BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

KHOA DƯỢC - THÔNG TIN THUỐC DƯỢC LÂM SÀNG

Bản tin

THÔNG TIN THUỐC - DƯỢC LÂM SÀNG

QUÝ I

NĂM 2026

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 - Tiểu ban Giám sát Thông tin thuốc

Biên soạn:

BS CKI. Tống Thị Ngọc Dung	Trưởng khoa Nhi
ThS. Nguyễn Như Phượng	PT Trưởng phòng Điều dưỡng
DS. CKI. Ngô Thị Ánh Loan	Phó trưởng khoa Dược

Thư ký:

DS. Huỳnh Như	Nhân viên khoa Dược

NỘI DUNG		TRANG
HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ	Lựa chọn thuốc điều trị hen cho người lớn và thanh thiếu niên	01
NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	Hoàng Thy Nhạc Vũ, Nguyễn Đức Tùng, Đỗ Hồng Mỹ Phương, Đỗ Quang Dương, Lê Hồng Tuấn (2025) *Phân tích tình hình điều trị nội trú cho người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2024*	11
THÔNG TIN THUỐC	Hướng dẫn sử dụng Clopalvix	21
	Hướng dẫn sử dụng Atropin sulfat	24
	Hướng dẫn sử dụng huyết thanh kháng độc tố uốn ván tinh chế (SAT)	27
CẢNH GIÁC DƯỢC	Thận trọng khi sử dụng doxylamin, pyridoxin (vitamin B6) kéo dài trong suốt thai kỳ: Bản tin BIP Occitanie số 04/2025	29
	Medsafe: Mất cân bằng nội tiết tố do thuốc	31
	TGA: Cập nhật quy định mới nhằm giảm thiểu nguy cơ bệnh lý thần kinh ngoại biên khi sử dụng vitamin B6	33
ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC	Giáo dục nhóm người bệnh có nguy cơ cao bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ	36

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ICS	Anti-inflammatory reliever (combination of ICS and a rapid-acting bronchodilator)
FEV	Thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu
ICS	Corticosteroid dạng hít
ICS-LABA	Corticosteroid dạng hít – đồng vận $beta_2$ tác dụng dài
LABA	Thuốc đồng vận $beta_2$ tác dụng dài
LAMA	Thuốc đối kháng muscarinic tác dụng dài
LTRA	Thuốc đối kháng thụ thể leukotriene
MART	Maintenance – and – reliever therapy with combinition ICS-formoterol (also called SMART)
SABA	Thuốc đồng vận $beta_2$ tác dụng ngắn

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ	**Lựa chọn thuốc điều trị hen cho người lớn và thanh thiếu niên**

I. Định nghĩa

Hen phế quản là một bệnh hô hấp mạn tính (Chronic Respiratory Disease) với nhiều kiểu hình lâm sàng (Phenotypes) khác nhau, thường đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính của đường thở. Bệnh gây ra các triệu chứng hô hấp có tính dao động theo thời gian, có thể thuyên giảm hoặc bùng phát ở các giai đoạn khác nhau. Các triệu chứng phổ biến bao gồm: Khò khè (wheezing), nặng ngực (chest tightness), ho (cough).

Những triệu chứng này có thể xuất hiện nhẹ hoặc nặng, thường xuyên hoặc thưa thớt. Khi bệnh nhân hen có triệu chứng, dòng khí thở ra từ phổi bị giảm. Khó thở ra bởi vì nguyên nhân là do:

• Co thắt phế quản (bronchoconstriction) → làm đường thở hẹp lại,

• Thành đường thở dày lên do viêm,

• Tăng tiết chất nhầy gây bít tắc lòng phế quản.

Ở những bệnh nhân hen phế quản không được điều trị, lưu lượng khí thở ra bị giảm nhiều hơn và xảy ra thường xuyên hơn so với những người không mắc hen.

II. Lựa chọn thuốc điều trị hen cho người lớn và thanh thiếu niên

1. Bắt đầu điều trị

Người lớn và thanh thiếu niên bị hen không nên được điều trị chỉ bằng thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh (SABA). Tất cả bệnh nhân nên được điều trị bằng thuốc có chứa corticosteroid dạng hít (ICS). Phác đồ điều trị tối ưu, cần bắt đầu ngay sau khi chẩn đoán hen, phụ thuộc vào:

• Tiền sử bệnh của bệnh nhân

• Triệu chứng hiện tại của họ

Đa số bệnh nhân người lớn và thanh thiếu niên nên bắt đầu điều trị với liều thấp ICS. Lựa chọn ưu tiên là dùng ICS-formoterol làm thuốc cắt cơn (reliever), thay vì SABA. Phác đồ này được gọi là liệu pháp giảm viêm bằng thuốc cắt cơn (Anti-Inflammatory Reliever – AIR therapy). Trước khi bắt đầu điều trị, cần thực hiện:

• Ghi nhận bằng chứng chẩn đoán hen.

• Đánh giá và ghi lại mức độ kiểm soát triệu chứng và các yếu tố nguy cơ.

• Đánh giá chức năng phổi, nếu có thể.

