



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC
KHOA DƯỢC - THÔNG TIN THUỐC DƯỢC LÂM SÀNG

Bản tin

THÔNG TIN THUỐC - DƯỢC LÂM SÀNG

QUÝ IV



Nội dung bản tin quý IV/2025



NĂM 2025



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

Địa chỉ: Số 917 Tôn Đức Thắng, phường Châu Đốc, tỉnh An Giang

<https://bvkvcd.com.vn>

Chủ biên:

BSCKII. Võ Minh Hiền

Phó Giám đốc, Trưởng ban - Tiêu ban
Giám sát Thông tin thuốc

Biên soạn:

BS CKI. Tăng Văn Dũng

Trưởng khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức

BS CKI. Huỳnh Thanh Phong

Trưởng khoa Nội tiết - Cơ xương khớp

ThS. Nguyễn Như Phượng

PT Trưởng phòng Điều dưỡng

DS. Huỳnh Như

Nhân viên khoa Dược

Thư ký:

DS. Huỳnh Như

Nhân viên khoa Dược

NỘI DUNG		TRANG
 <p>HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ</p>	<p>Điều trị bệnh đa dây thần kinh đái tháo đường</p>	1
 <p>NGHIÊN CỨU KHOA HỌC</p>	<p>Tổng Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Hải Yến, Lê Thị Mỹ, Trần Thị Quỳnh Anh và Đinh Đình Chính (2025) <i>Phân tích thực trạng sử dụng statin trong dự phòng tim mạch tại một số khoa nội trú của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025</i></p>	13
 <p>THÔNG TIN THUỐC</p>	<p>Hướng dẫn sử dụng Zicumgsv</p>	26
	<p>Hướng dẫn sử dụng Travatan®</p>	28
	<p>Hướng dẫn sử dụng RESTIVA</p>	30
	<p>Hướng dẫn sử dụng Binocrit 2000 IU/1ml</p>	32
 <p>CẢNH GIÁC DƯỢC</p>	<p>FDA Hoa Kỳ: Cập nhật nhãn thuốc tiêm acid tranexamic về nguy cơ tiêm nhầm đường tủy sống</p>	43
	<p>Ảo giác liên quan đến thuốc chẹn beta: Thông tin từ Bản tin Adverse Drug Reaction News của HSA</p>	46
	<p>Medsafe: Nguy cơ nhiễm toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion khi sử dụng paracetamol</p>	48
	<p>CBIP: Nguy cơ xuất huyết khi phối hợp NSAID và các thuốc chống đông đường uống</p>	50



Vắc xin

Thông tin Vắc xin

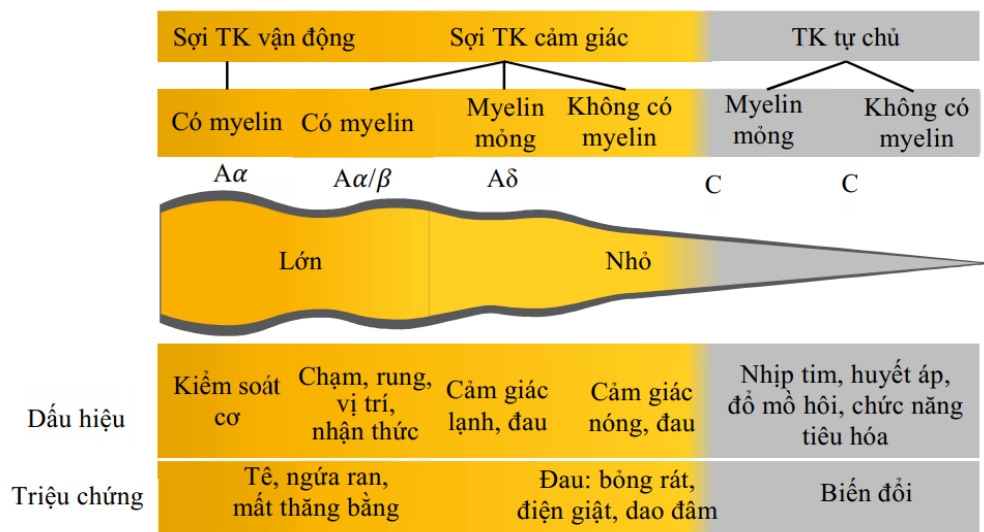
53



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Điều trị bệnh đa dây thần kinh đái tháo đường

I. Định nghĩa



Hình: Các dấu hiệu và triệu chứng tương ứng với sợi thần kinh bị ảnh hưởng

Bệnh đa dây thần kinh ĐTD là một thể của biến chứng thần kinh ĐTD do tổn thương dây thần kinh ngoại biên (thường là cảm giác và vận động) theo kiểu đối xứng ngọn chi, phụ thuộc vào chiều dài (từ ngoài vào trong theo kiểu hình “mang găng mang vớ”). Tốc độ dẫn truyền và biên độ đáp ứng đều giảm ở cả dây thần kinh vận động và cảm giác từ xa đến gần. Các dấu hiệu rối loạn cảm giác xuất hiện sớm hơn rối loạn vận động, do phần xa nhất của dây thần kinh cảm giác nằm xa hơn so với dây thần kinh vận động.

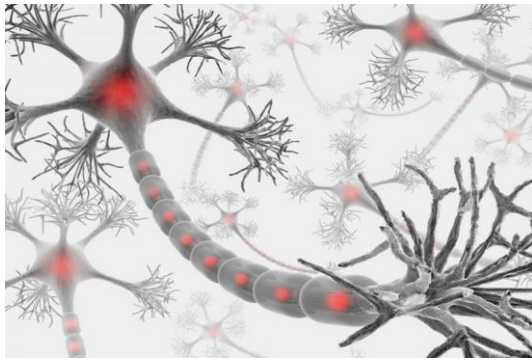
Đối với các sợi trục vận động, tái phân bố sợi trục có thể bù đắp cho sự mất phân bố thần kinh, giúp giảm hậu quả của mất sợi trục vận động, đặc biệt trong giai đoạn sớm của bệnh đa dây thần kinh ĐTD. Ở giai đoạn muộn của bệnh có thể teo cơ, yếu cơ bàn chân, teo cơ gian cốt ở bàn tay nhưng

người bệnh thường không than phiền cho đến giai đoạn rất muộn. Rối loạn vận động của bệnh đa dây thần kinh do ĐTD bao gồm: yếu cơ và giảm sức mạnh cơ, teo cơ, giảm chất lượng cơ, hậu quả chức năng của rối loạn vận động như: dáng đi không vững, mất ổn định tư thế và té ngã thường xuyên. Đối với các sợi trục cảm giác, triệu chứng bắt đầu ở các đoạn xa của chi (bàn chân, cẳng chân) rồi lan dần lên trên với các biểu hiện lâm sàng điển hình liên quan đến rối loạn chức năng thần kinh sợi lớn và sợi nhỏ. Các triệu chứng “dương tính” thường gặp lúc nghỉ ngơi như tê bì, dị cảm, ngứa ran, châm chích, nóng rát, đau làm giảm chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng trực tiếp đến giấc ngủ. Bên cạnh đó, các triệu chứng “âm tính” biểu hiện dưới dạng giảm phản xạ gân xương và giảm các cảm giác nhiệt, áp lực và đau làm tăng nguy cơ tiến triển đến biến chứng loét bàn chân.

II. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý chuyển hóa: suy giáp, suy thận, thiếu hụt dinh dưỡng (thiếu vitamin B12, pyridoxin, thiamin, tocopherol. Trong đó, người bệnh thiếu hụt vitamin B12 có thể có các triệu chứng tương tự như: tê bì, dị cảm, mất thăng bằng).
- Rối loạn hệ thống: viêm mạch máu, bệnh protein đơn dòng máu (paraproteinemia), bệnh lắng đọng amyloid (amyloidosis).
- Bệnh nhiễm trùng: HIV, viêm gan B, Lyme.
- Bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh viêm mạn tính mất myelin.
- Nhiễm độc: acrylamid, các phospho hữu cơ, nhiễm kim loại nặng như arsen, thủy ngân, nhiễm độc do thuốc (amiodaron, hóa trị hoặc rượu, rượu giảm hấp thu thiamin nên dẫn đến triệu chứng thần kinh ngoại biên).
- Bệnh lý thần kinh do di truyền.

III. Điều trị bệnh đa dây thần kinh đái tháo đường



Có ba nguyên tắc chính trong quản lý bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ:

- Điều trị bệnh ĐTĐ tối ưu bao gồm điều chỉnh lối sống, kiểm soát đường huyết tích cực và quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch.
- Điều trị thuốc theo cơ chế bệnh sinh,
- Điều trị giảm đau triệu chứng ở thể có đau.

1. Điều trị nguyên nhân gây bệnh

Tối ưu hóa kiểm soát đường huyết để:

- Ngăn ngừa hoặc trì hoãn sự tiến triển bệnh thần kinh ở người bệnh ĐTĐ típ 1.
- Làm chậm tiến triển của bệnh thần kinh ở người bệnh ĐTĐ típ 2.

Tối ưu hóa quản lý cân nặng, huyết áp và lipid máu để giảm nguy cơ hoặc làm chậm tiến triển của bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ..

2. Điều trị theo cơ chế bệnh sinh

- Dựa trên bệnh sinh của bệnh thần kinh ĐTĐ liên quan đến sự tăng sinh quá mức các gốc oxy hóa ức chế các enzyme chính của con đường đường phân, liệu pháp điều trị theo cơ chế bệnh sinh được đề xuất. Trong số các hoạt chất có bằng chứng lâm sàng đến hiện nay, alpha-lipoic acid (ALA) và benfotiamine là hai hoạt chất đã được cấp phép và phê duyệt để điều trị bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ tại nhiều quốc gia trên thế giới.

Nhóm thuốc này có thể sử dụng cho người bệnh không có triệu chứng hoặc có triệu chứng (tê bì, dị cảm, rối loạn cảm giác...) nhưng chưa đau hoặc phối hợp với các thuốc nhóm giảm đau thần kinh để giảm đau và duy trì hiệu quả lâu dài. Cả hai thuốc đều ít tác dụng phụ đáng kể, không cần hiệu chỉnh liều cho người bệnh suy gan, suy thận (xem Bảng 1), có thể điều trị

dài hạn. Do các biến chứng thần kinh đã xuất hiện từ sớm ngay giai đoạn tiền ĐTĐ nên có thể cân nhắc sử dụng nhóm thuốc này càng sớm càng tốt.

a. Alpha-lipoic acid (α -lipoic acid) (tên gọi khác acid thioctic)

- Cơ chế: Alpha-lipoic acid (ALA) là chất chống oxy hóa mạnh giúp bất hoạt các gốc oxy hóa và tái tạo các chất chống oxy hóa nội sinh khác (vitamin E, vitamin C, glutathione), qua đó giảm stress oxy hóa của chu trình đường phân tế bào.

- Liều dùng: Viên uống 600 mg, 1 lần/ngày, uống 30 phút trước ăn sáng. ALA dạng viên uống cần tối thiểu 3 - 5 tuần để thấy rõ hiệu quả. Có thể sử dụng dạng tiêm truyền tĩnh mạch 600 mg, 1 lần/ngày từ 5 ngày đến 2 - 4 tuần để đạt hiệu quả điều trị nhanh hơn, sau đó tiếp tục với dạng viên uống.

- Tác dụng phụ rất hiếm (<0,01%):

+ Dạng viên uống: buồn nôn, nôn, đau dạ dày – ruột, tiêu chảy, phát ban, mày đay, ngứa, thay đổi và/hoặc rối loạn vị giác, hạ đường huyết

+ Dạng truyền: phản ứng tại vị trí tiêm, mày đay, ngứa, chàm, ban da, thay đổi hoặc rối loạn vị giác, ban xuất huyết, huyết khối

+ Nên duy trì lâu dài việc sử dụng thuốc theo cơ chế bệnh sinh. Nghiên cứu NATHAN 1 cho thấy các khiếm khuyết thần kinh được cải thiện sau 4 năm ở người bệnh mức độ nhẹ - trung bình. Một nghiên cứu khác trên người bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ có đau điều trị ALA 600 mg trong 5 năm, nếu ngưng điều trị sẽ tiến triển các triệu chứng thần kinh hoặc tăng tỉ lệ tác dụng phụ khi chuyển sang gabapentin.

b. Benfotiamine

- Cơ chế: Là tiền chất vitamin B1, sinh khả dụng cao hơn 50 lần vitamin B1 do tan trong lipid giúp tăng hấp thu thụ động, không bị hạn chế do phụ thuộc vào các thụ thể vận chuyển như vitamin B1. Benfotiamine giúp hoạt hóa transketolase, làm chuyển dịch các sản phẩm tích lũy của chu trình đường phân sang chu trình pentose photphat.

Ngoài ra, benfotiamine có thể dùng để điều trị bệnh đa dây thần kinh do nguyên nhân khác (không phải ĐTD) như do nghiện rượu.

- **Liều dùng:** Liều khởi đầu 300-450 mg/ngày tùy thuộc mức độ nặng trong thời gian tối thiểu từ 4-8 tuần. Uống 1 viên/lần, 2-3 lần/ngày.

- **Tác dụng phụ rất hiếm (<0,01%):** nổi mào đay, nổi mẩn, buồn nôn.

3. Điều trị giảm đau triệu chứng ở thể có đau

Khi người bệnh bệnh đa dây thần kinh ĐTD có triệu chứng đau cần được chỉ định thuốc giảm đau thần kinh, cần lưu ý:

- Cần chỉnh liều để tìm “ngưỡng” đáp ứng cá thể hóa, cân nhắc giữa hiệu quả giảm đau và tác dụng phụ.

- Đánh giá đáp ứng thuốc sau 2–4 tuần dùng.

- Mức giảm đau từ 30 đến 49% được xem là có ý nghĩa lâm sàng. Mức giảm đau từ 50% trở lên là giảm đau “mạnh” giúp người bệnh cải thiện giấc ngủ, mệt mỏi, trầm cảm, chất lượng cuộc sống, khả năng hoạt động và công việc.

- Liệu pháp đơn trị bất kì trong giảm đau chỉ đáp ứng tối đa 50%, do đó có thể cần phối hợp điều trị.

- Lưu ý tương tác thuốc và bệnh đi kèm, do người bệnh ĐTD thường có nhiều bệnh đi kèm và dùng nhiều loại thuốc (xem Bảng 1).

a. Thuốc chống co giật (Gabapentinoid)

- **Cơ chế:** Là nhóm thuốc chống co giật và giảm đau có cấu trúc tương tự chất ức chế thần kinh trung ương GABA (acid gamma-aminobutyric) nhưng không tác động trực tiếp lên thụ thể GABA, không làm thay đổi cấu trúc, giải phóng, chuyển hóa và hấp thu GABA. Chúng gắn với các mô thần kinh trung ương với ái lực cao tại tiểu đơn vị $\alpha 2$ - δ của kênh canxi.

*** Pregabalin:**

- **Liều dùng:** Liều khởi đầu 50 mg x 3 lần/ngày, có thể tăng trong 1 tuần đến liều tối đa 100 mg x 3 lần/ngày. Tăng liều không tăng thêm lợi ích nhưng thêm nhiều tác dụng phụ. Cần chỉnh liều ở người bệnh suy thận dựa theo độ lọc cầu thận

Độ lọc cầu thận (ml/phút)	Tổng liều pregabalin hàng ngày		
	Liều khởi đầu (mg/lần)	Liều tối đa (mg/lần)	Liều dùng
≥ 60	50	100	3 lần/ngày
30 - 60	25	50	3 lần/ngày
15 - 30	25	75	1-2 lần/ngày
< 15	25	75	1 lần/ngày
Bổ sung liều sau lọc máu			
	25	100	1 lần/ngày

- **Tác dụng phụ** rất thường gặp ($\geq 10\%$): Phù ngoại vi, chóng mặt, ngủ gà, mất điều vận, đau đầu, tăng cân, khô miệng, run cơ, nhìn mờ, nhìn đôi, nhiễm khuẩn.

