do bệnh tim mạch.

II. Khuyến cáo nhân viên y tế

Nhân viên y tế cần lưu ý tác dụng không mong muốn này và cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ tử vong do tim mạch hiếm gặp nhưng nghiêm trọng khi sử dụng azithromycin.

Cân nhắc theo dõi điện tâm đồ của bệnh nhân có nguy cơ cao kéo dài khoảng QT.

III. Tổng kết

Cảnh báo về nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch đã được cập nhật trên tờ thông tin sản phẩm và thông tin cho bệnh nhân của azithromycin tại Úc.

Azithromycin đã được cảnh báo có nguy cơ gây rối loạn nhịp thất liên quan đến kéo dài khoảng QT. Nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch tăng lên trong thời gian ngắn khi sử dụng azithromycin so với các kháng sinh khác,

trong đó có amoxicillin. Nguy cơ này hiếm gặp nhưng thường xuất hiện trong 5 ngày đầu sử dụng azithromycin.

Cảnh báo mới cũng khuyến cáo nhân viên y tế cần nhắc theo dõi điện tâm đồ của bệnh nhân có nguy cơ cao kéo dài khoảng QT dựa trên tiền sử của bệnh nhân và các thuốc đang sử dụng.

Thông tin được cập nhật theo khuyến cáo của Ủy ban tư vấn về thuốc. Cơ sở căn cứ gồm đánh giá dữ liệu từ y văn của Ủy ban, mức độ nghiêm trọng của biến cố bất lợi và cảnh báo cập nhật từ Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ.

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/2581/TGA-nguy-co-hiem-gap-tu-vong-do-benh-tim-mach-khi-su-dung-azithromycin.htm>



**ĐIỀU TRỊ
KHÔNG DỪNG THUỐC**

**Chăm sóc giảm nhẹ ở
bệnh nhân bệnh phổi tắc
nghẽn mạn tính (COPD)
giai đoạn cuối đời**



I. Hỗ trợ dinh dưỡng

1. Đánh giá dinh dưỡng

Dựa vào cân nặng hoặc BMI: suy dinh dưỡng khi BMI < 21 kg/m², hoặc sụt cân ngoài ý muốn > 1% cân nặng trong 6 tháng gần đây, hoặc sụt cân ngoài ý muốn > 5% cân nặng trong 1 tháng gần đây.



2. Điều chỉnh suy dinh dưỡng

Chế độ ăn: tính toán nhu cầu năng lượng cơ bản (nam 24 kcal/kg/24h, nữ 22kcal/kg/24h), có hiệu chỉnh các hệ số hoạt động, mức độ tắc nghẽn, phân bố khẩu phần theo tỉ lệ đạm 1g/kg/ngày; béo 20 – 30% và carbohydrat: 40 – 50% tổng năng lượng hàng ngày.

Nên dùng khẩu phần giàu chất béo ở những bệnh nhân COPD có tăng thán khí trong máu với $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$.



II. Hỗ trợ tâm lý

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường kèm theo tăng nguy cơ lo âu, trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác, nhưng thường không được nhận biết và điều trị đúng mức. Các bệnh lý tâm thần kinh có sẵn cũng thường làm cho các rối loạn tâm lý nặng nề hơn. Tầm soát: Đánh giá tình trạng tâm lý xã hội bằng các bảng câu hỏi tầm soát (Hospital Anxiety and Depression Questionnaire hay Beck Depression Inventory) và nhận biết các trạng thái tâm lý đa dạng của bệnh nhân như lo lắng, sợ hãi, giận dữ, tội lỗi, bất chấp, oán giận, buồn phiền, sầu khổ, vô dụng, tự cô lập, thất vọng...

Xử trí: Những bệnh nhân rối loạn tâm lý trung bình và nặng nên được điều trị chuyên khoa. Các bệnh nhân còn lại nên được tư vấn hỗ trợ, hướng dẫn các kỹ năng đối phó với stress: tập thư giãn, thả lỏng cơ, yoga...