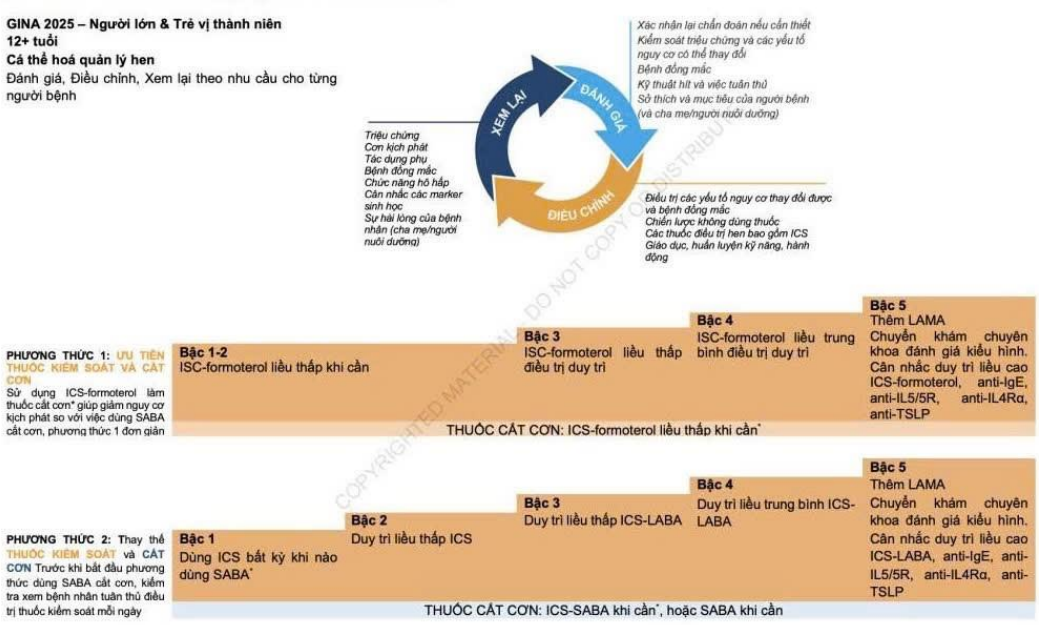
• Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng dụng cụ hít đúng kỹ thuật và kiểm tra thao tác của họ.

• Lên lịch tái khám sau khi bắt đầu điều trị.

2. Các phương thức điều trị (Treatment Tracks)

Theo GINA 2025, có hai hướng tiếp cận điều trị hen ở người lớn và thanh thiếu niên

Hình 1: Các bậc điều trị cho người lớn và thanh thiếu niên



Các chiến lược không dùng thuốc bao gồm: cai thuốc lá, hoạt động thể lực, phục hồi chức năng hô hấp, giảm cân, tiêm chủng (xem chi tiết trong phần nội dung). Liệu pháp miễn dịch đặc hiệu với dị nguyên, ví dụ: SLIT với dị nguyên mạt bụi nhà (HDM SLIT), có thể được cân nhắc cho những bệnh nhân có mẫn cảm lâm sàng có ý nghĩa và hen phế quản chưa kiểm soát tốt (nhưng ổn định). Tham khảo phần nội dung để biết thêm thông tin chi tiết và khuyến cáo an toàn. Các lựa chọn kiểm soát bổ sung (ví dụ: thêm LAMA ở Bậc 4 hoặc LTRA) có ít bằng chứng về hiệu quả hoặc độ an toàn hơn phương thức 1 hoặc 2; Duy trì OCS chỉ khi như phương án cuối cùng.

**AIR: Thuốc kháng viêm cắt cơn; HDM: mạt bụi nhà; Ig: immunoglobulin; ICS: corticosteroid dạng hít; IL: interleukin; LABA: thuốc chủ vận beta2 tác dụng kéo dài; LAMA: thuốc đối kháng muscarinic tác dụng kéo dài; MART: liệu pháp duy trì và giảm triệu chứng bằng ICS-formoterol; OCS: corticosteroid đường uống; SLIT: liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi; TSLP: lymphopoietin mô đệm tuyến ức. †Nếu kê đơn LTRA, hãy tư vấn cho bệnh nhân/người chăm sóc về nguy cơ tác dụng phụ thần kinh tâm thần.*

Phương thức điều trị ưu tiên - Track 1

• Dùng ICS-formoterol liều thấp làm thuốc cắt cơn.

• Được khuyến cáo trong các Bậc 1–4.

• Đơn giản hơn vì chỉ cần một loại thuốc và một kỹ thuật hít cho nhiều mức điều trị.

Phương thức điều trị thay thế - Track 2

• Dùng SABA đơn thuần làm thuốc cắt cơn, hoặc

• Dùng phối hợp ICS-SABA

GINA ưu tiên phương thức 1 vì có bằng chứng mạnh mẽ cho thấy:

• Phương thức 1 giảm nguy cơ kịch phát hen nặng tốt hơn phương thức 2.

• Hiệu quả kiểm soát triệu chứng tương đương phương thức 2.

Phương thức 1 còn đơn giản hơn vì:

• Chỉ dùng một loại thuốc

• Chỉ cần học một kỹ thuật hít

• Phù hợp cho đa số bệnh nhân ở các Bậc 1–4.

Hình 3: Đề xuất điều trị khởi đầu cho người lớn và thanh thiếu niên bị hen

Triệu chứng lâm sàng	Ưu tiên (GINA Track 1)	Thay thế (GINA Track 2)
Triệu chứng hen xuất hiện không thường xuyên *(ví dụ: 1–2 ngày/tuần hoặc ít hơn)*	ICS-formoterol liều thấp: dùng khi cần để giảm triệu chứng.	Hoặc: dùng ICS liều thấp mỗi lần sử dụng SABA để giảm triệu chứng hen *(có thể dùng trong cùng một ống hít phối hợp hoặc ống hít riêng biệt).*
Triệu chứng hen xuất hiện dưới 3–5 ngày/tuần, với chức năng phổi bình thường hoặc chỉ giảm nhẹ.	ICS-formoterol liều thấp: dùng khi cần để giảm triệu chứng.	Dùng ICS liều thấp hằng ngày, kèm theo SABA khi cần thiết.
Triệu chứng hen xuất hiện hầu hết các ngày, thức giấc do hen ít nhất một lần mỗi tuần, hoặc có chức năng phổi giảm.	Liệu pháp duy trì và cắt cơn bằng ICS-formoterol liều thấp (MART)	Dùng đều đặn hằng ngày ICS-LABA liều thấp, kèm SABA hoặc ICS-SABA khi cần Dùng đều đặn hằng ngày ICS liều trung bình, kèm SABA hoặc ICS-SABA khi cần
Triệu chứng hen xuất hiện hàng ngày, thức giấc ban đêm do hen ít nhất một lần mỗi tuần, có chức năng phổi giảm, hoặc đang hút thuốc	Liệu pháp duy trì và cắt cơn bằng ICS-formoterol liều trung bình (MART)	Dùng đều đặn hằng ngày ICS-LABA liều trung bình, kèm SABA hoặc ICS-SABA khi cần Dùng đều đặn hằng ngày ICS liều cao, kèm SABA khi cần
Trong kịch phát hen cấp tính	Điều trị kịch phát (xem trang 34). Bắt đầu liệu pháp MART bằng ICS-formoterol liều trung bình.	Điều trị kịch phát (xem trang 34). Bắt đầu dùng đều đặn hằng ngày ICS-LABA liều trung bình, kèm SABA khi cần.