*** Gabapentin:**

- **Liều dùng:** 300 mg x 1 lần/ngày (ngày 1); 300 mg x 2 lần/ngày (ngày 2); 300 mg x 3 lần/ngày (ngày 3) hoặc ngày đầu 300 mg x 3 lần/ngày. Sau đó tăng từng bước 300 mg cách 2-3 ngày tăng 1 lần dựa trên đáp ứng người bệnh cho đến khi đạt liều hiệu quả. Liều tối đa 3,6 g/ngày.

- **Tác dụng phụ** thường gặp ($\geq 1\%$ đến $< 10\%$): mất phối hợp vận động, rung giật nhãn cầu, mệt mỏi, chóng mặt, phù, buồn ngủ, giảm trí nhớ, khó tiêu, khô miệng, táo bón, đau bụng, tiêu chảy, phù mạch ngoại vi, viêm mũi, viêm họng – hầu, ho, viêm phổi, nhìn đôi, giảm thị lực đau cơ, đau khớp, mẩn ngứa, ban da, giảm bạch cầu, liệt dương, nhiễm virus. Tác dụng phụ của các thuốc chống co giật có thể nghiêm trọng hơn ở người cao tuổi và có thể giảm bớt bằng cách bắt đầu với liều thấp hơn và điều chỉnh liều từ từ.

Các thuốc chống co giật thường làm tăng nguy cơ có suy nghĩ/ hành vi tự sát. Do đó cần giám sát chặt chẽ người bệnh về các biểu hiện trầm cảm, khuynh hướng muốn tự sát, những thay đổi hành vi bất thường trong quá trình điều trị. Các thuốc chống co giật không được ngừng đột ngột vì có khả

năng làm tăng cơn co giật, phải giảm liều từ từ trong ít nhất 1 tuần trước khi ngừng thuốc.

b. Chất ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrin (SNRI)

- **Cơ chế:** Các thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrin (SNRI - Serotonin-norepinephrin reuptake inhibitors) bao gồm duloxetine, venlafaxin, có tác dụng ức chế tái hấp thu serotonin và noradrenalin, dẫn đến tăng nồng độ serotonin, noradrenalin ở khe sinap và tăng đáp ứng hậu sinap.

*** Duloxetine:**

- **Liều dùng:** 60 mg, 1 lần/ngày. Không có bằng chứng cho thấy liều cao hơn 60 mg/ngày đem đến hiệu quả cao hơn rõ rệt. Với những người bệnh dung nạp kém có thể cân nhắc liều thấp hơn.

Không sử dụng cho người bệnh suy gan hoặc suy thận có độ lọc cầu thận < 30 ml/phút.

- **Tác dụng phụ:** Buồn nôn, nhức đầu, khô miệng, buồn ngủ, chóng mặt.

*** Venlafaxin:**

- **Liều dùng** (viên phóng thích kéo dài): Liều khởi đầu 37,5 mg, 1 lần/ngày (bữa sáng hoặc tối) trong 4-7 ngày đầu, sau đó tăng đến 75 mg/ ngày tùy đáp ứng của người bệnh. Liều dùng có thể tăng dần lên mỗi lần 75 mg/ngày sau từng khoảng thời gian ít nhất 4 ngày đến khi đạt yêu cầu điều trị. Liều tối đa khuyến cáo là 225 mg/ngày

- **Tác dụng phụ** rất thường gặp ($\geq 10\%$): khô miệng (10%), đau đầu (30,3%), buồn nôn (20%), toát mồ hôi (12,2%). Thường gặp (từ $\geq 1/100$ đến $< 1/10$): tăng cholesterol máu, giảm cân, ác mộng, giảm ham muốn tình dục, chóng mặt, tăng trương lực cơ, mất ngủ, lo âu hồi hộp, buồn ngủ, dị cảm, run, rối loạn cảm xúc, rối loạn tầm nhìn, tăng huyết áp, giãn mạch, nhịp tim nhanh.

- **Chống chỉ định** người bệnh nguy cơ cao loạn nhịp tim, tăng huyết áp không kiểm soát.

Tất cả người bệnh đang được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm cho bất kỳ chỉ định nào đều cần được theo dõi thích hợp và quan sát chặt chẽ về tình trạng lâm sàng xấu đi, khuynh hướng tự sát và những thay đổi hành vi bất thường, đặc biệt trong vài tháng đầu điều trị hoặc khi có thay đổi liều, dù là tăng hay giảm. Các tác dụng phụ có thể nghiêm trọng hơn ở người cao tuổi, nhưng có thể giảm bớt khi sử dụng liều thấp hơn và tăng liều từ từ.

c. Thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA)

- **Cơ chế:** Thuốc chống trầm cảm ba vòng ức chế tái hấp thu serotonin và noradrenalin ở các đầu dây thần kinh. Thuốc ức chế kênh natri, kali và thụ thể N- Methyl-D-Aspartate (NMDA) ở cả thần kinh trung ương và tủy sống, bao gồm amitriptylin.

- **Liều dùng:** Khởi đầu 12.5-25 mg/ngày vào buổi tối. Có thể tăng 12.5-25 mg/ngày sau mỗi 3-7 ngày đến liều khuyến cáo 25-75 mg/ngày. Thận trọng khi dùng liều trên 100 mg theo dung nạp người bệnh. Có thể chia thành 1-2 lần trong ngày, không nên dùng liều trên 75 mg/lần. Tác dụng giảm đau thường xuất hiện sau 2-4 tuần.

- **Tác dụng phụ** thường gặp ($\geq 1\%$ đến $< 10\%$): an thần quá mức, mất định hướng, ra mồ hôi, tăng thèm ăn, chóng mặt, nhức đầu, tụt huyết áp tư thế, tăng huyết áp, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, blocc nhĩ thất, blocc nhánh, giảm tình dục, buồn nôn, táo bón, khô miệng, mất điều phối, kích động, hung hăng, khó điều tiết, mờ mắt, giãn đồng tử, tăng tiết mồ hôi.

Một số nhóm thuốc khác không được khuyến cáo trong nhóm giảm đau bao gồm:

- Thuốc chẹn kênh natri (lamotrigin, lacosamid, carbamazepin, oxcarbazepine, acid valproic), miếng dán lidocaine 5%: do có nghiên cứu hạn chế trong điều trị đau do bệnh thần kinh ĐTD.

- Opiod (thuốc gây nghiện), tramadol, tapentadol: do tác dụng phụ lớn hơn lợi ích.

Thuốc	Nhóm	Liều ban đầu (mg/ngày)	Liều duy trì (mg/ngày)	Phác đồ liều lượng	Liều tối đa được phép (mg/ngày)	Tác dụng phụ
Điều trị triệu chứng đau						
Pregabalin	Chất liên kết tiểu đơn vị $\alpha 2$ - δ kênh canxi	150	300	3 lần/ngày	300 (nếu không suy thận)	Rất thường gặp ($\geq 10\%$): Phù ngoại vi, chóng mặt, ngủ gà, mất điều vận, đau đầu, tăng cân, khô miệng, run cơ, nhìn mờ, song thị, nhiễm khuẩn
Gabapentin	Chất liên kết tiểu đơn vị $\alpha 2$ - δ của kênh canxi	300	1.200-3.000	3 lần/ngày	3.600 (nếu không suy thận)	Thường gặp ($\geq 1\%$ đến $< 10\%$): mất phối hợp vận động, rung giật nhãn cầu, mệt mỏi, chóng mặt, phù, buồn ngủ, giảm trí nhớ, khó tiêu, khô miệng, táo bón, đau bụng, tiêu chảy, phù mạch ngoại vi, viêm mũi, viêm họng – hầu, ho, viêm phổi, song thị, giảm thị lực đau cơ, đau khớp, mẩn ngứa, ban da, giảm bạch cầu, liệt dương, nhiễm virus.
Duloxetine	SNRI	60	60	1 lần/ngày	60. Chống chỉ định suy	Buồn nôn, nhức đầu, khô miệng, buồn

					thận nặng	ngủ, chóng mặt.
Venlafaxin (phóng thích kéo dài)	SNRI	37.5	150- 225	1 lần/ngày	225	Rất thường gặp ($\geq 10\%$): khô miệng (10%), đau đầu (30,3%), buồn nôn (20%), toát mồ hôi (12,2%). Thường gặp (từ $\geq 1/100$ đến $< 1/10$): Tăng cholesterol huyết, giảm cân, ác mộng, giảm ham muốn tình dục, chóng mặt, tăng trương lực cơ, mất ngủ, lo âu hồi hộp, buồn ngủ, dị cảm, run, rối loạn cảm xúc, rối loạn tầm nhìn, tăng huyết áp, giãn mạch, nhịp tim nhanh.
Amitriptylin	TCA	12.5-25	25-75	1-2 lần/ngày	150 (nên thận trọng khi sử dụng liều trên 100 mg)	Thường gặp ($\geq 1\%$ đến $< 10\%$): an thần quá mức, mất định hướng, ra mồ hôi, tăng thèm ăn, chóng mặt, nhức đầu, tụt huyết áp tư thế, tăng huyết áp, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh, blocc nhĩ thất, blocc nhánh, giảm tình dục, buồn nôn, táo bón, khô miệng, mất điều phối, kích

						động, hung hăng, khó điều tiết, mờ mắt, giãn đồng tử, tăng tiết mồ hôi.
Điều trị theo cơ chế bệnh sinh						
Alpha-lipoic acid (ALA)	Chất chống oxy hóa	600 (uống hoặc tiêm truyền tĩnh mạch)	600 (uống)	1 lần/ngày	600 (tiêm tĩnh mạch và uống)	Rất hiếm (<0,01%) Uống buồn nôn, nôn, đau dạ dày – ruột, tiêu chảy, phát ban, mày đay, ngứa, thay đổi và/hoặc rối loạn vị giác, hạ đường huyết. Truyền: phản ứng tại vị trí tiêm, mày đay, ngứa, chàm, ban da, thay đổi hoặc rối loạn vị giác, ban xuất huyết, huyết khối
Benfotiamine	Tiền chất vitamin B1	300-450	300-450	1-3 lần/ngày	450	Rất hiếm (<0,01%) nổi mày đay, nổi mẩn, buồn nôn

Bảng 1. Các biện pháp điều trị bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ có bệnh đi kèm và cân nhắc đến tương tác

Thuốc/nhóm	Duloxetine	Gabapentinoid (Pregabalin/ gabapentin)	Thuốc chống trầm cảm ba vòng	Alpha-lipoic acid /benfotiamine
Trầm cảm	+ ^a	± ^a	+	±
Rối loạn lo âu lan tỏa (GAD)	+	+	+	±
Mất ngủ	+	+	+	±
Bệnh thần kinh tự chủ	±	±	↓ ^b	+ ^d
Béo phì	±	↓	↓	±
Bệnh tim mạch vành	±	±	↓	±
Mức đường huyết đói	(↓)	±	(↓)	(+) ^d
Suy gan	↓	±	Chỉnh liều ^e	±
Suy thận nặng	↓	Chỉnh liều	Chỉnh liều ^e	±
Tương tác	↓	±	↓	±
Điều trị theo cơ chế bệnh sinh	Không	Không	Không	Có

Chú thích: + tác dụng có lợi, (+) bằng chứng hạn chế về tác dụng có lợi; ↓ tác động bất lợi, (↓) bằng chứng hạn chế về tác động bất lợi; ± không có tác dụng liên quan;

a Thêm tác dụng chống lo âu trong rối loạn lo âu lan tỏa (GAD); b Thận trọng trong rối loạn tiêu tiện hoặc bệnh lý thần kinh tự chủ tim mạch do tác dụng phụ kháng cholinergic; c Thận trọng do làm chậm quá trình vận chuyển qua đường tiêu hóa trong bệnh lý thần kinh đường tiêu hóa; d Chỉ áp dụng cho alpha-lipoic acid; e Tùy thuộc vào từng thuốc cụ thể

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2025, Mục 23, Quyết định số 3510/QĐ-BYT ngày 11 tháng 11 năm 2025 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường”



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Phân tích thực trạng sử dụng statin trong dự phòng tim mạch tại một số khoa nội trú của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025

I. Đặt vấn đề

Bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (Atherosclerotic Cardiovascular Disease -ASCVD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong toàn cầu, ước tính có 19,8 triệu người tử vong do bệnh tim mạch vào năm 2022 và chiếm 32% tổng số ca tử vong hằng năm theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 1. Nồng độ cholesterol huyết thanh có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ mắc ASCVD; mức cholesterol càng thấp, nguy cơ mắc bệnh càng giảm. Statin là thuốc ức chế enzym HMG-CoA reductase, làm giảm quá trình tổng hợp cholesterol nội sinh. Điều này kích thích gan tăng biểu hiện thụ thể LDL, qua đó làm giảm nồng độ LDL-C trong máu. Các nghiên cứu đã chứng minh được statin làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc và tử vong do ASCVD 2. Theo các hướng dẫn điều trị hiện nay, statin được chỉ định cho các trường hợp điều trị rối loạn lipid máu -có tăng LDL -C nghiêm trọng (LDL -C > 190mg/dL [$> 4,9\text{mmol/L}$]), các bệnh nhân trưởng thành mắc đái tháo đường, dự phòng tiên phát và dự phòng thứ phát nguy cơ tim mạch do xơ vữa 3-7. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là cơ sở tuyến cuối, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân nội trú mắc các bệnh lý tim mạch do xơ vữa, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu -những đối tượng có chỉ định sử dụng statin trong điều trị và dự phòng biến cố tim mạch. Qua thực hành lâm sàng, dược sĩ ghi nhận rằng việc sử dụng statin vẫn chưa tối ưu về chỉ định và liều dùng so với mức độ nguy cơ tim mạch

của người bệnh. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện tại một số khoa có tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao, nhằm mục tiêu: Phân tích thực trạng sử dụng nhóm thuốc statin trong điều trị nội trú tại Bệnh viện TƯQĐ 108

II. Đối tượng và phương pháp

1. Đối tượng

Toàn bộ bệnh nhân từ 40-75 tuổi xuất viện trong khoảng thời gian từ 13-26/04/2025 tại ba khoa: Nội Tim mạch (A2-A), Đột quỵ não (A7-C) và Nội tiết (A14). Đây là các khoa có tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao, là đối tượng có chỉ định sử dụng statin theo hướng dẫn hiện hành. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có đầy đủ thông số để phân tầng nguy cơ tim mạch theo khuyến cáo (KC) của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2019, 2021, 2023 bao gồm một trong các điều kiện sau: Có ASCVD. Có mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Có mắc bệnh thận mạn (BTM). Có đủ các thành phần để ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2, SCORE2-OP và SCORE2-DIABETES bao gồm: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang trên hồ sơ bệnh án điện tử, thu thập dữ liệu tại thời điểm ra viện trong một đợt điều trị nội trú của bệnh nhân.