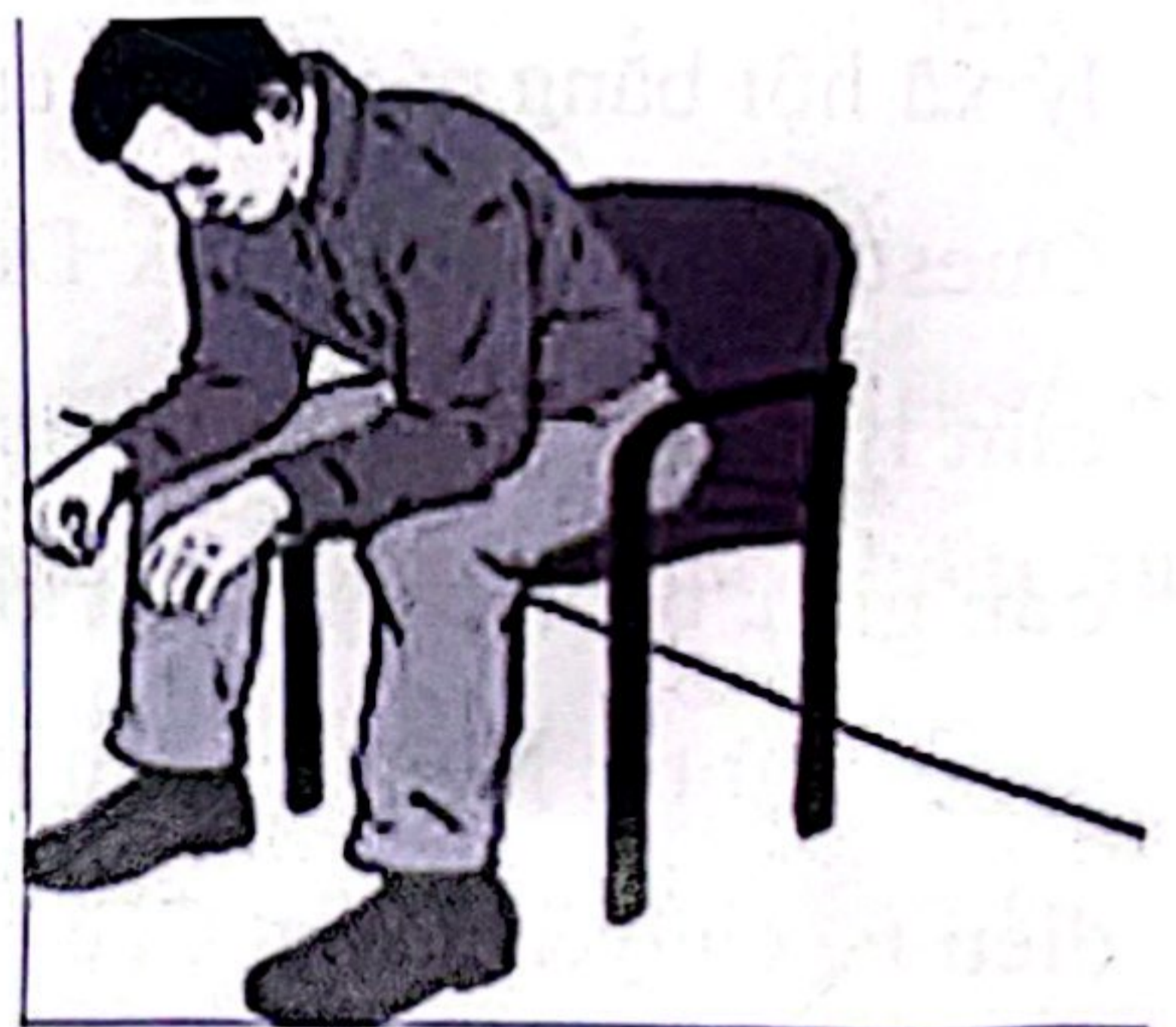
III. Điều trị giảm nhẹ khó thở

Khó thở kháng trị với điều trị thông thường khá thường gặp, chiếm tỉ lệ 50% ở giai đoạn nặng, nhất là những năm cuối đời, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống và khiến cho người bệnh hầu như tàn phế.

Các biện pháp giảm nhẹ khó thở không dùng thuốc bao gồm:

- Tập thở bao gồm thở chúm môi và thở chậm theo nhịp.
- Tư thế giúp giảm khó thở như ngồi chồm ra phía trước, đứng có điểm tựa.
- Thay đổi lối sống: sống chậm, tiết kiệm năng lượng.
- Quạt cầm tay đưa gió vào mặt: tạo luồng gió thổi trực tiếp vào mặt.

Phương pháp được chứng minh giúp giảm bớt cảm giác khó thở của người bệnh, nhất là khi đang có cơn khó thở kịch phát.



Tài liệu tham khảo

Bộ Y Tế (2023), Quyết định số 2767/QĐ-BYT ban hành ngày 04 tháng 07 năm 2023 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”

TIÊU BAN



GIÁM SÁT THÔNG TIN THUỐC

PHỔ GIẢM DÙNG

BS. CKII. Võ Minh Hiền