ICS: corticosteroid dạng hít; MART: liệu pháp duy trì và cắt cơn bằng ICS-formoterol; SABA: thuốc giãn phế quản beta2 tác dụng nhanh. Xem trang 45 để biết thuốc và liều dùng cho AIR/MART để biết tổng liều ICS hàng ngày cho bệnh nhân dùng thuốc cắt cơn SABA hoặc ICS-SABA.GINA phương thức điều trị 1 được ưu tiên vì giảm nguy cơ kịch phát nặng so với điều trị chỉ dùng SABA và đơn giản hơn.

Hãy kiểm tra tiêu chuẩn của cơ quan quản lý và bên chi trả địa phương.

3. Điều chỉnh điều trị

Sau khi bệnh nhân đã bắt đầu điều trị, cần đánh giá lại hen ở mỗi lần tái khám, điều chỉnh điều trị nếu cần, và xem xét phản ứng với điều trị.

Trong mỗi phương thức điều trị (track), có thể tăng hoặc giảm bậc điều trị, sử dụng thuốc cắt cơn (reliever) giống nhau ở mỗi bậc. Bệnh nhân có thể chuyển từ phương thức này sang phương thức khác nếu cần. Ở mỗi bậc điều trị, cũng có một số lựa chọn thuốc kiểm soát khác với bằng chứng về hiệu quả và an toàn ít hơn, hoặc có chỉ định đặc biệt.

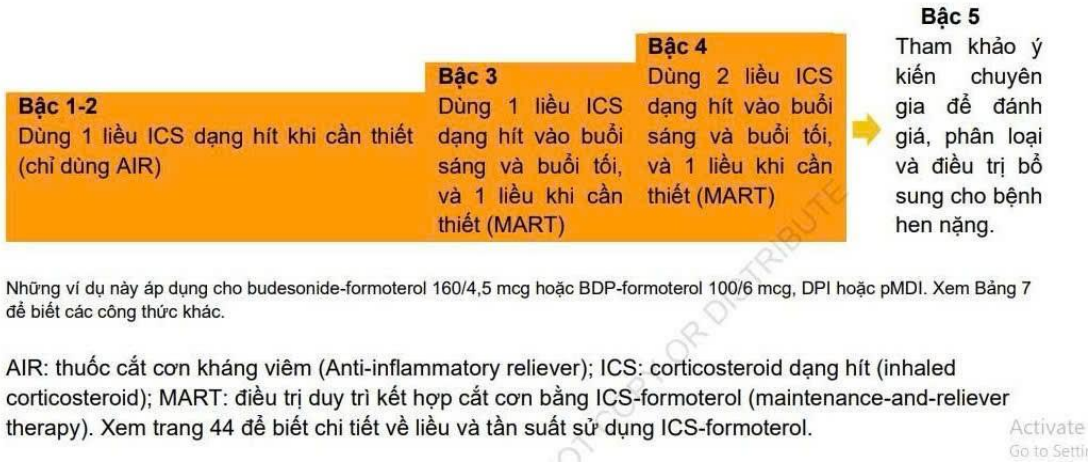
Lưu ý trước khi tăng bậc điều trị hoặc đổi thuốc ở cùng một bậc: Kiểm tra tuân thủ điều trị, kiểm tra kỹ thuật dùng thuốc hít, đánh giá yếu tố nguy cơ và bệnh lý kèm theo.

Nếu hen đã được kiểm soát tốt trong 3 tháng trở lên, có thể xem xét giảm bậc điều trị

3. Các lựa chọn điều trị theo phương thức 1 (Track 1): cho người lớn và thanh thiếu niên

Trong phương thức 1, ở tất cả các bậc điều trị, bệnh nhân sử dụng ICS-formoterol liều thấp khi cần để làm giảm triệu chứng hen (Hình 6). Bệnh nhân cũng có thể sử dụng ICS-formoterol liều thấp trước khi gắng sức hoặc trước/trong khi tiếp xúc với dị nguyên, nếu cần. Cùng một bình hít ICS-formoterol này cũng được dùng cho điều trị duy trì ở các Bậc 3-5.

Hình 2: Phương thức ưu tiên bậc – cho người lớn và thanh thiếu niên



Bậc 1-2: Điều trị được khuyến cáo là ICS-formoterol liều thấp, dùng khi cần để giảm triệu chứng hen. Trong các thử nghiệm lâm sàng, phác đồ này giúp giảm nguy cơ nhập viện cấp cứu hoặc nằm viện khoảng 2/3 so với dùng SABA đơn thuần, và giảm trên 1/3 so với dùng ICS liều thấp (kèm SABA khi cần), ở những bệnh nhân trước đó chỉ dùng SABA, ICS liều thấp, hoặc thuốc đối kháng thụ thể leukotriene (LTRA).

Bậc 3-5: Bệnh nhân dùng kết hợp ICS-formoterol như một điều trị duy trì hằng ngày, và dùng thêm các liều bổ sung của cùng loại thuốc này khi xuất hiện triệu chứng hen. Cách tiếp cận này được gọi là MART (maintenance-and-reliever therapy) với ICS- formoterol. Ở bệnh nhân có hoặc không có tiền sử kịch phát nặng, MART giúp giảm nguy cơ kịch phát nặng, đồng thời kiểm soát triệu chứng ở mức tương đương so với các điều trị duy trì khác (bao gồm ICS-LABA hoặc ICS liều cao) cộng với SABA khi cần. (Lưu ý: các bình hít ICS-LABA không chứa formoterol thì không thể dùng theo chế độ MART.)

4. Các lựa chọn điều trị theo Phương thức 2 (Track 2): cho người lớn và thanh thiếu niên

Trong Phương thức 2, thuốc cắt cơn là SABA dùng khi cần hoặc ICS-SABA dùng khi cần (Hình 3). Đây là một cách tiếp cận thay thế trong trường hợp không có sẵn ICS- formoterol. Phương thức 2 cũng có thể được cân nhắc nếu bệnh nhân có hen ổn định và không có kịch phát khi đang điều trị duy trì bằng phác đồ có chứa ICS, họ dùng thuốc đều đặn, và họ mong muốn tiếp tục với phác đồ này.