Cỡ mẫu và lựa chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy 95%

+ p: Tỷ lệ kê đơn statin hợp lý, ở đây lấy giá trị $p = 0,6178$.

d: Sai số cho phép, ở đây lấy giá trị 10%

Thay vào công thức, số lượng mẫu tối thiểu cần thiết là khoảng 91 bệnh nhân. Trong quá trình thu thập dữ liệu, nghiên cứu đã ghi nhận được 230 bệnh nhân tại 3 khoa xuất viện trong khoảng thời gian từ 13 -26/04/2025, thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Việc thu được số lượng lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu giúp tăng độ tin cậy và giá trị phân tích của nghiên cứu. Chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Đặc điểm chung của bệnh nhân và đặc điểm giá trị LDL-C của bệnh nhân và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch, đặc điểm kê đơn statin; Tính phù hợp của việc kê đơn statin: Chỉ định, cường độ statin sử dụng. Quy ước nghiên cứu:

Phân tầng nguy cơ tim mạch, mục tiêu LDL-C và đánh giá tính phù hợp về chỉ định cũng như cường độ statin được xác định theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) các năm 2019, 2021 và 2023 5-7. Trong trường hợp ba hướng dẫn đưa ra các phân tầng nguy cơ tim mạch khác nhau, bệnh nhân sẽ được phân loại theo mức nguy cơ cao nhất. Ước tính nguy cơ tim mạch cho người lớn có vẻ ngoài khỏe mạnh bằng SCORE2 (40 -< 70 tuổi) và SCORE2-OP (≥ 70 tuổi) qua trang mdcalc.com, lựa chọn vùng nguy cơ cao⁴. Chỉ định sử dụng statin được xem là phù hợp khi bệnh nhân thuộc nhóm có khuyến cáo điều trị statin theo hướng dẫn ESC và thực tế đã được kê đơn statin. Những trường hợp có chỉ định phù hợp sẽ tiếp tục được đánh giá về tính hợp lý của liều dùng. Quy ước về cường độ statin được biểu diễn trong Bảng 1

Bảng 1. Các mức cường độ của statin²⁻³

Thuốc	Cường độ statin		
	Yếu (Giảm LDL-C 20-25%)	Trung bình (Giảm LDL-C 30-49%)	Mạnh (Giảm LDL-C ≥ 50%)
Lovastatin	10 - 20mg	40 - 80mg	
Pravastatin	10 - 20mg	40 - 80mg	
Simvastatin	10mg	20 - 40mg	
Fluvastatin	20 - 40mg	80mg	
Pitavastatin		1 - 4mg	
Atorvastatin	5 mg	10 - 20mg	40 - 80mg
Rosuvastatin		5 - 10mg	20 - 40mg

Mục tiêu LDL-C và cường độ statin phù hợp được thể hiện trong Bảng 2.

Bảng 2. Đích LDL-C cần đạt của từng phân tầng nguy cơ và căn cứ đánh giá tính phù hợp về chỉ định và cường độ statin.

Phân tầng nguy cơ tim mạch	Mục tiêu LDL-C điều trị	Chỉ định và cường độ statin phù hợp theo từng phân tầng nguy cơ
Rất cao	Giảm LDL-C ≥ 50% so với ban đầu ^a và mục tiêu LDL-C <1,4 mmol/L (<55mg/dL) ^b	Dùng statin cường độ mạnh ^c
Cao	Giảm LDL-C ≥ 50% so với ban đầu ^a và mục tiêu LDL-C <1,8 mmol/L (< 70mg/dL) ^b	Dùng statin cường độ mạnh ^c
Thấp – trung bình	LDL-C < 2,6mmol/L (<100mg/dL)	Không bắt buộc dùng statin, trừ bệnh nhân ĐTD ^d Đối với các trường hợp có chỉ định điều trị statin, cường độ statin được đánh giá là phù hợp khi mức % giảm LDL-C đạt yêu cầu so với mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL)
Chú thích: ^a Do nghiên cứu mang tính hồi cứu và không có dữ liệu về tiền sử sử dụng statin hay giá trị LDL-C nền, giá trị LDL-C tại thời điểm nhập viện được quy ước là LDL-C ban đầu trước điều trị.		

^b Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh: Mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL)⁵⁻⁶.

^c Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh: Đối với các trường hợp có chỉ định điều trị statin, cường độ statin được đánh giá là phù hợp khi mức % giảm LDL-C đạt yêu cầu so với mục tiêu LDL-C 2,6mmol/L (100mg/dL).

^d Bệnh nhân ĐTD có nguy cơ tim mạch trung bình yêu cầu sử dụng statin cường độ trung bình⁹

Các trường hợp bệnh nhân không dùng thuốc nhưng được đánh giá là phù hợp bao gồm:

Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh có nguy cơ cao -rất cao theo SCORE2 và SCORE2-OP đã đạt đích LDL-C $< 2,6$ mmol/L (100 mg/dL)⁶;

Bệnh nhân ≥ 40 tuổi có vẻ ngoài khỏe mạnh có nguy cơ thấp -trung bình theo SCORE2 và SCORE2-OP có LDL-C $> 2,6$ mmol/L (100mg/dL), cần ưu tiên thay đổi lối sống hơn⁶

Bệnh nhân tăng creatine kinase (CK) > 4 lần giới hạn trên bình thường được ngừng statin trong 6 tuần cho đến khi nồng độ CK và triệu chứng về bình thường⁵;

Bệnh nhân tăng triglyceride máu nặng > 10 mmol/L (880 mg/dL) cần dùng fibrat hơn để phòng ngừa viêm tụy cấp⁵

3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.4.1. Các biến phân loại được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%), trong khi các biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn (SD). So sánh sự khác biệt giữa các nhóm được thực hiện bằng phép kiểm Chi-bình phương hoặc Fisher's exact test (khi thích hợp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

III. Kết quả

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 3

Bảng 3. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Toàn mẫu (n=230)
Tuổi, TB ± SD	62,6 ± 9,0
40 - <70 tuổi	172 (74,8%)
≥ 70 tuổi	58 (25,2%)
Giới tính, n (%)	151 (65,7%)
Nam	79 (34,3%)
Nữ	
Tình trạng bệnh lý, n (%)	131 (57,0%)
ASCVD	78 (33,9%)
Đái tháo đường	151 (65,7%)
Tăng huyết áp	04 (1,7%)
Bệnh thận mạn	
LDL-C (n =135*)	3,2 ± 0,9
TB ± SD (mmol/l)	0,42 – 5,44
Min -Max	
Đang hút thuốc lá	05 (2,2%)
Khoa	103 (44,8%)
Nội tim mạch (A2-A)	96 (41,7%)
Đột quy não (A7-C)	31 (13,5%)
Nội tiết (A14)	
Chú thích: *Chỉ 135 bệnh nhân được làm xét nghiệm LDL-C	

Bệnh nhân được phân loại vào 3 nhóm nguy cơ độc lập theo phân tầng nguy cơ tim mạch cao nhất là: Có ASCVD, mắc ĐTĐ không có ASCVD và bệnh nhân có vẻ ngoài khỏe mạnh. Đặc điểm giá trị LDL-C của bệnh nhân và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm giá trị LDL-C và tỷ lệ kê đơn statin theo phân tầng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân

Nhóm nguy cơ	Phân tầng nguy cơ	n	Đích LDL-C dựa theo khuyến cáo n (%)			Kê statin n (%)
			Được đo		Không đo	
			Đạt	Chưa đạt		
ASCVD (n = 131)	Rất cao	131	01 (0,8%)	48 (26,6%)	82 (62,6%)	120 (91,6%)
ĐTĐ không ASCVD (n = 42)	TB	04	0 (0%)	02 (50,0%)	02 (50,0%)	0 (0%)
	Cao	34	03 (8,8%)	24 (70,6%)	7 (20,6%)	22 (64,7%)
	Rất cao	04	0 (0%)	0 (0%)	04 (100%)	02 (50,0%)
SCORE2/ SCORE2-OP (n = 57)	Thấp-TB	18	7 (38,9%)	11 (61,1%)	0 (0%)	01 (5,6%)
	Cao	20	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0 (0%)	05 (25,0%)
	Rất cao	19	1 (5,3%)	18 (94,7%)	0 (0%)	07 (38,9%)

Tổng số 157/230 bệnh nhân (68,3%) được kê đơn statin trong quá trình điều trị nội trú. Bảng 5 trình bày các đặc điểm liên quan đến việc kê đơn statin

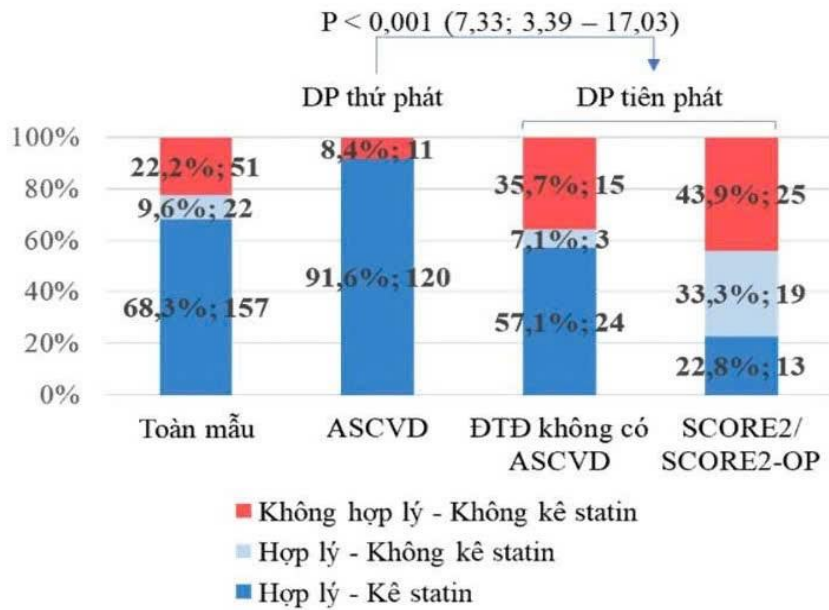
Bảng 5. Đặc điểm kê đơn statin

Đặc điểm	n (%) (n = 157)
Mục đích dự phòng	
Tiền phát	37 (23,6%)
Thứ phát	120 (76,4%)
Cường độ statin	
Yếu	01 (0,6%)
Trung bình	91 (58,0%)
Mạnh	65 (41,4%)
Hoạt chất	
Atorvastatin	18 (11,5%)
Rosuvastatin	138 (87,9%)
Simvastatin	01 (0,6%)
Khoa	
Nội tim mạch (A2-A)	56 (35,7%)
Đột quỵ não (A7-D)	78 (49,7%)
Nội tiết (A14)	23 (14,6%)

2. Tính phù hợp của việc kê đơn statin

Tính phù hợp về chỉ định statin

Đánh giá tính phù hợp về chỉ định statin theo nhóm nguy cơ tim mạch của bệnh nhân được trình bày trong Hình 1



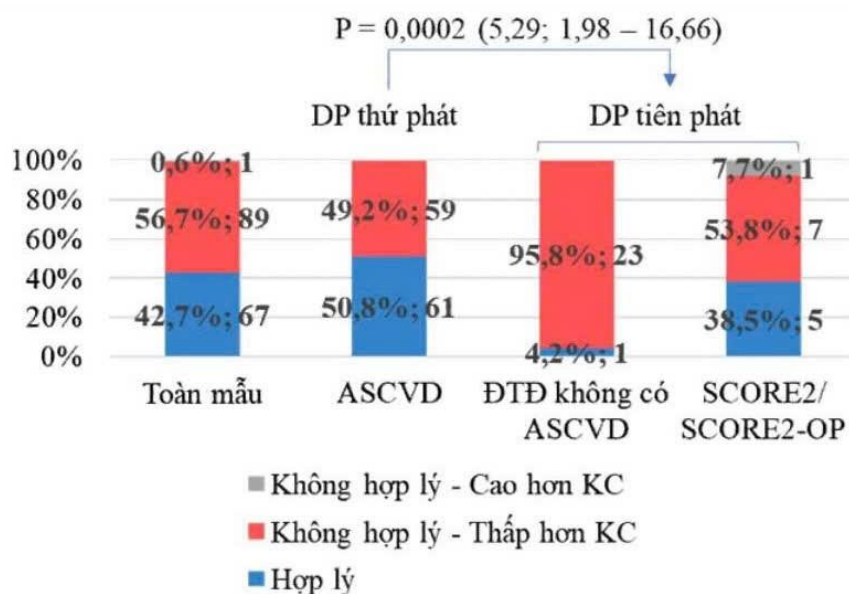
Hình 1. Tính phù hợp của việc kê đơn statin theo nhóm nguy cơ

Bảng 6. Tính phù hợp của việc kê đơn statin theo khoa lâm sàng

Nhóm nguy cơ	Khoa	n	Hợp lý n (%)	P-value (OR; 95%CI)
ASCVD	Toàn mẫu	131	120 (91,6%)	
	A2-A	44	39 (88,6%)	0,51 (0,58; 0,14 – 2,56)
	A7-C	83	77 (92,8%)	0,53 (1,49; 0,34 – 6,24)
	A14	04	04 (100%)	1 (∞ ; 0,06 – ∞)
ĐTĐ không ASCVD	Toàn mẫu	42	27 (64,3%)	
	A2-A	18	07 (38,9%)	0,004 (0,14; 0,02 – 0,64)
	A7-C	01	0 (0%)	0,36 (0; 0 – 21,67)
	A14	23	20 (87,0%)	0,001 (10,6; 2,08 – 76,64)
SCORE2 / SCORE2-OP	Toàn mẫu	57	32 (56,1%)	
	A2-A	41	26 (63,4%)	0,14 (2,83; 0,75 – 11,59)
	A7-C	12	04 (33,3%)	0,10 (0,31; 0,06 – 1,37)
	A14	04	02 (50,0%)	(0,77; 0,05 – 11,37)

Tính phù hợp về cường độ statin

Đánh giá tính phù hợp về chỉ định statin theo nhóm nguy cơ được trình bày trong Hình 2.



Hình 2. Tính phù hợp của việc kê đơn cường độ statin theo nhóm nguy cơ

III. Bàn luận

1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 230 bệnh nhân nội trú tại ba khoa của Bệnh viện TUQĐ 108: Nội tim mạch (44,8%), Đột quỵ (41,7%) và Nội tiết (13,5%). Đây đều là các khoa tiếp nhận nhiều bệnh nhân có ASCVD và đái tháo đường, qua đó phản ánh nhu cầu sử dụng statin cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự, trong đó khoa Tim mạch (32,0%) và khoa Nội tiết (26,6%) là nơi có tỷ lệ kê đơn statin cao nhất¹⁰.

Về tình trạng bệnh lý, hơn một nửa số bệnh nhân có ASCVD, trong khi tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt chiếm 65,7% và 33,9%. Đây là các bệnh lý thường song hành với rối loạn lipid máu và làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Arnold và cộng sự khi tập trung vào ba nhóm: Người trưởng thành có ASCVD, bệnh nhân 40-75 tuổi mắc đái tháo đường nhưng không có ASCVD, và bệnh nhân có LDL-C > 190mg/dL¹¹

Một hạn chế quan trọng của nghiên cứu là chỉ có 135/230 bệnh nhân (58,7%) được làm xét nghiệm LDL-C, mặc dù đây là mục tiêu điều trị then chốt. Việc thiếu dữ liệu này phản ánh thực tế rằng việc xét nghiệm

lipid máu chưa được thực hiện thường quy và chưa được ưu tiên trong thực hành tại Bệnh viện, gây khó khăn cho việc kiểm soát và điều chỉnh điều trị. Giá trị LDL-C trung bình $3,2 \pm 0,9$ mmol/L cao hơn mức bình thường của người khỏe mạnh (2,6mmol/L), trong khi đa số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao vốn cần đạt đích thấp hơn nhiều, có thể tới 1,4mmol/L⁴⁻⁷. Điều này gợi ý phần lớn bệnh nhân chưa đạt được mục tiêu LDL-C tuyệt đối

Phân tích theo phân tầng nguy cơ cho thấy 62,6% bệnh nhân ASCVD và toàn bộ bệnh nhân đái tháo đường không ASCVD nguy cơ rất cao không được làm xét nghiệm LDL-C khi nhập viện. Đây là những đối tượng được khuyến cáo mạnh mẽ (mức I) cần vừa giảm $\geq 50\%$ so với baseline vừa đạt LDL-C $< 1,4$ mmol/L (< 55 mg/dL)⁴⁻⁷. Việc đo LDL-C ngay từ khi nhập viện, đồng thời ghi nhận tiền sử dùng statin, sẽ giúp cá thể hóa điều trị tích cực hơn và có thể cân nhắc phối hợp thêm ezetimibe hoặc PCSK9i ở những trường hợp chưa đạt đích.

Trong số bệnh nhân có xét nghiệm LDL-C, đa số cũng không đạt mục tiêu, với tỷ lệ thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Arnold và cộng sự, nơi có 37% bệnh nhân ASCVD và 27% bệnh nhân đái tháo đường đạt LDL-C $< 1,8$ mmol/L¹¹. Mặc dù cỡ mẫu còn nhỏ, kết quả này phản ánh việc kiểm soát LDL-C ở Bệnh viện chưa được chú trọng đúng mức và nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu quy mô lớn hơn trong tương lai.