Hình 3: Phương thức 2 (điều trị thay thế) cho người lớn và trẻ vị thành niên với hen Bậc 1-4.

Ở Bậc 1, bệnh nhân sử dụng SABA khi có triệu chứng và đồng thời dùng một liều thấp ICS. Việc này có thể được thực hiện bằng cách dùng bình hít phối hợp chứa cả ICS và SABA, hoặc bệnh nhân có thể dùng một liều thấp ICS ngay sau khi hít SABA, mỗi lần xuất hiện triệu chứng.

Ở các Bậc 2-5, bệnh nhân dùng thuốc duy trì có chứa ICS hằng ngày, kết hợp với SABA khi cần để giảm triệu chứng. Ở các Bậc 3-5, người lớn (≥ 18 tuổi) có thể sử dụng bình hít phối hợp ICS và SABA như thuốc cắt cơn (nếu có sẵn), thay cho SABA đơn thuần. Cách này giúp giảm nguy cơ kịch phát so với chỉ dùng SABA cắt cơn.

Ở bất kỳ bậc nào, bệnh nhân cũng có thể dùng thuốc cắt cơn trước khi gắng sức, nếu cần.

Nếu thuốc duy trì và thuốc cắt cơn được bào chế dưới dạng bình hít khác nhau, hoặc nếu việc thay đổi bậc điều trị đòi hỏi đổi loại bình hít, cần huấn luyện bệnh nhân kỹ thuật sử dụng đúng.

Có bằng chứng mạnh mẽ cho thấy việc dùng ICS hằng ngày, ngay cả ở liều thấp, làm giảm đáng kể nguy cơ kịch phát nặng, nhập viện và tử vong do hen; đồng thời cải thiện triệu chứng và giảm co thắt phế quản do gắng sức, so với điều trị chỉ bằng SABA. Ngay cả ở những bệnh nhân có triệu chứng ≤ 1 ngày/tuần, nguy cơ kịch phát nặng cũng giảm một nửa so với chỉ dùng SABA đơn thuần.

Trước khi kê đơn một phác đồ có thuốc cắt cơn là SABA, cần cân nhắc liệu bệnh nhân có khả năng sử dụng ICS một cách đều đặn hay không. Nếu bệnh nhân tuân thủ kém, họ sẽ rơi vào tình trạng thực tế chỉ dùng SABA, dẫn đến nguy cơ kịch phát cao hơn. Với nhóm bệnh nhân này, phác đồ duy trì kết hợp cắt cơn bằng ICS-formoterol (phương thức 1) sẽ an toàn hơn.

Lưu ý: ICS-formoterol không được sử dụng làm thuốc cắt cơn cho bệnh nhân đang dùng ICS-LABA hằng ngày với một LABA khác (không phải formoterol).

5. Các lựa chọn điều trị khác cho một số người lớn và thanh thiếu niên

Một số lựa chọn điều trị khác có thể sân có ở một số quốc gia, nhưng hoặc chỉ định cu thể hơn, hoặc có ít bằng chứng hơn về hiệu quả và độ an toàn so với các phương pháp điều trị chính trong phương thức 1 và 2.

Liệu pháp miễn dịch đặc hiệu với dị nguyên: Nếu một người lớn hoặc thanh thiếu niên bị dị ứng mạt bụi nhà và hen của họ không được kiểm soát tốt bằng điều trị có chứa ICS, có thể cân nhắc bổ sung liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi với dị nguyên mạt bụi nhà. Không sử dụng liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi nếu thế tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên (FEV) 5 70% so với giá trị dự đoán.

Thuốc kháng muscarinic tác dụng kéo dài (LAMA): So với ICS-LABA, bổ sung LAMA cải thiện nhẹ chức năng phổi và giảm nhẹ nguy cơ kịch phát, nhưng không làm giảm đáng kể các triệu chứng lâm sàng như khó thở. hở. Trước khi cân nhắc bổ sung LAMA cho bệnh nhân có kịch phát, tăng liều ICS ít nhất lên mức trung bình, hoặc chuyển sang phác đồ MART. Hiện nay, các LAMA sẵn có bao gồm: Tiotropium trong bình hít dạng sương riêng biệt (cho bệnh nhân ≥ 6 tuổi) và các bình hít phối hợp chứa ICS, LABA và LAMA (cho bệnh nhân ≥ 18 tuổi), bao gồm: beclometasone-formoterol-glycopyrronium, fluticasone furoate-villanterol-umeclidinium, và mometasone-indacaterol- glycopyrronium.

Thuốc đổi kháng thụ thể leukotriene (LTRA): Nhóm này bao gồm montelukast. pranlukast, zafirlukast và zileuton. Hiệu quả kém hơn so với ICS dùng hằng ngày, đặc biệt trong phòng ngừa kịch phát. Montelukast đã được báo cáo liên quan đến nguy co gây tác dụng phụ nghiêm trọng trên sức khỏe tâm thần.

Bậc 5: Quản lý hen phế quản nặng ở người lớn và thanh thiếu niên

Nếu bênh nhân còn triệu chúng không kiểm soát và hoặc có kịch phát mặc dù đã điều trị ở Bậc 4, cần đánh giá nguyên nhân và tối ưu hóa điều trị. Nên chuyển bệnh nhân tới chuyên gia để được đánh giá chuyên sâu, bao gồm: định kiểu hình viêm của hen năng, bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ, và xem xét các phương pháp điều trị bỏ sung tiềm năng. Nếu có sẵn xét nghiệm bạch cầu ái toan trong đôm, đây có thể là công cụ hữu ích để định hướng điều trị ở bệnh nhân hẹn trung bình-nặng.

Có thể cân nhắc ICS-LABA liều cao, nhưng cần lưu ý làm tăng nguy cơ tác dụng phụ, bao gồm ức chế tuyến thượng thận.

LAMA (thuốc kháng muscarinic tác dụng kéo dài) có thể được dùng bổ sung vào điều trị duy trì với ICS-LABA, nhưng mức độ giảm kịch phát nặng chỉ ở mức hạn chế.

Điều trị sinh học (biologic) có thể được thêm vào phác đồ điều trị tối đa, nếu có sẵn và bệnh nhân có khả năng chi trả. Các lựa chọn bao gồm:

*Kháng IgE (omalizumab tiêm dưới da) cho hen dị ứng nặng.

*Kháng IL-5 hoặc kháng IL-5 Receptor alpha cho hen tăng bạch cầu ái toan nặng. Lựa chọn gồm: reslizumab đường tĩnh mạch (≥18 tuổi), mepolizumab tiêm dưới da (26 tuổi), và benralizumab tiêm dưới da (≥12 tuổi).

*Kháng IL-4 Receptor alpha (dupilumab tiêm dưới da) cho hen tăng bạch cầu ái toan nặng/hen có viêm đường thở type 2, hoặc bệnh nhân cần corticosteroid đường uống duy trì.

*Kháng TSLP (tezepelumab tiêm dưới da) cho hen nặng.

Corticosteroid đường uống duy trì chỉ nên sử dụng như lựa chọn cuối cùng, ở liều thấp nhất có thể, vì tác dụng phụ toàn thân ngắn hạn và dài hạn thường gặp và nghiêm trọng.

6. Giảm bậc điều trị khi hen đã được kiểm soát tốt

Khi bệnh nhân duy trì được kiểm soát hen tốt trong 2-3 tháng, có thể xem xét giảm bậc điều trị. Mục tiêu là tìm được mức điều trị thấp nhất vẫn kiểm soát được cả triệu chứng và kịch phát, đồng thời giảm thiểu tác dụng phụ.

Chọn thời điểm thích hợp để giảm bậc (không nhiễm trùng hô hấp, bệnh nhân không đi xa, không mang thai). Đánh giá các yếu tố nguy cơ kịch phát, tiền sử kịch phát, nhập khoa cấp cứu vì hen, và chức năng hô hấp thấp.

Ghi nhận tình trạng kiểm soát triệu chứng và chức năng hô hấp trước khi giảm bậc, cung cấp kế hoạch hành động bằng văn bản, theo dõi sát và hẹn tái khám.

Giảm liều ICS 25-50% bằng cách chuyển sang bình hít có hàm lượng thấp hơn cùng loại ICS, hoặc giảm số lần hít (xem Hộp 4-13 trong Báo cáo GINA

2025 để biết cách giảm bậc từ các phác đồ khác nhau). Đánh giá hen sau mỗi lần giảm bậc, và chờ 2-3 tháng để xác nhận hen ổn định trước khi giảm tiếp. Không được ngừng hoàn toàn ICS ở người lớn hoặc thanh thiếu niên bị hen.

Các điều trị không được khuyến cáo

Corticosteroid đường uống duy trì chỉ nên dùng như lựa chọn cuối cùng. GINA không khuyến cáo sử dụng salbutamol đường uống, theophylline đường uống, hoặc fenoterol dạng hít, vì làm tăng nguy cơ tác dụng phụ.

Tài liệu tham khảo

Sáng kiến toàn cầu về hen, Quản lý và dự phòng hen cho người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ 6-11 tuổi (Năm 2025).

Link tham khảo: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/11/GINA-2025-Summary-Guide-Vietnamese-WMS.pdf

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Phân tích tình hình điều trị nội trú cho người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2024

I. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến, gây ra các biến chứng nguy hiểm như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh thận mạn. Các biến chứng này gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, tạo nên gánh nặng về mặt y tế và kinh tế đối với người bệnh, người thân và xã hội. Tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, tăng huyết áp (HA) là bệnh có số lượt điều trị cao nhất ở người lớn [1] và đang có xu hướng gia tăng. Vấn đề điều trị cho người bệnh tăng HA cũng đã được quan tâm tìm hiểu tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh [2] cũng như tại các bệnh viện khác [3], nhưng đa phần tập trung vào người bệnh điều trị ngoại trú [2], [4]. Việc nghiên cứu trên nhóm người bệnh nội trú sẽ bổ sung đầy đủ thông tin hỗ trợ cho việc đánh giá hoạt động quản lý và điều trị tăng HA tại bệnh viện. Những thông tin liên quan đến đặc điểm người bệnh và tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng HA nội trú sẽ giúp cho bác sĩ lâm sàng có nhìn nhận tổng quan, từ đó có những đánh giá và đưa ra quyết định lựa chọn điều trị tối ưu cho người bệnh.Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát tình hình điều trị nội trú cho người bệnh tăng HA tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, từ đó có những thông tin cập nhật hỗ trợ việc thực hiện những đánh giá định kỳ về thực tiễn điều trị tăng HA tại bệnh viện.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có chẩn đoán bệnh tăng HA được điều trị nội trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh trong giai đoạn từ tháng 1-12 năm 2024.

2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua hồi cứu dữ liệu điều trị nội trú cho người bệnh tăng HA tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2024.

Cỡ mẫu nghiên cứu: toàn bộ các lượt điều trị nội trú có chẩn đoán chính là tăng HA tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2024, có đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu.

1. Quy trình thu thập, tổng hợp và phân tích dữ liệu

Tổng hợp và xử lý dữ liệu: dữ liệu sau khi được trích xuất từ phần mềm quản lý của bệnh viện, sẽ được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel. Đặc điểm mẫu nghiên cứu được mô tả thông qua các biến: giới tính, nơi ở, phân loại bệnh tăng HA (theo JNC-7), bệnh đồng mắc (bệnh tim mạch, đái tháo đường type 2, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn). Tình hình điều trị cho người bệnh được phân tích theo số bệnh đồng mắc, số ngày điều trị, loại thuốc, nhóm thuốc tăng HA, dạng viên phối hợp của thuốc điều trị tăng HA; thông qua giá trị tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Bệnh đồng mắc được ghi nhận căn cứ vào mã ICD-10 tương ứng của từng người bệnh bao gồm bệnh tim mạch (đau thắt ngực - I20; bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính - I25; suy tim - I50); đái tháo đường type 2 (E11); rối loại lipid máu (E78); bệnh thận mạn các giai đoạn (N18).