Về đặc điểm kê đơn, đa số bệnh nhân (76,4%) được sử dụng statin trong điều trị dự phòng thứ phát, phù hợp với việc hơn một nửa đối tượng nghiên cứu có ASCVD; sự hiện diện của xơ vữa động mạch có thể là yếu tố thúc đẩy bác sĩ chỉ định statin nhiều hơn. Tuy nhiên, trái với khuyến cáo rằng bệnh nhân ASCVD cần được điều trị bằng statin cường độ mạnh⁵⁻⁷, tỷ lệ sử dụng statin mạnh trong nghiên cứu chỉ đạt 41,4%. Về hoạt chất, phần lớn bệnh nhân (87,9%) được kê đơn rosuvastatin, khác biệt so với một số nghiên cứu khác cho thấy xu hướng ưu tiên simvastatin¹² hoặc

atorvastatin¹³⁻¹⁴. Một phân tích hệ thống và gộp dữ liệu của Zhang và cộng sự (2020) cho thấy rosuvastatin có hiệu quả giảm LDL-C mạnh nhất, điều này có thể giải thích sự ưu tiên của bác sĩ trong lựa chọn statin¹⁵

2. Tính phù hợp của kê đơn statin

Tính phù hợp về chỉ định statin

Kết quả nghiên cứu cho thấy so với dự phòng tiên phát, các bác sĩ có xu hướng ưu tiên dự phòng thứ phát hơn ($p < 0,05$). Ở nhóm bệnh nhân ASCVD, mức kê đơn statin đạt 91,6%, tại bệnh viện cao hơn đáng kể so với 62% trong nghiên cứu của Arnold tại hệ thống y tế Mỹ¹¹, và tương đồng với 92,5% trong một nghiên cứu tại Việt Nam tại khoa chuyên điều trị tim mạch. Mặc dù statin được khuyến cáo mạnh mẽ cho nhóm bệnh nhân này, vẫn còn 8,4% trường hợp không được chỉ định, cho thấy khoảng cách nhất định giữa thực hành và khuyến cáo.

Ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường không có ASCVD, mặc dù đã được các hướng dẫn trong và ngoài nước³⁻⁷ và đặc biệt là Hướng dẫn của Bộ Y tế⁷ quy định rõ rằng bệnh nhân đái tháo đường 40-75 tuổi bất kể nguy cơ tim mạch xơ vữa 10 năm là bao nhiêu, cần được điều trị statin cường độ trung bình, nhưng vẫn có 35,7% trường hợp trong nghiên cứu chưa được kê đơn. Con số này gần với dữ liệu của Mỹ, nơi chỉ 54% bệnh nhân đái tháo đường 40-75 tuổi dùng statin¹¹. Phân tích theo từng khoa cho thấy khoa Nội tiết chú trọng hơn đến phòng ngừa tiên phát bằng statin cho bệnh nhân đái tháo đường so với khoa Nội tim mạch

Ở nhóm bệnh nhân không có bệnh nền rõ ràng, statin được khuyến cáo cho đối tượng nguy cơ rất cao (mức I) và cân nhắc ở nhóm nguy cơ cao (mức IIa)⁶. Tuy nhiên, mức sử dụng statin trong nhóm này vẫn còn thấp, khi 43,9% bệnh nhân chưa được chỉ định theo khuyến cáo. Nguyên nhân có thể bao gồm yếu tố khách quan như phần mềm bệnh viện chưa tích hợp công cụ SCORE2, hoặc yếu tố chủ quan là bác sĩ chưa quen sử

dụng công cụ này, dẫn đến việc đánh giá nguy cơ chủ yếu dựa vào kinh nghiệm lâm sàng thay vì chuẩn hóa theo hướng dẫn.

Tính phù hợp về cường độ statin

Ở nhóm bệnh nhân ASCVD -vốn thuộc nguy cơ rất cao và được khuyến cáo sử dụng statin cường độ mạnh³⁻⁶ - tỷ lệ kê đơn hợp lý chỉ đạt 50,8%. Đây là khoảng trống đáng lưu ý, bởi khuyến cáo yêu cầu vừa giảm LDL-C $\geq 50\%$ so với mức nền vừa đạt $< 1,4 \text{ mmol/L}$ ⁴⁻⁶. Kết quả này thấp hơn so với 62,5% trong một nghiên cứu tại bệnh viện hạng 2 ở Việt Nam¹⁴, nhưng cao hơn tỷ lệ 34% trong nghiên cứu tại Mỹ¹¹

Ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường không ASCVD, sự khác biệt còn rõ rệt hơn. Trong khi nhóm đối tượng này có 90,5% bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao - rất cao, cần sử dụng statin cường độ mạnh³⁻⁷, thì chỉ có 4,2% bệnh nhân được kê cường độ statin hợp lý. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với 53,8% trong nghiên cứu của Elnaem và cộng sự (2019)⁸.

Đối với bệnh nhân được phân tầng bằng SCORE2/SCORE2-OP, tỷ lệ kê đơn hợp lý chỉ đạt 38,5%, với hơn một nửa dùng statin dưới mức khuyến cáo. Dù Hội Tim mạch học Việt Nam đã hướng dẫn áp dụng công cụ này theo vùng nguy cơ cao của châu Âu, ESC vẫn nhấn mạnh rằng lý tưởng nhất mỗi quốc gia cần có thuật toán nguy cơ riêng⁵. Việc áp dụng thang điểm chưa chuyên biệt cho người Việt Nam, cùng quan điểm nguy cơ nhiều hơn lợi ích trong dự phòng tiên phát, có thể khiến bác sĩ thận trọng hơn khi lựa chọn cường độ statin.

Trong thực hành, bác sĩ cũng thường ngại dùng statin liều cao do thiếu bằng chứng trong nước về mối liên quan LDL-C và biến cố tim mạch, đồng thời lo ngại nguy cơ vượt trội hơn lợi ích ở bệnh nhân đã gần đạt hoặc đạt mục tiêu tuyệt đối. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của ESC, bệnh nhân nguy cơ cao và rất cao không chỉ cần đạt LDL-C tuyệt đối mà còn phải giảm $\geq 50\%$ so với mức nền. Các thử nghiệm lâm sàng cũng cho thấy “LDL-C càng thấp càng tốt” và không ghi nhận ngưỡng dưới gây hại⁴⁻⁶. Do đó, tuân

thủ phác đồ hiện hành có thể mang lại lợi ích lâm sàng rõ rệt hơn cho bệnh nhân.

IV. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng statin và lựa chọn cường độ điều trị vẫn chưa tương xứng với mức độ nguy cơ tim mạch, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân dự phòng tiên phát. Khoảng cách giữa thực hành lâm sàng và khuyến cáo điều trị hiện hành vẫn còn rõ rệt. Do đó, cần tăng cường đào tạo chuyên môn, tích hợp công cụ phân tầng nguy cơ (SCORE2), thực hiện xét nghiệm lipid máu định kỳ và tuân thủ hướng dẫn điều trị để nâng cao hiệu quả dự phòng biến cố tim mạch trong thực hành

Tài liệu tham khảo:

Tống Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thùy Linh, Nguyễn Thị Hải Yến, Lê Thị Mỹ, Trần Thị Quỳnh Anh và Đinh Đình Chính (2025) *Phân tích thực trạng sử dụng statin trong dự phòng tim mạch tại một số khoa nội trú của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025*. Tập 20 - Số đặc biệt 10/2025: Hội nghị Khoa học Dược Bệnh viện năm 2025.

Link tham khảo:

<https://tcydls108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/2821/2430>



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Zicumgsv



1. Hoạt chất

Kẽm gluconat 105mg tương đương với kẽm 15mg

2. Chỉ định

Trẻ chậm tăng trưởng, còi xương, suy nhược về thể chất và tinh thần, khó ngủ, khóc đêm.

Phụ nữ có thai và cho con bú.

Chế độ ăn mất cân đối, ăn kiêng.

Tiêu chảy cấp và mạn tính, rối loạn đường tiêu hóa, biếng ăn, ăn không tiêu
Nhiễm trùng tái phát ở đường hô hấp, tiêu hóa, bệnh ngoài da, kể cả mụn và rôm sảy.

Các tổn thương ngoài da: viêm da đầu chi do bệnh đường ruột, da bị sừng hóa, khô ráp, dễ bị dị ứng, chàm, da đầu nhiều gàu.

3. Liều dùng

- Người lớn và trẻ em trên 6 tuổi: Uống 1 viên/ngày
- Trẻ em dưới 6 tuổi: Dùng dạng bào chế khác (như siro) phù hợp hơn
- Phụ nữ có thai và cho con bú: 1-2 viên/ngày

4. Cách dùng

Thuốc uống sau bữa ăn.

5. Chống chỉ định

- Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Zicumgsv của công ty cổ phần dược phẩm Hà Tây



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Travatan®



1. Hoạt chất

Travoprost 40 µg/ml

2. Chỉ định

Dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN được chỉ định làm giảm nhãn áp hay bệnh nhãn mắc bệnh glacom góc mở

3. Liều dùng

Sử dụng ở người lớn, kể cả bệnh nhân cao tuổi

Nhỏ 1 giọt dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN vào túi kết mạc của mắt bị bệnh 1 lần/ngày. Đạt được hiệu quả tối ưu nếu dùng thuốc vào buổi tối.

Không nên dùng TRAVATAN nhiều hơn 1 lần/ngày do đã có bằng chứng cho thấy dùng các thuốc tương tự prostaglandin thường xuyên hơn có thể làm giảm tác dụng hạ nhãn áp.

TRAVATAN có thể được dùng kết hợp với các thuốc tra mắt khác để làm hạ áp lực nội nhãn xuống thấp hơn.

Sử dụng ở trẻ em

Tính an toàn và hiệu quả điều trị của dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN ở các bệnh nhân dưới 18 tuổi chưa được thiết lập và không khuyến cáo dùng cho các đối tượng này cho tới khi có thêm dữ liệu.

Sử dụng ở bệnh nhân suy gan hoặc suy thận

Dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN đã được nghiên cứu ở các bệnh nhân suy gan từ nhẹ đến nặng và ở các bệnh nhân suy thận từ nhẹ đến nặng (hệ số thanh thải creatinin xuống thấp còn 14 ml/phút). Không cần điều chỉnh liều ở những bệnh nhân này.

4. Cách dùng

Chỉ dùng để nhỏ mắt

Khuyến cáo ấn vào ống dẫn lệ hoặc nhắm mắt sau khi nhỏ mắt. Điều này sẽ làm giảm sự hấp thu toàn thân của các thuốc dùng qua đường nhỏ mắt và dẫn tới làm giảm các phản ứng bất lợi toàn thân.

Nếu quên nhỏ một liều, việc điều trị cần được tiếp tục với liều kế tiếp theo lịch. Không nên nhỏ dung dịch này vượt quá một giọt mỗi ngày ở (các) mắt bị bệnh.

Khi thay thế một thuốc tra mắt điều trị glôcôm khác bằng dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN, cần ngừng dùng thuốc đó và nên bắt đầu dùng dung dịch nhỏ mắt TRAVATAN vào ngày tiếp theo.

Nếu đang dùng nhiều hơn một loại thuốc nhỏ mắt, các thuốc nên được dùng cách nhau ít nhất 5 phút. Thuốc mỡ tra mắt cần dùng sau cùng.

Bệnh nhân cần phải tháo bao bì bảo đảm dạng gấp ra ngay trước khi sử dụng lần đầu tiên.

Để tránh tạp nhiễm vào đầu nhỏ thuốc và dung dịch thuốc, cần thận trọng không được để đầu nhỏ thuốc của lọ thuốc chạm vào mí mắt, vùng xung quanh mắt hoặc bất cứ bề mặt nào. Đóng kín nắp lọ thuốc khi không sử dụng.

5. Chống chỉ định

Quá mẫn cảm với hoạt chất hoặc bất kỳ thành phần tá dược nào của thuốc

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Travantan® của công ty S.A Alcon-Couvreur N.V
Rijksweg 14, 2870 Puurs, Bỉ



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng RESTIVA



1. Hoạt chất

Diosmin 600mg

2. Chỉ định

Điều trị các triệu chứng chức năng do phì đại tuyến tiền liệt lành tính và bí tiểu cấp tính do phì đại tuyến tiền liệt lành tính.

3. Liều dùng

Điều trị các bệnh lý có liên quan đến suy tuần hoàn tĩnh mạch mạn tính (suy van tĩnh mạch chi dưới).

Dùng trong điều trị các rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch gây các triệu chứng sưng chân, đau chân, mỏi chân, nặng chân, phù nhẹ khi đứng lâu ngồi nhiều, chuột rút vào buổi tối, châm chích dị cảm như kiến bò vùng cẳng chân về đêm...

Điều trị bệnh trĩ không biến chứng.

4. Cách dùng

Suy tĩnh mạch mạn tính không biến chứng: liều đề xuất là 1 viên RESTIVA 600 mg mỗi ngày một lần, uống trong 2-3 tháng.

Suy tĩnh mạch nặng kèm loạn dưỡng da: 1 viên RESTIVA 600 mg mỗi ngày một lần, uống ít nhất 6 tháng.

Bệnh trĩ: mỗi ngày uống 2 lần, mỗi lần 1 viên RESTIVA 600 mg trong một tuần, sau đó uống 1 viên RESTIVA 600 mg mỗi ngày trong 1-2 tháng.

Trong mọi trường hợp, người bệnh phải tuân thủ nghiêm túc đơn thuốc của bác sĩ điều trị.

4. Chống chỉ định

Dị ứng Diosmin hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Restiva của công ty cổ phần dược phẩm Me Di Sun



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Binocrit 2000 IU/1ml



1. Hoạt chất

Binocrit 2.000IU/1ml: 1 bơm tiêm đóng sẵn 1 ml chứa 2.000 IU tương đương với 16,8 microgram epoetin alfa.

2. Chỉ định

Epoetin alfa được chỉ định để điều trị thiếu máu có triệu chứng liên quan đến suy thận mạn (CRF):

- Trên người lớn và trẻ em từ 1 đến 18 tuổi đang lọc máu và người lớn đang thẩm phân phúc mạc.
- Trên người lớn suy thận chưa phải thẩm tách để điều trị thiếu máu nặng có căn nguyên từ thận và có kèm theo các triệu chứng lâm sàng.

Epoetin alfa được chỉ định trên bệnh nhân trưởng thành đang dùng hóa trị liệu để điều trị các khối u rắn, u lympho ác tính hoặc đa u tủy và có nguy cơ phải truyền máu (được đánh giá dựa trên thể trạng của bệnh nhân, ví dụ: tình trạng tim mạch, thiếu máu tồn tại trước khi bắt đầu hóa trị) để điều trị thiếu máu và giảm nhu cầu truyền máu.

Epoetin alfa được chỉ định trên bệnh nhân trưởng thành có kế hoạch truyền máu tự thân để làm tăng lượng máu tự thân thu được.

Thuốc chỉ nên dùng cho bệnh nhân thiếu máu ở mức độ trung bình (nồng độ hemoglobin (Hb) từ 10 đến 13 g/dl (6,2 đến 8,1 mmol/l), không thiếu hụt sắt) trong trường hợp không thể áp dụng các biện pháp hạn chế mất máu hoặc lượng máu tự thân không đủ cho một ca đại phẫu được lên kế hoạch trước và dự kiến cần lượng máu lớn (từ 4 đơn vị máu trở lên đối với phụ nữ hoặc từ 5 đơn vị máu trở lên đối với nam giới).

Epoetin alfa được chỉ định trên các bệnh nhân trưởng thành không thiếu sắt, chuẩn bị phải đại phẫu chỉnh hình theo kế hoạch và có nguy cơ cao gặp biến chứng do truyền máu, để giảm khả năng phải truyền máu dị thân. Cần hạn chế sử dụng thuốc trên các bệnh nhân thiếu máu trung bình (ví dụ, nồng độ haemoglobin từ 10 đến 13 g/dl hoặc 6,2 đến 8,1 mmol/l) không có kế hoạch truyền máu tự thân và trên các bệnh nhân dự kiến chỉ bị mất máu ở mức độ trung bình (900 đến 1800 ml).

3. Liều dùng

Cần đánh giá và điều trị tất cả các nguyên nhân gây thiếu máu khác (thiếu sắt, vitamin B12 hoặc folat, nhiễm độc nhôm, nhiễm trùng hoặc viêm, mất máu, tán huyết và xơ hóa tủy xương do bất kì căn nguyên nào) trước khi bắt đầu sử dụng epoetin alfa và khi quyết định tăng liều. Để đảm bảo đáp ứng tối ưu với epoetin alfa, cần có đủ lượng sắt dự trữ và bổ sung sắt nếu cần thiết (xem mục Thận trọng khi dùng thuốc).

Điều trị thiếu máu có triệu chứng trên bệnh nhân suy thận mạn trưởng thành:

Chỉ nên dùng thuốc theo đường tiêm tĩnh mạch cho bệnh nhân suy thận mạn tính.

Triệu chứng và di chứng của thiếu máu có thể thay đổi theo tuổi, giới tính và các bệnh mắc kèm; cần phải thăm khám lâm sàng để đánh giá tình trạng của từng bệnh nhân.

Nồng độ hemoglobin mục tiêu được khuyến cáo là từ 10 g/dl đến 12 g/dl (6,2 đến 7,5 mmol/l). Cần dùng epoetin afa để hemoglobin tăng không vượt quá 12 g/dl (7,5 mmol /l). Nên tránh để mức tăng hemoglobin vượt quá 2 g/dl (1,25 mmol/l) trong thời gian 4 tuần. Nếu điều này xảy ra, cần tiến hành hiệu chỉnh liều theo khuyến cáo.

Do có sự dao động cá thể giữa các bệnh nhân, giá trị hemoglobin trên từng bệnh nhân đôi khi có thể ở trên hoặc dưới khoảng nồng độ hemoglobin mục tiêu. Sự biến thiên hemoglobin có thể được giải quyết bằng cách thay đổi liều để đạt được nồng độ hemoglobin đích trong khoảng từ 10 g/ dl (6,2 mmol/l) đến 12 g/dl (7,5 mmol/l).

Cần tránh để nồng độ hemoglobin duy trì vượt quá 12 g/dl (7,5 mmol/l). Nếu nồng độ hemoglobin tăng > 2g/dl (1,25 mmol/l) mỗi tháng, hoặc nồng độ hemoglobin duy trì vượt quá 12 g/d/ (7,5 mmol/l), giảm 25% liều epoetin alfa. Nếu nồng độ hemoglobin vượt quá 13 g/dl (8,1 mmol/l), ngừng điều trị cho đến khi nồng độ này xuống dưới 12 g/dl (7,5 mmol/l) và sau đó dùng lại epoetin alfa với liều thấp hơn liều ban đầu 25%. Bệnh nhân cần được giám sát chặt chẽ để đảm bảo liều epoetin alfa được sử dụng là liều thấp nhất trong khoảng liều khuyến cáo có khả năng kiểm soát tốt các triệu chứng thiếu máu trong khi duy trì nồng độ haemoglobin nhỏ hơn hoặc bằng 12g/dl (7,5mmol/l).

Cần thận trọng khi tăng liều epoetin alfa trên bệnh nhân suy thận mạn tính. Đối với những bệnh nhân có đáp ứng tăng hemoglobin kém khi dùng epoetin aifa, cần xem xét các nguyên nhân khác gây ra đáp ứng kém (Xem mục Thận trọng khi dùng thuốc và Đặc tính dược lực học).

Điều trị với epoetin alfa được chia làm hai giai đoạn - giai đoạn chỉnh liều và giai đoạn duy trì.

Bệnh nhân trưởng thành phải lọc máu:

Trên các bệnh nhân đang lọc máu có sẵn đường tiêm tĩnh mạch, ưu tiên sử dụng đường tiêm tĩnh mạch.

Giai đoạn hiệu chỉnh: Liều khởi đầu là 50 IU/kg, 3 lần/ tuần.

Khi cần, có thể hiệu chỉnh liều tăng hoặc giảm 25 IU/kg (3 lần/tuần) cho đến khi đạt được nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 10g/dl đến 12g/dl (6,2 đến 7,5mmol/) (việc hiệu chỉnh liều này nên được thực hiện từng bước với khoảng cách tối thiểu 4 tuần/lần).

Giai đoạn duy trì:

Tổng liều được khuyến cáo mỗi tuần từ 75 IU/kg đến 300 IU/kg.

Cần hiệu chỉnh liều thích hợp để duy trì nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 10g/dl đến 12g/dl (6,2 đến 7,5mmol/).

Bệnh nhân có nồng độ hemoglobin ban đầu rất thấp $k < 6$ g/dl hoặc $< 3,75$ mmol/l có thể cần mức liều duy trì cao hơn mức liều dùng cho bệnh nhân có mức độ thiếu máu ít nghiêm trọng hơn (> 8 g/d hoặc > 5 mmol/l).

Bệnh nhân suy thận trường thành chưa phải thẩm tách:

Trường hợp không có sẵn đường tiêm tĩnh mạch, epoetin alfa có thể được tiêm dưới da.

Giai đoạn hiệu chỉnh:

Liều khởi đầu 50 IU/kg, 3 lần/tuần, sau đó nếu cần, tăng dần liều mỗi 25 IU/kg (3 lần/tuần) cho đến khi đạt được nồng độ haemoglobin trong khoảng mục tiêu (việc hiệu chỉnh liều cần được thực hiện từng bước với khoảng cách tối thiểu 4 tuần/lần).

Giai đoạn duy trì:

Trong giai đoạn duy trì, epoetin alfa có thể dùng 3 lần/tuần, và trong trường hợp tiêm dưới da có thể dùng mỗi tuần 1 lần IU/kg 3 lần/tuần hoặc 450 IU/kg mỗi tuần 1 lần hoặc 2 lần 1 tuần.

Cần hiệu chỉnh liều thích hợp để duy trì nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 10 đến 12 g/dl (6,2 đến 7,5 mmol/l). Có thể cần phải tăng liều khi tăng khoảng cách liều dùng.

Liều tối đa không nên vượt quá 150 IU/kg 3 lần/tuần, 240 IU/kg (tối đa 20.000 IU) 1 lần/tuần, hoặc 480 IU/kg (tối đa 40.000 IU) 1 lần/2 tuần.

Bệnh nhân trưởng thành phải thăm phân phức mạc:

Trường hợp không có sẵn đường tiêm tĩnh mạch, epoetin alfa có thể được tiêm dưới da.

Giai đoạn hiệu chỉnh:

Liều khởi đầu 50 IU/kg, 2 lần/tuần.

Giai đoạn duy trì:

Liều duy trì khuyến cáo từ 25 IU/kg đến 50 IU/kg, 2 lần/tuần

Cần hiệu chỉnh liều thích hợp để duy trì nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 10g/dl đến 12g/dl (6,2 đến 7,5 mmol/l).

Điều trị cho các bệnh nhân trưởng thành thiếu máu do dùng hóa trị liệu:

Triệu chứng và di chứng của thiếu máu có thể thay đổi theo tuổi, giới tính và bệnh mắc kèm; cần thăm khám lâm sàng để đánh giá tình trạng của từng bệnh nhân.

Nên dùng epoetin alfa theo đường tiêm dưới da cho bệnh nhân thiếu máu (ví dụ nồng độ hemoglobin ≤ 10 g/dl (6,2 mmol/l)). Liều khởi đầu 150 IU/kg tiêm dưới da 3 lần/tuần.

Ngoài ra, có thể dùng liều epoetin khởi đầu 450 IU/kg tiêm dưới da mỗi tuần một lần.

Cần hiệu chỉnh liều thích hợp để duy trì nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 10 g/dl/ đến 12 g/dl (6,2 đến 7,5 mmol/l).

Do có sự dao động cá thể giữa các bệnh nhân, giá trị hemoglobin trên từng bệnh nhân đôi khi có thể ở trên hoặc dưới khoảng nồng độ hemoglobin mục tiêu. Sự biến thiên nồng độ hemoglobin có thể được giải quyết bằng cách thay đổi liều để đạt được nồng độ hemoglobin mục tiêu trong khoảng từ 10 g/dl (6,2 mmol/l) đến 12 g/dl (7,5 mmol/l).

Cần tránh để nồng độ hemoglobin duy trì vượt quá 12 g/dl (7,5 mmol/l); hướng dẫn hiệu chỉnh liều khi nồng độ hemoglobin vượt quá 12 g/dl (7,5 mmol/l) được đưa ra trong phần dưới đây.

- Nếu nồng độ hemoglobin tăng ít nhất 1g/dl (0,62 mmol/l) hoặc số lượng hồng cầu lưới tăng ≥ 40.000 tế bào/mm³ so với ban đầu sau 4 tuần điều trị, nên duy trì mức liều ở 150 IU/kg 3 lần/tuần hoặc 450 IU/kg mỗi tuần một lần. Nếu nồng độ hemoglobin tăng < 1g/dl (<0,62 mmol/l) và số lượng hồng cầu lưới tăng < 40.000 tế bào/mm³ so với ban đầu, tăng liều lên 300 IU/kg 3 lần/tuần. Nếu sau 4 tuần điều trị với mức liều 300 IU/kg 3 lần/tuần, nồng độ hemoglobin tăng ≥ 1 g/dl ($\geq 0,62$ mmol/l) hoặc số lượng hồng cầu lưới tăng ≥ 40.000 tế bào/mm³, nên duy trì ở mức liều 300 IU/kg 3 lần/tuần.

- Nếu nồng độ hemoglobin tăng < 1 g/dl (< 0,62 mmol/l) và số lượng hồng cầu lưới tăng < 40.000 tế bào/mm³ so với ban đầu, bệnh nhân hầu như không đáp ứng với epoetin alfa và nên dừng điều trị.

Hiệu chỉnh liều để duy trì nồng độ haemoglobin từ 10 g/dl đến 12 g/dl (6,2 đến 7,5 mmol/l):

Nếu nồng độ hemoglobin tăng quá 2 g/dl (1,25 mmol/l) mỗi tháng, hoặc nồng độ hemoglobin vượt quá 12 g/dl (7,5 mmol/l), giảm liều epoetin alfa từ 25 đến 50%. Nếu nồng độ hemoglobin vượt quá 13 g/dl (8,1 mmol/l), dừng điều trị cho đến khi nồng độ này xuống dưới 12 g/dl (7,5 mmol/l) và tiếp tục điều trị bằng epoetin alfa ở mức liều giảm 25% so với liều dùng trước đó.

Chế độ liều khuyến cáo được mô tả trong biểu đồ sau:

Bệnh nhân cần được giám sát chặt chẽ để đảm bảo mức liều được sử dụng là mức liều thấp nhất trong khoảng liều khuyến cáo của thuốc kích thích tạo hồng cầu (ESA) có khả năng kiểm soát được đầy đủ các triệu chứng thiếu máu.

Nên tiếp tục dùng epoetin alfa trong vòng một tháng sau khi kết thúc hóa trị liệu.

Điều trị cho các bệnh nhân trưởng thành phải phẫu thuật và có kế hoạch truyền máu tự thân:

Bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ (haematocrit 33-39%) cần dự trữ ít nhất 4 đơn vị máu nên được điều trị bằng epoetin alfa ở liều 600 IU/kg đường tiêm tĩnh mạch, 2 lần mỗi tuần trong vòng 3 tuần trước khi phẫu thuật.

Nên dùng epoetin alfa sau khi đã hoàn tất quy trình lấy máu dự trữ.

Điều trị cho bệnh nhân trưởng thành có kế hoạch đại phẫu thuật chỉnh hình:

Mức liều được khuyến cáo là 600 IU/kg epoetin alfa, tiêm dưới da, dùng hàng tuần trong 3 tuần (vào các ngày 21, 14 và 7) trước khi phẫu thuật, và vào ngày phẫu thuật (ngày 0).

Trong trường hợp thời gian trước phẫu thuật dưới 3 tuần, nên dùng epoetin alfa hàng ngày với liều 300 IU/kg theo đường tiêm dưới da trong 10 ngày liên tiếp trước khi phẫu thuật, vào ngày phẫu thuật và 4 ngày ngay sau đó.

Nếu nồng độ hemoglobin đạt đến 15 g/dl (9,38 mmol/l) hoặc cao hơn, nên ngừng dùng epoetin alfa và không nên tái sử dụng thuốc sau đó.

Bệnh nhi

Điều trị thiếu máu có triệu chứng trên bệnh nhân suy thận mạn tính phải lọc máu:

Triệu chứng và di chứng của thiếu máu có thể thay đổi theo tuổi, giới tính và bệnh mắc kèm; cần thăm khám lâm sàng để đánh giá tình trạng của từng bệnh nhân.

Trên bệnh nhi, khoảng nồng độ hemoglobin khuyến cáo là từ 9,5 g/dl đến 11 g/dl (5,9 đến 6,8 mmol/l). Nên dùng epoetin alfa để tăng nồng độ hemoglobin nhưng không vượt quá 11 g/dl (6,8 mmol/l). Nên tránh để nồng độ hemoglobin tăng quá 2 g/dl (1,25 mmol/l) trong vòng 4 tuần. Nếu điều này xảy ra, cần phải điều chỉnh liều theo khuyến cáo.

Bệnh nhân cần được giám sát chặt chẽ để đảm bảo liều epoetin alfa được sử dụng là liều thấp nhất trong khoảng liều khuyến cáo có khả năng kiểm soát tốt thiếu máu và các triệu chứng của thiếu máu.

Điều trị với epoetin alfa được chia làm hai giai đoạn - giai đoạn hiệu chỉnh liều và giai đoạn duy trì:

Trên bệnh nhân nhi phải lọc máu có sẵn đường tiêm tĩnh mạch, ưu tiên sử dụng thuốc theo đường tiêm tĩnh mạch.

Giai đoạn hiệu chỉnh:

Liều khởi đầu 50 IU/kg tiêm tĩnh mạch, 3 lần/tuần.

Khi cần, có thể tăng hoặc giảm liều mỗi 25 IU/kg (3 lần/tuần) cho đến khi đạt được nồng độ haemoglobin mục tiêu từ 9,5 g/dl đến 11g/dl (5,9 đến 6,8 mmol/l) (việc hiệu chỉnh liều cần được thực hiện với khoảng cách tối thiểu là 4 tuần).

Giai đoạn duy trì:

Cần hiệu chỉnh liều thích hợp để duy trì nồng độ hemoglobin trong khoảng mục tiêu từ 9,5 đến 11 g/dl (5,9 - 6,8 mmol/l).

Nhìn chung, trẻ em dưới 30 kg cần liều duy trì cao hơn so với trẻ em trên 30 kg và người lớn.

Bệnh nhân nhi có nồng độ hemoglobin ban đầu rất thấp (< 6,8 g/dl hoặc < 4,25 mmol/l) có thể cần dùng mức liều duy trì cao hơn so với các bệnh nhân có nồng độ hemoglobin ban đầu cao hơn (> 6,8 g/dl hoặc > 4,25 mmol/l).

Thiếu máu trên các bệnh nhân suy thận mạn trước khi bắt đầu thẩm tách hoặc đang thẩm phân phúc mạc

Độ an toàn và hiệu quả của epoetin alfa trên bệnh nhân suy thận mạn kèm thiếu máu trước khi bắt đầu thẩm tách hoặc đang thẩm phân phúc mạc chưa được thiết lập.

Dữ liệu hiện có với epoetin alfa đường tiêm dưới da trên nhóm bệnh nhân này được mô tả trong mục Đặc điểm dược lực học nhưng chưa có khuyến cáo về liều.