III. Kết quả nghiên cứu

1. Đặc điểm của người bệnh tăng HA điều trị nội trú trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của người bệnh tăng HA trong mẫu nghiên cứu (n=576)

Đặc điểm		**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Giới tính	Nữ	371	64,4
	Nam	205	35,6
Nơi cư trú	Thành phố Hồ Chí Minh	35	6,1

	Tỉnh, thành khác	541	93,9
Phân loại tăng HA	Tăng HA nguyên phát	317	55,1
	Tăng HA độ 2	234	40,6
	Tăng HA độ 1	25	4,3
Tình trạng bệnh đồng mắc	Rối loạn lipid máu (E78)	496	86,1
	Bệnh tim mạch (I20, I25, I50)	202	35,1
	Đái tháo đường type 2 (E11)	179	31,1
	Bệnh thận mạn (N18)	36	6,3
	Tổng các bệnh đồng mắc	517	89,8
	Bệnh đồng mắc khác/không có	59	10,2

Mẫu nghiên cứu gồm 576 người bệnh, với 64,4% là nữ. Về nơi cư trú, 93,9% người bệnh không cư trú tại thành phố Hồ Chí Minh. Xét về phân loại bệnh, 55,1% người bệnh có chẩn đoán tăng HA nguyên phát; 40,6% người bệnh tăng HA độ 2; 4,3% người bệnh tăng HA độ 1. Mẫu nghiên cứu có 89,8% người bệnh tăng HA có ít nhất 1 bệnh đồng mắc.

2. Đặc điểm bệnh đồng mắc của mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm tình hình bệnh đồng mắc của mẫu nghiên cứu (n = 517)

Số bệnh đồng mắc		Số đợt điều trị có bệnh đồng mắc	Tỷ lệ (%)
Chỉ có 1 bệnh đồng mắc	Rối loạn lipid máu (E78)	204	39,5
	Bệnh tim mạch (I25, I20, I50)	8	1,5
	Đái tháo đường type 2) (E11)	7	1,4
	Bệnh thận mạn (N18)	0	0
	Cộng	219	42,4
Có 2 bệnh đồng mắc **		208	40,2
Có 3 bệnh đồng mắc **		82	15,9
Có 4 bệnh đồng mắc **		8	1,5

**: Bệnh đồng mắc bao gồm bệnh tim mạch, đái tháo đường type 2, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn; **: Các trường hợp có 2, 3, 4 bệnh đồng mắc bao gồm các tổ hợp trong 4 bệnh đồng mắc*

Có 4 bệnh đồng mắc có mối liên quan tới bệnh lý tăng HA được quan tâm nghiên cứu, bao gồm đái tháo đường type 2, rối loạn lipid máu, tim mạch và bệnh thận mạn. Phần lớn người bệnh đều có ít nhất 1 bệnh đồng mắc; tỷ lệ người bệnh có 2 bệnh đồng mắc là 40,2%; và có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên là 17,4%. Rối loạn lipid máu là bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất, với tỷ lệ 89,8% cho toàn mẫu nghiên cứu.

3. Thời gian nằm viện của người bệnh tăng HA điều trị nội trú theo đặc điểm bệnh đồng mắc

Bảng 3: mô tả thời gian nằm viện của người bệnh tăng HA theo đặc điểm bệnh đồng mắc

Thời gian nằm viện	Chỉ có tăng HA (n=2)	1 bệnh đồng mắc (n=219)	2 bệnh đống mắc (n=208)	3 bệnh đồng mắc (n=82)	4 bệnh đồng mắc (n=8)	Có bệnh đồng mắc khác (n=57)
1 ngày	2 (100%)	62 (28,3%)	40 (19,2%)	16 (19,5%)	1 (12,5%)	21 (36,8%)
2 ngày	0	66 (30,1%)	69 (33,2%)	21 (25,6%)	2 (25,0%)	15 (26,3%)
3 ngày	0	43 (19,6%)	47 (22,6%)	19 (23,2%)	2 (25,0%)	10 (17,5%)
≥ ngày	0	48 (21,9%)	52 (25,0%)	26 (31,7%)	3 (37,5%)	11 (19,3%)

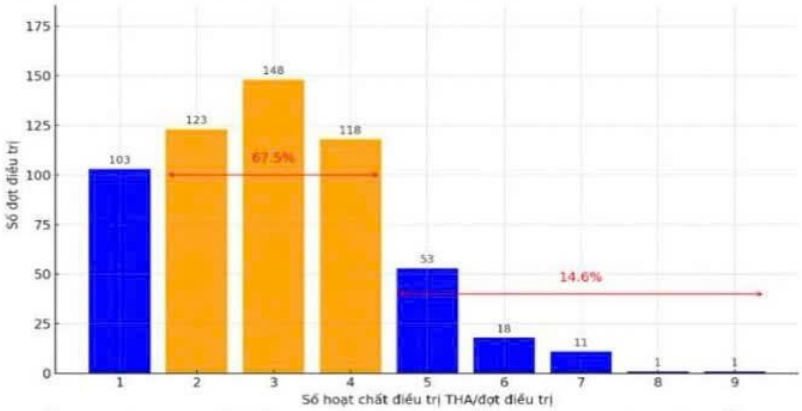
Người bệnh có nhiều bệnh đồng mắc (3-4 bệnh) có xu hướng có thời gian nằm viện kéo dài khi tỷ lệ người bệnh chỉ có 1 bệnh đồng mắc tập trung ở 1-2 ngày điều trị nội trú; trong khi tỷ lệ người bệnh có 3-4 bệnh đồng mắc tăng dần khi số ngày điều trị tăng. Điều này cho thấy có mối liên quan theo chiều hướng thuận giữa số lượng bệnh đồng mắc và thời gian nằm viện.