Điều trị cho bệnh nhi thiếu máu do dùng hóa trị liệu:

Độ an toàn và hiệu quả của epoetin alfa chưa được thiết lập trên bệnh nhi thiếu máu đang dùng hóa trị liệu (xem mục Đặc điểm dược lực học).

Điều trị cho bệnh nhi phải phẫu thuật và có kế hoạch truyền máu tự thân:
Độ an toàn và hiệu quả của epoetin alfa chưa được thiết lập
Hiện tại chưa có dữ liệu.

Điều trị cho bệnh nhi có kế hoạch đại phẫu chỉnh hình:
Độ an toàn và hiệu quả của epoetin alfa chưa được thiết lập
Hiện tại chưa có dữ liệu

4. Cách dùng

Cần thận trọng trong thao tác xử lý hoặc sử dụng thuốc.

Trước khi sử dụng, hãy để bơm tiêm epoetin alfa đứng yên cho đến khi đạt tới nhiệt độ phòng. Việc này thường mất khoảng 15 đến 30 phút.

Tương tự các chế phẩm thuốc tiêm khác, cần kiểm tra để đảm bảo không có các tiểu phân trong dung dịch hoặc dung dịch không bị đổi màu. Epoetin alfa là thuốc vô trùng nhưng không có chất bảo quản và chỉ sử dụng một lần. Sử dụng lượng thuốc theo yêu cầu.

Điều trị thiếu máu có triệu chứng trên bệnh nhân trưởng thành mắc suy thận mạn tính

Trên bệnh nhân suy thận mạn tính đã có sẵn đường tiêm tĩnh mạch (các bệnh nhân lọc máu), ưu tiên dùng thuốc theo đường tiêm tĩnh mạch.

Khi không có sẵn đường tiêm tĩnh mạch (các bệnh nhân chưa phải thẩm tách và các bệnh nhân thẩm phân phúc mạc), có thể dùng thuốc theo đường tiêm dưới da.

Điều trị cho bệnh nhân trưởng thành bị thiếu máu do hóa trị

Nên dùng Epoetin alfa theo đường tiêm dưới da.

Điều trị cho các bệnh nhân trưởng thành phải phẫu thuật và có kế hoạch truyền máu tự thân

Nên dùng Epoetin alfa theo đường tiêm tĩnh mạch.

Điều trị cho các bệnh nhân trưởng thành có kế hoạch đại phẫu chỉnh hình:

Nên dùng Epoetin alfa theo đường tiêm dưới da.

Điều trị thiếu máu có triệu chứng trên bệnh nhi suy thận mạn phải lọc máu:

Nên dùng Epoetin alfa theo đường tiêm tĩnh mạch.

Tiêm tĩnh mạch

Tiêm tĩnh mạch trong thời gian tối thiểu từ 1 đến 5 phút tùy thuộc vào tổng liều. Trên bệnh nhân lọc máu, có thể tiêm bolus tĩnh mạch trong quá trình thẩm tách qua một kênh thích hợp trên đường thẩm tách. Ngoài ra, có thể tiêm vào cuối giai đoạn thẩm tách qua ống luồn tĩnh mạch, sau đó thêm 10 ml nước muối đẳng trương để rửa ống và đảm bảo thuốc vào được tuần hoàn hoàn toàn (xem Liều dùng, Bệnh nhân trưởng thành phải lọc máu).

Trên bệnh nhân có phản ứng thuốc với các triệu chứng "giả cúm", cần tiêm chậm hơn (xem mục Tác dụng không mong muốn).

Không dùng epoetin alfa để truyền tĩnh mạch hoặc kết hợp với các sản phẩm thuốc khác.

Tiêm dưới da

Nhìn chung, không nên tiêm vượt quá thể tích tối đa 1 ml tại mỗi vị trí tiêm.

Trong trường hợp tiêm với thể tích lớn hơn, nên chọn tiêm tại nhiều vị trí.

Tiêm ở vị trí các chi hoặc thành bụng trước.

Trong các trường hợp bác sĩ nhận thấy bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân có thể dùng đường tiêm dưới da hiệu quả và an toàn, cần hướng dẫn bệnh nhân về liều lượng và cách dùng thuốc

Tham khảo "Hướng dẫn tự tiêm thuốc" ở cuối tờ hướng dẫn sử dụng.

5. Chống chỉ định

- Mẫn cảm với hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược nào của thuốc
- Bệnh nhân đã gặp biến chứng bất sản hồng cầu đơn thuần (PRCA) sau khi điều trị bằng các chế phẩm chứa erythropoietin không được dùng epoetin alfa hoặc bất kỳ chế phẩm chứa erythropoietin nào khác (xem thêm mục Thận trọng khi dùng thuốc - Bất sản hồng cầu đơn thuần).
- Tăng huyết áp chưa được kiểm soát.
- Cần tôn trọng tất cả các chống chỉ định liên quan đến truyền máu tự thân khi bệnh nhân được dùng thêm epoetin alfa.

- Chống chỉ định epoetin alpha trên các bệnh nhân phải đại phẫu chỉnh hình nhưng không có kế hoạch truyền máu tự thân, đồng thời mắc các bệnh lý nghiêm trọng liên quan đến mạch vành, động mạch ngoại vi, động mạch cảnh hoặc mạch máu não, bao gồm các bệnh nhân nhồi máu cơ tim hoặc tai biến mạch máu não gần đây.

- Bệnh nhân phẫu thuật không thể nhận điều trị dự phòng bằng thuốc huyết khối thích hợp do bất kì nguyên nhân nào.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Binocrit của công ty cổ phần dược phẩm IDT Biologika GmbH Am Pharmapark, 06861 Dessau – Roßlau, Đức.



CẢNH GIÁC DƯỢC

FDA Hoa Kỳ: Cập nhật nhãn thuốc tiêm acid tranexamic về nguy cơ tiêm nhầm đường tủy sống

FDA yêu cầu thay đổi nhãn thuốc nhằm tăng cường cảnh báo rằng acid tranexamic dạng tiêm chỉ được sử dụng theo đường tiêm tĩnh mạch. Các chế phẩm acid tranexamic dạng tiêm không được tiêm tủy sống hoặc tiêm ngoài màng cứng. Khuyến nghị này được đưa ra sau khi FDA ghi nhận và đánh giá một số trường hợp sai sót trong sử dụng thuốc do tiêm nhầm acid tranexamic theo đường nội tủy hoặc ngoài màng cứng, thay vì sử dụng thuốc gây tê tại chỗ (ví dụ: bupivacain, lidocain, mepivacain, ropivacain), dẫn đến hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh, bao gồm kéo dài thời gian nằm viện và tử vong.

Nguyên nhân dẫn đến sai sót bao gồm một số yếu tố liên quan đến con người ở cấp độ thực hành và cơ sở y tế (ví dụ: bảo quản acid tranexamic gần thuốc gây tê tại chỗ hoặc không kiểm tra lại tên thuốc trước khi sử dụng).

Thuốc được đóng gói dưới dạng ống tiêm liều đơn hoặc lọ tiêm liều đơn, chứa 1.000 mg acid tranexamic trong 10 mL, được lưu hành dưới tên biệt dược Cyklokapron và thuốc generic tương ứng. Acid tranexamic cũng có dạng bào chế dung dịch natri clorid tiêm truyền, đóng túi liều đơn 100 mL chứa 1.000 mg acid tranexamic truyền tĩnh mạch.

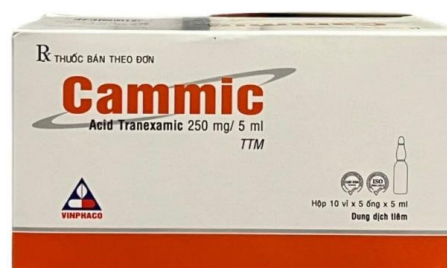
FDA yêu cầu cập nhật thay đổi trong thông tin kê đơn của acid tranexamic dạng tiêm như sau:

- Bổ sung Cảnh báo đặc biệt (Boxed Warning) để lưu ý nguy cơ sai sót trong sử dụng thuốc liên quan đến việc tiêm nhằm acid tranexamic theo đường thần kinh trung ương.

- Bổ sung nội dung nêu rõ rằng acid tranexamic dạng tiêm chống chỉ định sử dụng theo đường thần kinh trung ương.

- Cập nhật mục Liều dùng và Cách dùng để làm rõ rằng acid tranexamic dạng tiêm chỉ được dùng theo đường tĩnh mạch, đồng thời bổ sung hướng dẫn pha loãng và sử dụng dung dịch tiêm truyền.

Ngoài ra, FDA khuyến nghị cập nhật nhãn ngoài của acid tranexamic dạng tiêm nhìn rõ ràng tên thuốc và đường dùng tĩnh mạch.



Khuyến cáo cho nhân viên y tế

Bảo quản	Pha chế và sử dụng
<p>Không bảo quản lọ hoặc ống acid tranexamic gần thuốc gây tê tại chỗ hoặc trong các bộ dụng cụ gây tê tùy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.</p> <p>- Sắp xếp thuốc sao cho nhãn được nhìn thấy rõ ràng, tránh nhận dạng thuốc dựa vào màu nắp lọ.</p>	<p>Khi có thể, ưu tiên sử dụng túi truyền tĩnh mạch đã được pha chế sẵn để giảm nhầm lẫn với thuốc gây tê dạng lọ/ống.</p> <p>- Luôn quét mã vạch và kiểm tra nhãn trên bao bì trước khi chọn và sử dụng thuốc.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng hệ thống quét mã vạch khi nhập kho để đảm bảo thuốc được đặt đúng vị trí. - Bảo quản acid tranexamic trong xe thuốc riêng biệt bên ngoài phòng mổ hoặc ngăn tủ có khóa yêu cầu quét mã vạch khi lấy thuốc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu rút thuốc acid tranexamic từ lọ hoặc ống, phải dán nhãn ống tiêm ngay sau khi pha, trừ khi được tiêm ngay lập tức. - Nếu sử dụng bộ dụng cụ gây tê tủy sống hoặc ngoài màng cứng đóng gói sẵn, cần kiểm tra kỹ nhãn thuốc trong bộ kit để xác nhận đúng thuốc trước khi sử dụng.
---	---

Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5749/fda-c%E1%BA%A1p-nhat-nhan-thuoc-tiem-acid-tranexamic.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Ảo giác liên quan đến thuốc chẹn beta: Thông tin từ Bản tin Adverse Drug Reaction News của HSA

Ảo giác liên quan thuốc chẹn beta

Các biến cố bất lợi trên thần kinh – tâm thần, bao gồm rối loạn giấc ngủ, ảo giác và ác mộng, đã được ghi nhận trên bệnh nhân sử dụng thuốc chẹn beta với tần suất hiếm gặp. Trong đó chủ yếu là các thuốc có độ tan trong lipid từ trung bình đến cao như metoprolol và propranolol do dễ dàng vượt qua hàng rào máu não. Một nghiên cứu đã tiến hành nhằm so sánh khả năng tái xuất hiện ảo giác khi sử dụng thuốc chẹn beta nhóm ưa nước (atenolol) với nhóm ưa lipid là metoprolol và propranolol trên 14 bệnh nhân có tiền sử xuất hiện ảo giác khi sử dụng thuốc chẹn beta ưa lipid.

Kết quả cho thấy tất cả bệnh nhân dùng thuốc chẹn beta ưa lipid đều tái xuất hiện ác mộng hoặc ảo giác. Trong khi đó, chỉ có 3 bệnh nhân gặp triệu chứng tương tự khi dùng atenolol. Tổng số lần xuất hiện ảo giác hoặc ác mộng thấp hơn đáng kể ở nhóm dùng atenolol so với nhóm dùng thuốc ưa lipid (8 lần so với 54 lần, $p < 0,01$).

Việc xác định nguyên nhân ảo giác gây ra do thuốc chẹn beta thường bị chậm trễ do:

- Bệnh nhân ngại báo cáo triệu chứng ảo giác vì lo sợ bị hiểu lầm là rối loạn tâm thần hoặc lạm dụng chất gây nghiện.
- Thời gian khởi phát không nhất quán, đôi khi sau nhiều năm sử dụng, gây khó khăn trong việc liên hệ giữa thuốc và biến cố.
- Nhân viên y tế và bệnh nhân có thể không nghĩ đến khả năng ảo giác do thuốc, hoặc cho rằng triệu chứng liên quan đến tình trạng bệnh lý hoặc rối loạn tâm thần của bệnh nhân

Thuốc	Đường dùng	Đặc tính
Atenolol	Uống	Ưa nước, chọn lọc thụ thể β_1
Bisoprolol	Uống	Ưa lipid trung bình, chọn lọc thụ thể β_1
Carvedilol	Uống	Ưa lipid cao, không chọn lọc
Metoprolol	Uống	Ưa lipid trung bình, chọn lọc thụ thể β_1
Propranolol	Uống	Ưa lipid cao, không chọn lọc

Bảng 1. Đường dùng và đặc tính của các thuốc chẹn beta toàn thân đang lưu hành tại Việt Nam

Kết luận

Ảo giác do thuốc chẹn beta mặc dù là phản ứng hiếm gặp nhưng có thể ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. HSA khuyến cáo các nhân viên y tế đề cao cảnh giác đối với tác dụng không mong muốn này, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử gặp ảo giác khi sử dụng các thuốc chẹn beta có tính ưa lipid cao. Nhân viên y tế cần cân nhắc đánh giá định kỳ việc sử dụng thuốc, đồng thời chủ động hỏi bệnh nhân về các triệu chứng về thần kinh – tâm thần, nhằm phát hiện sớm các dấu hiệu của ảo giác trên bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5751/HSA-ao-giac-khi-su-dung-thuoc-chen-beta.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Medsafe: Nguy cơ nhiễm toan chuyển hóa có tăng khoảng trống anion khi sử dụng paracetamol

Nhiễm toan chuyển hóa là một rối loạn cân bằng acid-base đặc trưng bởi pH máu thấp và HCO_3^- thấp. Tình trạng này có thể gây đe dọa tính mạng, đặc biệt là ở những bệnh nhân mắc kèm các bệnh lý như bệnh thận mạn hoặc suy gan mất bù.

Nhiều phương pháp để phân loại nguyên nhân của nhiễm toan chuyển hóa, trong đó dựa trên khoảng trống anion (AG) là phổ biến nhất. Khoảng trống anion (AG) được tính toán dựa trên sự cân bằng giữa các cation chính (như natri, hoặc kali) và các anion đo được (clorid, bicarbonat) trong máu. Tăng khoảng trống anion thường do sự xuất hiện của các anion khác không đo lường được trong máu.

Nhiễm toan chuyển hóa có AG cao là một dạng nhiễm toan chuyển hóa liên quan đến sự tích tụ acid trong máu và đặc trưng bởi khoảng trống anion tăng. Nguyên nhân bao gồm: nhiễm toan lactic, nhiễm toan ceton, suy thận và nhiễm độc.

Pyroglutamate (5-oxoprolin) là một chất chuyển hóa góp phần gây tăng AG, cũng có thể là một nguyên nhân gây nhiễm toan chuyển hóa AG cao. Trong khi đó, quá trình chuyển hóa paracetamol có thể dẫn đến tích tụ pyroglutamate (hay còn gọi là nhiễm toan pyroglutamic), đặc biệt khi nồng độ glutathion ở mức thấp.

Nguy cơ nhiễm toan chuyển hóa có AG cao do paracetamol

Nguyên nhân của tình trạng nhiễm toan chuyển hóa có AG cao do paracetamol, xuất phát từ nhiễm toan pyroglutamic. Các biến cố bất lợi này đã được ghi nhận trên những bệnh nhân nặng (như suy thận, nhiễm trùng huyết), suy dinh dưỡng hoặc nghiện rượu, và đang sử dụng paracetamol dài ngày ở mức liều điều trị. Nguy cơ cao hơn khi bệnh nhân được sử dụng đồng thời kháng sinh flucloxacillin.

Định lượng 5-oxoprolin trong nước tiểu là một phương pháp hữu ích để xác định nhiễm toan pyroglutamic là nguyên nhân gây nhiễm toan chuyển hóa có AG cao ở những bệnh nhân với nhiều yếu tố nguy cơ.

Medsafe khuyến cáo nhân viên y tế ngừng thuốc ngay, theo dõi chặt chẽ bệnh nhân và tuân thủ các hướng dẫn điều trị tại cơ sở y tế khi nghi ngờ bệnh nhân có nhiễm toan chuyển hóa AG cao khi đang sử dụng paracetamol.

Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5776/medsafe-nguy-co-nhiem-toan-chuyen-hoa-co-ag-cao.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

CBIP: Nguy cơ xuất huyết khi phối hợp NSAID và các thuốc chống đông đường uống

Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) là nhóm thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm và đang được sử dụng để điều trị triệu chứng này ở bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch (VTE). Do đó, việc bệnh nhân sử dụng đồng thời NSAID và thuốc chống đông là khá phổ biến.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ dựa trên tất cả dữ liệu bệnh nhân ngoại trú và nội trú trên toàn quốc gia Đan Mạch. *Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân trưởng thành (≥ 18 tuổi) có đợt huyết khối tĩnh mạch đầu tiên, và được bắt đầu điều trị bằng thuốc chống đông đường uống trực tiếp (rivaroxaban, apixaban, dabigatran hoặc edoxaban) hoặc thuốc chống đông đối kháng vitamin K (warfarin) từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2022. Những bệnh nhân có tiền sử xuất huyết bị loại trừ khỏi nghiên cứu.*

Kết quả

Nghiên cứu tiến hành trên 51.794 bệnh nhân VTE với tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 48% và độ tuổi trung bình là 69 tuổi. Tỷ lệ ghi nhận biến cố xuất huyết trên 100 người-năm là 3,5 (ở nhóm chỉ sử dụng thuốc chống đông) và là 6,3 (ở nhóm sử dụng đồng thời thuốc chống đông và NSAID). Số bệnh nhân phơi nhiễm với thuốc

đề ghi nhận được 1 trường hợp xuất hiện biến cố bất lợi (Number needed to harm - NNH) là 36 (95% CI: 24 - 72) hay nói cách khác cứ 36 bệnh nhân sử dụng đồng thời chống đông máu và NSAID trong một năm sẽ ghi nhận thêm được một trường hợp xuất huyết.

Nguy cơ xuất huyết khác nhau giữa các chống đông và các NSAIDs khác nhau:

Nguy cơ xuất huyết cũng phụ thuộc vào loại chống đông đường uống được sử dụng. Cụ thể:

- Thuốc chống đông đường uống trực tiếp (DOAC): HR 2,27 (1,73 - 3,00)
- Warfarin: HR 1,79 (1,16 -2,76)

Bảng 1: Nguy cơ xuất huyết khi sử dụng đồng thời thuốc chống đông đường uống và các NSAID so với sử dụng thuốc chống đông đường uống đơn độc.

Loại NSAID	Tỷ số nguy cơ (HR)
Tất cả NSAID	2,09 (1,67–2,62)
Ibuprofen	1,79 (1,36–2,36)
Diclofenac	3,30 (1,82–5,97)
Naproxen	4,10 (2,13–7,91)

Nguy cơ xuất huyết khác nhau đối với từng hệ cơ quan:

- Xuất huyết tiêu hóa HR 2,24 (1,61–3,11)
- Xuất huyết nội sọ HR 3,22 (1,69–6,14)
- Xuất huyết hô hấp/ngực HR 1,36 (0,67–2,77) (không có ý nghĩa thống kê)

- Xuất huyết tiết niệu HR 1,57 (0,98–2,51) (không có ý nghĩa thống kê)

- Thiếu máu do chảy máu HR 2,99 (1,45–6,18)

Tài liệu tham khảo

<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5756/cbip-nguy-co-xuat-huyet-khi-phoi-hop-nsaid-chong-dong>



THÔNG TIN VẮC XIN

Thông tin vắc xin

STT	TÊN THUỐC	TÊN VIỆT NAM	NỒNG ĐỘ/ HÀM LƯỢNG	ĐƯỜNG TIÊM	CHỈ ĐỊNH	CHỐNG CHỈ ĐỊNH	ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG
1	Vắc xin phòng Lao – BCG (Bacille Calmette-Guerin)	Vắc xin phòng Lao – BCG (Bacille Calmette-Guerin)	"Hoạt chất là BCG sống - đông khô: 0,5 mg	"- Tiêm trong da. Sử dụng loại bơm kim tiêm chuyên dụng (Kim tiêm 26G hoặc 28G) để thực hiện đúng kỹ thuật tiêm	Vắc xin phòng lao (BCG) tạo miễn dịch chủ động đối với bệnh lao.	"-Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của vaccin. -Người đang mắc bệnh lao thể hoạt động hoặc người có phản ứng tuberculin trên da dương tính cao (người	Trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi; trẻ lớn trên 1 tuổi

			<p>trong da.</p> <p>-Tiêm cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 1 tuổi: pha 1 ml nước muối sinh lý (kèm với hộp vaccin), vào 1 ống vaccin đông khô chứa 0,5mg BCG</p> <p>-Sử dụng liều gấp đôi cho trẻ lớn hơn 1 tuổi thì pha 0,5ml nước muối sinh lý (kèm với hộp vaccin) vào 1 ống vắc xin đông khô chứa 0,5 mg BCG.</p> <p>-Sau khi pha lắc kỹ ống vaccin cho tan đều để</p>		<p>đã bị nhiễm vi khuẩn lao), người vừa mới chủng vắc xin đậu mùa, người bị bỏng.</p> <p>- Người đang sử dụng thuốc chống lao.</p> <p>- Người bị giảm gammaglobulin trong máu, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, bệnh sarcoid, bệnh bạch cầu, u lympho, bệnh ác tính lan tỏa, nhiễm HIV có triệu chứng hoặc bất cứ bệnh nào mà đáp ứng miễn dịch tự nhiên bị tổn thương.</p> <p>-Người có đáp ứng miễn dịch bị ức chế do điều trị kéo dài bằng liệu pháp ức chế miễn</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				<p>tạo được hỗn dịch đồng nhất.</p> <p>Tiêm trong da 0,1 ml vắc xin đã pha."</p>		<p>dịch (corticosteroid, thuốc chống ung thư, lia xa...)." "</p>	
2	IMMUNOHBs 180 IU/ml	Dung dịch tiêm bắp IMMUNOHBs 180 IU/ml, lọ 180 IU/1ml	<p>"Thành phần chính:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protein người: 100-180 g/l; - Trong đó globulin miễn dịch người (IgG) tối thiểu: 90%; - Kháng thể chống kháng nguyên HBs (anti-HBs) không nhỏ hơn: 180 IU/ml, 180 IU 	<p>"- Tiêm bắp</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu cần tiêm 1 lượng lớn (>2ml ở trẻ em hoặc >5ml trên người lớn), nên chia làm nhỏ liều và tiêm vào các vị trí khác nhau. - Nếu phải tiêm vắc xin đồng thời nên tiêm globulin miễn dịch và vắc xin tại 2 vị trí khác nhau." 	<p>"- Phòng ngừa tái nhiễm virus viêm gan B sau phẫu thuật cấy ghép gan đối với suy gan do viêm gan B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dự phòng miễn dịch viêm gan B (chủng ngừa viêm gan B): +Trong trường hợp tình cờ phơi nhiễm trên người chưa có miễn dịch (kể cả người chưa hoàn tất 	<p>"-Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của vaccin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mẫn cảm với globulin miễn dịch có nguồn gốc từ người." 	<p>"-Người ghép gan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trẻ sơ sinh từ bà mẹ dương tính viêm gan B - Người tình cờ bị phơi nhiễm viêm gan B mà trước chưa có miễn dịch với bệnh này. - Trên chủ thể chưa thấy đáp ứng miễn dịch sau khi chủng ngừa và trên người cần tiếp tục phòng ngừa do vẫn có nguy cơ nhiễm virus viêm gan B"

			trong lọ 1 ml"		<p>việc chủng ngừa hoặc chưa biết tình trạng).</p> <p>+Trên bệnh nhân đang thăm phân máu, cho đến khi việc chủng ngừa có hiệu lực.</p> <p>+ Trên trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm virus viêm gan B</p> <p>+Trên chủ thể chưa thấy đáp ứng miễn dịch (không đo được kháng thể viêm gan B) sau khi chủng ngừa và trên người cần tiếp tục phòng ngừa do vẫn có nguy cơ nhiễm</p>	
--	--	--	----------------	--	--	--

					virus viêm gan B"		
3	VARIVAX	Vắc xin thủy đậu sống (chủng Oka/Merck)	≥ 1350 PFU/lo	Tiêm dưới da. Liều đơn 0.5ml	Dự phòng cho những người nhạy cảm bị phơi nhiễm bệnh thủy đậu trong vòng 3 ngày, và có thể đến 5 ngày sau khi tiếp xúc	"- Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của vắc xin, bao gồm cả: gelatin, neomycin. - Người đang mắc các bệnh bạch cầu, loạn sản máu, các bệnh u lympho, hoặc các khối u ác tính ảnh hưởng đến hệ bạch huyết, tủy xương. - Người đang điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch (bao gồm corticoid liều cao). Hoặc đang mắc bệnh suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS). - Người đã có miễn dịch do mắc phải.	Người từ 12 tháng tuổi trở lên.

						<ul style="list-style-type: none"> - Người đang mắc các bệnh lý tiến triển, sốt cao trên 38 độ C - Người mắc bệnh lao thể hoạt động chưa được điều trị." 	
4	GARDASIL	Vắc xin phòng Ung thư cổ tử cung	Mỗi liều 0,5 ml vắc xin tái tổ hợp tứ giá phòng vi-rút HPV ở người tít 6,11,16,18 chứa protein L1 HPV6: 20mcg; protein L1 HPV11: 40mcg; protein L1 HPV16: 40mcg và protein L1	"- Nên tiêm bắp vào vùng cơ delta của phần trên cánh tay hoặc vào vùng trước - bên của phía trên đùi - Không được tiêm vào mạch máu. Không khuyến cáo đường tiêm dưới da và trong da "	Chỉ định cho bé gái và phụ nữ từ 9-26 tuổi để phòng ngừa ung thư cổ tử cung, âm hộ, âm đạo, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản, mụn cóc sinh dục, và bệnh lý do nhiễm HPV.	"- Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của vắc xin - Không được sử dụng các liều tiếp theo nếu gặp các triệu chứng mẫn cảm sau khi tiêm 1 liều"	Trẻ em gái và phụ nữ trong độ tuổi từ 9-26 tuổi.

			HPV18: 20mcg				
5		Huyết thanh kháng độc tổ uốn ván tinh chế (SAT)	Globulin kháng độc tổ uốn ván 1500 đvqt	Huyết thanh uốn ván SAT được chỉ định tiêm bấp.	"- Dự phòng ngay sau khi bị thương: Dự phòng cho các cá thể bị thương có nguy cơ cao bị uốn ván (vết thương bị nhiễm bụi bẩn, phân, đất hoặc nước bọt; vết thương do châm chích; nhỏ răng; vết thương do vũ khí, đập nát, gãy xương hở, bỏng,... mà trước đây chưa tiêm phòng đủ 3 liều vắc xin uốn ván	"- Mẫn cảm với huyết thanh ngựa. - Tiền sử dị ứng với HTKĐTUV nguồn gốc ngựa. Những trường hợp này nếu bắt buộc dùng nên dùng loại huyết thanh uốn ván nguồn gốc người"	Dự phòng bệnh uốn ván sau khi bị thương. Điều trị bệnh nhân bị bệnh uốn ván

					<p>hấp phụ hoặc tiền sử tiêm phòng vắc xin uốn ván không rõ</p> <p>- Điều trị bệnh nhân: Được dùng phối hợp với kháng sinh, thuốc an thần, và thuốc giãn cơ trong điều trị bệnh uốn ván đang tiến triển; tuy nhiên, liệu tối ưu có hiệu quả nhất đối với uốn ván đang tiến triển vẫn chưa xác định"</p>		
6	Rotarix	Vắc xin phòng tiêu chảy do Rotavirus	Mỗi liều 1,5ml chứa Rotavirus ở người sống	Uống	Phòng ngừa viêm dạ dày ruột do Rotavirus	"- Quá mẫn với các thành phần trong thuốc - Tiền sử lồng ruột	"- Trẻ em dưới 24 tuần tuổi - Liều đầu tiên có thể cho trẻ từ 6 tuần tuổi,

			giảm độc lực, chủng RIX4414 $\geq 10^6.0$ CCID ₅₀			<ul style="list-style-type: none"> - Dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa - Bệnh nhân bị rối loạn miễn dịch kết hợp nghiêm trọng (bệnh SCID) + Hoãn sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân sốt cao cấp tính (không CCĐ sử dụng cho bệnh nhân đang nhiễm khuẩn nhẹ) - Bệnh nhân bị nôn hoặc tiêu chảy 	liều thứ 2 cách liều đầu ít nhất 4 tuần"
7	Qdenga	Vắc xin phòng bệnh sốt xuất huyết	Mỗi liều vắc xin 0,5ml sau khi hoàn nguyên chứa: Tuýp huyết thanh 1 virus Dengue (virus	Tiêm dưới da (tốt nhất phần trên cánh tay vùng cơ delta)	Phòng ngừa bệnh sốt xuất huyết ở người từ 4 tuổi trở lên	"- Quá mẫn với các thành phần trong thuốc - Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải, bao gồm cả điều trị ức chế miễn dịch	Người từ đủ 4 tuổi trở lên

			<p>sốt xuất huyết) (sống, giảm độc lực) $\geq 3,3$ log 10 PFU; Tuýp huyết thanh 2 virus Dengue (virus sốt xuất huyết) (sống, giảm độc lực) $\geq 2,7$ log 10 PFU; Tuýp huyết thanh 3 virus Dengue (virus sốt xuất huyết) (sống, giảm độc lực) $\geq 4,0$ log 10 PFU; Tuýp huyết thanh 4 virus Dengue (virus sốt xuất huyết)</p>		<p>nhu hóa trị liệu hoặc corticosteroid đường toàn thân liều cao (VD: prednisolone 20mg/ngày hoặc 2mg/kg thể trọng/ngày trong 2 tuần hoặc hơn) trong vòng 4 tuần trước khi tiêm chủng, cũng như với các vắc xin sống giảm độc lực khác. - Những bệnh nhân nhiễm HIV - Phụ nữ có thai - Phụ nữ cho con bú"</p>	
--	--	--	--	--	---	--

			(sống, giảm độc lực) $\geq 4,5$ log 10 PFU				
8	Varilrix	Vắc xin phòng bệnh thủy đậu	$\geq 10^{3,3}$ PFU	Tiêm dưới da ở vùng cơ delta hoặc vùng má ngoài đùi	Tạo miễn dịch chủ động phòng ngừa thủy đậu ở người khỏe mạnh từ 9 tháng trở lên, đối tượng có nguy cơ cao nhiễm thủy đậu.	"- Người suy giảm miễn dịch dịch thể hoặc tế bào nghiêm trọng như: Người suy giảm miễn dịch tiên phát hoặc có số lượng tế bào lympho ít hơn 1.200/mm ³ ; Người thiếu hụt khả năng miễn dịch tế bào như: bạch hầu, ung thư bạch huyết, loạn tạo máu, nhiễm HIV; Bệnh nhân đang điều trị ức chế miễn dịch (bao gồm việc sử dụng liều cao corticosteroid); - Người quá mẫn cảm	Trẻ em từ 9 tháng tuổi và người lớn chưa có miễn dịch phòng bệnh thủy đậu.