4. Tỷ lệ sử dụng các hoạt chất điều trị tăng HA theo mức độ bệnh

Bảng 3: tỷ lệ sử dụng các hoạt chất điều trị tăng HA theo mức độ bệnh

Hoạt chất	Tăng HA độ 1 (n=25 đợt)		Tăng HA độ 2 (n=234 đợt)		Tăng HA nguyên phát (n=317 đợt)		Tổng cộng (n=576 đợt)	
Amlodipin	10	40,0%	137	58,5%	162	51,1%	309	53,6%
Captopril	9	36,0%	115	49,1%	130	41,0%	254	44,1%
Bisoprolol	6	24,0%	62	26,5%	74	23,3%	142	24,7%
Losartan	4	16,0%	51	21,8%	54	17,0%	109	18,9%
Telmisartan	2	8,0%	40	17,1%	35	11,0%	77	13,4%

Trong tổng số 576 đợt điều trị, Amlodipin là hoạt chất được chỉ định nhiều nhất (53,6%), tiếp theo là Captopril (44,1%), Bisoprolol (24,7%), Losartan (18,9%) và Telmisartan (13,4%).



Biểu đồ 1. Số lượng hoạt chất điều trị tăng HA trong một đợt nội trú của mẫu nghiên cứu

Số lượng hoạt chất điều trị tăng HA trong mỗi đợt điều trị dao động từ 1-9 hoạt chất, đa phần người bệnh sử dụng từ 2-4 hoạt chất/đợt (67,5%). Số đợt điều trị sử dụng từ 5 hoạt chất trở lên chiếm 14,6%, đặc biệt có 1 trường hợp sử dụng 9 hoạt chất/đợt điều trị.

5. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng HA theo cơ chế tác dụng và mức độ bệnh

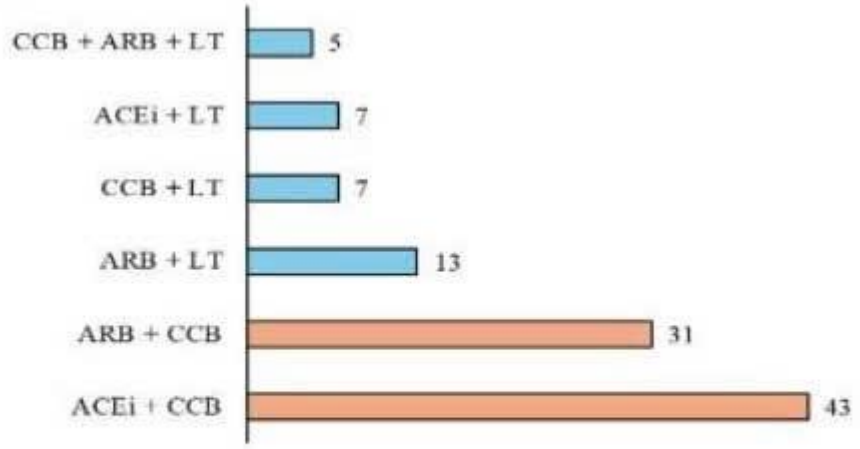
Bảng 5: Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng HA theo cơ chế tác dụng và mức độ bệnh

Nhóm thuốc	Tăng HA độ 1 (n=25)	Tăng HA độ 2 (n=234)	Tăng HA nguyên phát (n=317)	Tổng cộng (n=576)
Thuốc chẹn kênh canxi	16 (64,0%)	209 (89,3%)	226 (71,3%)	451 (78,3%)
Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEi)	13 (52,0%)	149 (63,7%)	145 (49,2%)	318 (55,2%)

Thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB)	7 (28,0%)	125 (53,4%)	132 (41,6%)	264 (45, 8%)
Thuốc chẹn beta	10 (40,0%)	82 (35,0%)	92 (29,0%)	184 (31,9%)
Thuốc lợi tiểu	-	57 (24,4%)	55 (17,4%)	112 (19,4%)

Trong nghiên cứu có 5 nhóm thuốc được ưu tiên sử dụng trong điều trị tăng HA theo khuyến cáo. Nhóm thuốc chẹn kênh canxi là lựa chọn hàng đầu với tỷ lệ sử dụng 78,3%, phổ biến ở nhóm tăng HA độ 2 (89,3%) và tăng HA nguyên phát (71,3%). Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEi) đứng thứ hai với tỷ lệ 55,2%, cũng được sử dụng nhiều trong nhóm người bệnh tăng HA độ 2 và tăng HA nguyên phát.

6. Phân bố dạng viên phối hợp của thuốc điều trị tăng HA



Biểu đồ 2. Số lượt nội trú điều trị tăng HA sử dụng thuốc tăng HA có thành phần phối hợp

Viên phối hợp thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEi) + chẹn kênh canxi và thuốc chẹn kênh canxi + chẹn thụ thể angiotensin II (ARB) chiếm phần lớn. Thuốc có phối hợp 3 hoạt chất có tỷ lệ kê đơn thấp và là phối hợp giữa nhóm chẹn kênh canxi, ARB và lợi tiểu

IV. Bàn luận

Nghiên cứu ghi nhận 576 đợt điều trị tăng HA nội trú cho thấy tỷ lệ người bệnh nữ (64,4%) cao hơn so với nam giới (35,6%), tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản với tỷ lệ 70,8% nữ giới [5], nhưng khác biệt so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (54,6%) [3]. Phân loại tăng HA theo JNC-7 ghi nhận đa số người bệnh mắc tăng HA nguyên phát (55,1%) và tăng HA độ 2 (40,6%), cho thấy đa số người bệnh nhập viện khi bệnh đã ở giai đoạn tiến triển phức tạp hơn, phù hợp với nghiên cứu tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh với tỷ lệ tăng HA nguyên phát là 57,0% [2]; và nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu với tỷ lệ tăng HA độ 2 là 53,8% [4]. Việc phần lớn người bệnh nội trú đến từ các tỉnh ngoài thành phố Hồ Chí Minh (93,9%) phản ánh vai trò của bệnh viện như một cơ sở tuyến cuối tiếp nhận những ca bệnh phức tạp từ các cơ sở y tế tuyến dưới.