						<p>với neomycin hoặc bất cứ thành phần khác có trong vắc xin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Người có dấu hiệu quá mẫn sau liều tiêm vắc xin thủy đậu trước đó. - Phụ nữ mang thai, tốt nhất nên hoàn thành phác đồ tiêm chủng 3 tháng trước khi mang thai. - Hoãn việc tiêm vắc xin ở những người đang sốt cao cấp tính. <p>"</p>	
9	Gene-Hbvax	"VẮC XIN VIÊM GAN B TÁI TỔ HỢP"	Kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B tinh khiết ≈ 20μg/1ml	Tiêm bắp	"Tuần thủ các quy định hiện hành về khám sàng lọc trong an toàn tiêm chủng. Gene-Hbvax	<ul style="list-style-type: none"> - Những người mẫn cảm với bất cứ thành phần nào của vắc xin; - Mắc các bệnh bẩm sinh; - Mệt mỏi, sốt cao 	<p>"* Nhóm có nguy cơ cao</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhân viên y tế (bác sĩ, nha sĩ, phẫu thuật viên,...); - Nhân viên bệnh

				<p>được chỉ định để gây miễn dịch chủ động phòng bệnh viêm gan vi rút B. Loại vắc xin này không phòng được các bệnh viêm gan do các tác nhân khác như vi rút viêm gan A, vi rút viêm gan C hoặc các vi rút đã biết khác có khả năng gây nhiễm tế bào gan."</p>	<p>hoặc phản ứng toàn thân với bất kỳ một bệnh nhiễm trùng đang tiến triển;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh tim, bệnh thận hoặc bệnh gan chưa điều trị ổn định; - Bệnh tiểu đường chưa điều trị ổn định; - Bệnh ung thư máu và các bệnh ác tính nói chung; <p>"</p>	<p>viện thường xuyên phải tiếp xúc với máu;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhân viên phòng thí nghiệm; - Gia đình có người bị nhiễm vi rút viêm gan B, đặc biệt là các cháu bé sinh ra từ những bà mẹ mang HBsAg và HBeAg. <p>* Nhóm bệnh nhân</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân thường xuyên phải truyền máu hoặc các sản phẩm của máu có thể đã bị nhiễm vi rút viêm gan B; - Bệnh nhân suy giảm miễn dịch; - Bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo.
--	--	--	--	--	--	--

							<p>* Các nhóm khác</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhân viên hành chính, bộ đội, tù nhân; - Những người đồng tính luyến ái, nghiện và tiêm chích ma túy; - Dân cư và những người đi du lịch vào những vùng có tỉ lệ mắc bệnh cao như Địa Trung Hải, Trung Âu, Nam Mỹ, châu Phi và các nước châu Á."
10	HEBERBIOVAC HB	Vắc xin Viêm gan B tái tổ hợp - Gene-Hbvax	"- Kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B tinh khiết ≈ 10μg/0,5ml - Kháng	Tiêm bắp	"Tạo miễn dịch chủ động chống nhiễm HBV và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra như: Viêm gan cấp và	Người đang bị sốt cao do nhiễm trùng nặng hoặc quá mẫn với một trong các thành phần có trong vắc xin.	"+ Tất cả trẻ sơ sinh và thanh thiếu niên chưa từng được tiêm ngừa trước đó. + Nhóm đối tượng có nguy cơ cao : - Nhân viên y tế có

			nguyên bề mặt vi rút viêm gan B tinh khiết ≈ 20μg/1ml"		mãn tính, xơ gan, ung thư gan nguyên phát. "		tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, nhân viên nhà tang lễ, nhân viên pháp y. - Sinh viên Y khoa, học sinh y tá và trung cấp kỹ thuật y tế thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân. - Người tiếp xúc với máu và các chế phẩm từ máu. - Người đi du lịch tới hoặc đến từ nước hoặc vùng có tỉ lệ bệnh cao. - Người cùng gia đình với người bị nhiễm bệnh. - Người tàn tật được xã hội chăm sóc, những người sống
--	--	--	--	--	---	--	---

							<p>trong các cơ sở xã hội, nhà dưỡng lão và các nhân viên làm việc ở đây.</p> <ul style="list-style-type: none">- Bệnh nhân được truyền máu, bị ung thư, bệnh thận, xơ gan hoặc bệnh nhân được thẩm tách máu hoặc lọc huyết tương...- Trẻ sơ sinh có mẹ bị nhiễm bệnh hoặc trẻ sơ sinh ở những nước hoặc vùng có nguy cơ cao.- Bệnh nhân sắp được phẫu thuật và có đủ thời gian để chuyển đổi huyết thanh.- Bệnh nhân được ghép tạng.
--	--	--	--	--	--	--	--

							<ul style="list-style-type: none"> - Người bị chứng máu khó đông hoặc được truyền máu thường xuyên. - Bộ đội và nhân viên quân sự đang tại ngũ. - Phạm nhân, giám thị trại giam và những người làm việc trong trại giam - Những người có nguy cơ cao với các hoạt động tình dục. - Người nghiện ma túy."
11	"GCFLU Quadrivalent Pre-filled Syringe inj"	Vắc xin cúm mùa	"Kháng nguyên tinh khiết bất hoạt virus cúm A H1N1: 15mcg Kháng nguyên tinh khiết bất	Tiêm bắp	Phòng ngừa cúm do virus cúm A và virus cúm B gây ra ở đối tượng từ 6 tháng tuổi trở lên	"- Bệnh nhân sốt hoặc người bị suy dinh dưỡng. - Bệnh nhân bị rối loạn tim mạch, rối loạn thận hoặc bệnh gan trong khi bệnh	Trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên và người lớn

			<p>hoạt virus cúm A H3N2: 15mcg Kháng nguyên tinh khiết bất hoạt virus cúm B: 15mcg Kháng nguyên tinh khiết bất hoạt virus cúm B: 15mcg"</p>		<p>đang trong giai đoạn cấp tính, hoặc hoạt động.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân mắc bệnh hô hấp cấp tính hoặc bệnh truyền nhiễm tích cực khác. - Bệnh nhân mắc bệnh thể ẩn và trong giai đoạn dưỡng bệnh. - Người quá mẫn với các thành phần của vắc xin. - Người bị dị ứng với trứng, thịt gà, mọi sản phẩm từ thịt gà. - Người bị sốt trong vòng 2 ngày hoặc có triệu chứng dị ứng như phát ban toàn thân sau tiêm tại lần tiêm phòng trước. 	
--	--	--	--	--	--	--

						<ul style="list-style-type: none"> - Người có triệu chứng co giật trong vòng 1 năm trước khi tiêm chủng. - Người có hội chứng Guillain-Barre hoặc người bị rối loạn thần kinh trong vòng 6 tuần kể từ lần chủng ngừa cúm trước. - Người được chẩn đoán mắc bệnh suy giảm miễn dịch." 	
12	Synflorix	"Vắc xin polysaccharide phế cầu liên hợp với protein D của Haemophilus influenzae không định tuýp (NTHi)"	"Một liều (0,5ml) chứa 1 mcg polysaccharide của các tuýp huyết thanh 1 [^] 1,2, 5 [^] 1,2, 6B [^] 1,2, 7F [^] 1,2,	Tiêm bắp	"Tạo miễn dịch chủ động cho trẻ em và trẻ nhỏ từ 6 tuần tuổi đến 5 tuổi ngừa các bệnh gây ra bởi phế cầu khuẩn (Streptococcus pneumoniae)	Quá mẫn với bất kỳ thành phần nào trong vắc xin	"Trẻ từ 6 tuần tuổi đến 6 tháng tuổi Trẻ lớn chưa từng được tiêm phòng vắc xin trước đó (7 tháng tuổi đến 11 tháng tuổi, 12 tháng tuổi đến 5 tuổi)"

			9V ^{1,2} , 14 ^{1,2} , 23F ^{1,2} và 3 mcg của các týp huyết thanh 4 ^{1,2} , 18C ^{1,3} , 19F ^{1,4} "		tuýp huyết thanh vắc-xin 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F và tương tác chéo với tuýp huyết thanh 19A (bao gồm nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, viêm phổi, do khuẩn huyết và viêm tai giữa cấp tính) và ngừa viêm tai giữa cấp tính gây ra bởi Haemophilus influenzae không định tuýp"		
13	ABHAYRAB	VẮC XIN ĐẠI TẾ BÀO VERO TINH CHẾ	Mỗi liều vắc xin 0.5 ml chứa hoạt chất	"- Tiêm bắp (IM): người lớn tiêm ở vùng cơ	" - Tạo miễn dịch chủ động chống lại virus đại đê	"- Không tiêm bắp ở người có rối loạn chảy máu như hemophilia	Tất cả các lứa tuổi

			<p>Virus đại bất hoạt (chủng L. Pasteur 2061/Vero được nhân giống trên tế bào Vero $\geq 2,5$ IU)</p>	<p>Delta cánh tay, trẻ em tiêm ở mặt trước bên đùi. Không tiêm vào vùng mông.</p> <p>- Trong một số trường hợp có thể áp dụng tiêm trong da (ID), tiêm ở cẳng tay hoặc cánh tay."</p>	<p>dự phòng và điều trị sau khi phơi nhiễm cho người ở tất cả các lứa tuổi.</p> <p>- Tạo miễn dịch chủ động chống lại virus đại sau khi phơi nhiễm (sau khi tiếp xúc với con vật bị đại hoặc nghi ngờ bị đại).</p> <p>- Tạo miễn dịch dự phòng của những nhóm đối tượng có nguy cơ cao như bác sỹ thú y, nhân viên y tế, nhân viên làm việc trong rừng hoặc sở thú,</p>	<p>hoặc giảm tiêu cầu.</p> <p>- Trường hợp trước phơi nhiễm:</p> <p>+ Có sốt nhiễm trùng nặng, bệnh cấp tính, đợt tiến triển của bệnh mạn tính</p> <p>+ Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của vắc xin.</p> <p>- Trường hợp sau phơi nhiễm: Không có chống chỉ định"</p>	
--	--	--	---	---	---	---	--

					thợ săn, nhân viên phòng thí nghiệm có tiếp xúc với nguyên liệu có nghi ngờ mang virus dại, người có vật môi trong nhà."		
14	Infanrix Hexa	Vắc xin kết hợp bạch cầu, uốn ván, ho gà vô bào, viêm gan B, bại liệt bất hoạt và vắc xin Haemophilus influenzae tuýp b	Sau khi hoàn nguyên 01 liều (0,5ml) chứa: Giải độc tố bạch hầu \geq 30IU; Giải độc tố uốn ván \geq 40IU; Các kháng nguyên Bordetella pertussis gồm giải độc tố ho gà 25mcg và ngưng kết tố	Tiêm bắp sâu	Để tiêm chủng cơ bản và tiêm nhắc lại cho trẻ nhỏ và trẻ đang tập đi phòng ngừa bệnh bạch cầu, uốn ván, ho gà, viêm gan B, bại liệt và Haemophilus influenzae tuýp b	"- Mẫn cảm với các hoạt chất hay bất cứ tá dược hoặc chất tồn dư nào trong thuốc. - Quá mẫn sau mũi tiêm vắc xin bạch hầu, uốn ván, ho gà, viêm gan B, bại liệt hoặc Hib trước đó. - Trẻ trong tiền sử đã có bệnh về não không rõ nguyên nhân trong vòng 7 ngày sau khi tiêm vắc xin chứa	Trẻ từ 6 tuần tuổi đến 2 tuổi phòng 6 bệnh: Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván, Bại liệt, Viêm gan B và các bệnh do Hib.

			<p>hồng cầu dạng sợi 25mcg và Pertactin 8mcg; Kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B 10mcg; Virus bại liệt týp 1 bất hoạt (chủng Mahoney) 40DU; Virus bại liệt týp 2 bất hoạt (chủng MEF-1) 8DU; Virus bại liệt týp 3 bất hoạt (chủng Saukett) 32DU; Polysaccharide</p>			<p>thành phần ho gà."</p>	
--	--	--	---	--	--	---------------------------	--

			của Haemophilus influenza týp b 10mcg cộng hợp với 25mcg giải độc tổ uốn ván như protein chất mang				
15	Priorix	Vắc xin phối hợp phòng 3 bệnh: Sởi - Quai bị - Rubella	Mỗi liều vắc xin hoàn nguyên 0,5ml chứa: Virus sởi sống, giảm độc lực (chủng Schwarz) \geq $10^{3,0}$ CCID ₅₀ ; Virus quai bị sống, giảm độc lực (chủng RIT 4385) \geq	"-Tiêm dưới da, dù vậy vẫn có thể tiêm bắp ở vùng cơ delta hoặc mặt trước bên đùi - Nên tiêm dưới da cho những đối tượng bị rối loạn chảy máu (ví dụ giảm tiểu cầu hoặc bất kỳ rối loạn đông máu nào).	Tạo miễn dịch chủ động ngừa sởi, quai bị và rubella cho trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên, thiếu niên và người lớn	"- Người có tiền sử quá mẫn hệ thống với neomycin hoặc với bất kỳ thành phần nào của vắc xin (với những người dị ứng với trứng gà, xem thêm mục ""Cảnh báo và Thận trọng""). Không chống chỉ định khi có tiền sử viêm da tiếp xúc với neomycin.	Trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên, thiếu niên và người lớn

			10 ^{3,7} CCID50; Virus rubella sống, giảm độc lực (chủng Wistar RA 27/3) ≥ 10 ^{3,0} CCID50	KHÔNG ĐƯỢC TIÊM TĨNH MẠCH PRIORIX F17"		- Có dấu hiệu quá mẫn sau khi tiêm liều vắc xin sởi, quai bị và/hoặc rubella trước đó. - Người suy giảm miễn dịch thể hoặc tế bào (nguyên phát hoặc mắc phải) như nhiễm HIV có triệu chứng (xem thêm mục ""Cảnh báo và thận trọng""). - Phụ nữ mang thai. Nên tránh có thai trong 01 tháng sau khi tiêm vắc xin (xem phần ""Phụ nữ có thai và cho con bú"")	
16	Vắc xin phòng Lao – BCG (Bacille	Vắc xin phòng Lao – BCG (Bacille Calmette-Guerin)	"Hoạt chất là BCG sống - đông khô: 0,5	"- Tiêm trong da. Sử dụng loại bơm kim tiêm	Vắc xin phòng lao (BCG) tạo miễn dịch chủ	"-Quá mẫn với bất cứ thành phần nào của vaccin.	Trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi; trẻ lớn trên 1 tuổi

	Calmette-Guerin)		mg Tá dược là Glutamate natri: 3,0 mg"	chuyên dụng (Kim tiêm 26G hoặc 28G) để thực hiện đúng kỹ thuật tiêm trong da. -Tiêm cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 1 tuổi: pha 1 ml nước muối sinh lý (kèm với hộp vaccin), vào 1 ống vaccin đông khô chứa 0,5mg BCG -Sử dụng liều gấp đôi cho trẻ lớn hơn 1 tuổi thì pha 0,5ml nước muối sinh lý (kèm với hộp vaccin) vào 1 ống vắc xin	động đối với bệnh lao.	-Người đang mắc bệnh lao thể hoạt động hoặc người có phản ứng tuberculin trên da dương tính cao (người đã bị nhiễm vi khuẩn lao), người vừa mới chủng vắc xin đậu mùa, người bị bỏng. - Người đang sử dụng thuốc chống lao. - Người bị giảm gammaglobulin trong máu, suy giảm miễn dịch bẩm sinh, bệnh sarcoid, bệnh bạch cầu, u lympho, bệnh ác tính lan tỏa, nhiễm HIV có triệu chứng hoặc bất cứ bệnh nào mà đáp ứng miễn dịch tự nhiên bị tổn	
--	------------------	--	---	---	------------------------	---	--

			<p>đông khô chứa 0,5 mg BCG.</p> <p>-Sau khi pha lắc kỹ ống vaccin cho tan đều để tạo được hỗn dịch đồng nhất.</p> <p>Tiêm trong da 0,1 ml vắc xin đã pha."</p>	<p>thương.</p> <p>-Người có đáp ứng miễn dịch bị ức chế do điều trị kéo dài bằng liệu pháp ức chế miễn dịch (corticosteroid, thuốc chống ung thư, lia xa...)." </p>	
--	--	--	---	---	--

Tài liệu tham khảo

Hướng dẫn sử dụng vaccin

Tiểu ban Giám sát Thông tin thuốc



BS. CKII. Võ Minh Hiền