Đáng chú ý, đa số người bệnh nhập viện có ít nhất 1 bệnh đồng mắc (89,8%), trong đó rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất (86,1%), tiếp theo là bệnh tim mạch (35,1%) và đái tháo đường type 2 (31,1%); 40,2% người bệnh có 2 bệnh đồng mắc và 17,4% có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên. Trong nhóm người bệnh chỉ có 1 bệnh đồng mắc, rối loạn lipid máu chiếm đa số, không ghi nhận bệnh thận mạn do đây thường là bệnh lý tiến triển trên đối tượng nhiều bệnh nền. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tân Châu với rối loạn lipid máu là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (58,5%) [6]. Phân tích mối liên quan giữa số bệnh đồng mắc với số ngày nằm viện cho thấy xu hướng rõ rệt khi mà tỷ lệ người bệnh có 3-4 bệnh đồng mắc tăng dần theo số ngày nằm viện từ 19,5% đến 31,7%; và từ 12,5% lên đến 37,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Xô [7], và kết quả gợi ý rằng chiến lược quản lý tăng HA cần lưu ý hơn tới

tình hình bệnh đồng mắc để tối ưu hóa kết quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận 5 hoạt chất được sử dụng phổ biến nhất trong điều trị tăng HA là Amlodipin (53,6%), Captopril (44,1%), Bisoprolol (24,7%), Losartan (18,9%) và Telmisartan (13,4%). Tỷ lệ sử dụng Amlodipin cao nhất trong cả 3 nhóm người bệnh, và tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ khi ghi nhận Amlodipin được sử dụng nhiều nhất (65,4%) [8]. Tỷ lệ sử dụng Captopril cao thứ hai do đặc tính tác dụng nhanh của hoạt chất này phù hợp với xử trí cơn tăng HA cấp tính khi nhập viện và trong môi trường nội trú. Tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta (Bisoprolol) ở mức 24,7%, cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ (13,1%) [3], do tỷ lệ người bệnh có bệnh tim mạch đồng mắc trong mẫu nghiên cứu (55,4%) vì đây là hoạt chất có hiệu quả bảo vệ lâu dài trên tim mạch. Mỗi đợt điều trị thường được sử dụng từ 2-4 hoạt chất, các trường hợp dùng từ 5 hoạt chất trở lên (15,1%) thường do thay đổi thuốc trong cùng nhóm điều trị.

Phân tích theo nhóm cơ chế cho thấy kết quả tương đồng với phân tích hoạt chất khi thuốc chẹn kênh canxi được sử dụng nhiều nhất (78,3%), tiếp theo lần lượt là thuốc ức chế men chuyển angiotensin (55,2%), thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (45,8%), thuốc chẹn beta (31,9%) và thuốc lợi tiểu (19,4%). Xu hướng này phù hợp với nghiên cứu trước đó tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh với tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn kênh canxi là 85,8% [2]. Với hiệu quả hạ HA tốt, thuốc chẹn kênh canxi và thuốc tác động trên angio-tensin (ACEi và ARB) đều được sử dụng nhiều cả đơn trị và phối hợp trong nội trú, khi thuốc chẹn beta được ưu tiên sử dụng trên người bệnh có bệnh tim mạch đồng mắc và thuốc lợi tiểu được phối hợp thêm để cải thiện hiệu quả hạ HA hoặc giảm phù. Việc tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc cao cho thấy các nhóm thuốc được sử dụng phối hợp để cải thiện hiệu quả quản lý HA trên người bệnh.

Tóm lại, nghiên cứu đã cung cấp tổng quan về tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng HA ở người bệnh nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá thể hóa điều trị dựa trên đặc điểm người bệnh và phát triển các chương trình sàng lọc, phát hiện sớm tăng HA trong cộng đồng để giảm tỷ lệ người bệnh đến viện ở giai đoạn muộn cũng như có mối quan tâm đúng mức tới bệnh đồng mắc khi nhập viện. Cần có chiến lược quản lý toàn diện các bệnh đồng mắc và xây dựng các hướng dẫn điều trị phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam, đặc biệt cho nhóm người bệnh có nhiều bệnh đồng mắc để cải thiện kiểm soát HA trong điều trị.

V. Kết luận

Nghiên cứu đã cung cấp tổng quan về đặc điểm người bệnh và tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng HA ở người bệnh nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2024. Cơ cấu sử dụng thuốc điều trị tăng HA với tỷ lệ phối hợp ở mức cao, trong đó nhóm thuốc chẹn kênh canxi, đặc biệt là Amlodipin, là lựa chọn phổ biến nhất. Đa số người bệnh có bệnh đồng mắc, số bệnh đồng mắc tăng có xu hướng gây kéo dài thời gian nằm viện cho người bệnh. Việc ng-hiên cứu, phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng HA trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2024 cung cấp các số liệu khách quan làm cơ sở cho việc nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, đồng thời góp phần xây dựng các hướng dẫn, chính sách về sử dụng thuốc phù hợp, an toàn, hiệu quả hơn trong tương lai.

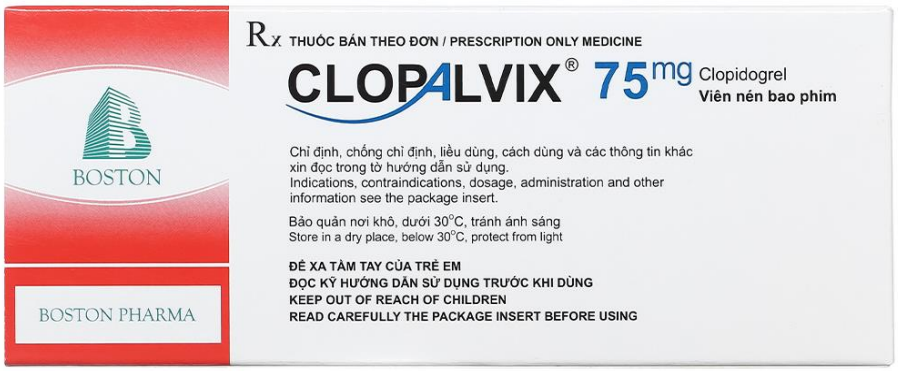
Tài liệu tham khảo:

Hoàng Thy Nhạc Vũ, Nguyễn Đức Tùng, Đỗ Hồng Mỹ Phương, Đỗ Quang Dương, Lê Hồng Tuấn (2025) *Phân tích tình hình điều trị nội trú cho người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2024*. Tập 67 - Số 2

Link tham khảo:

https://tapchiyhcd.vn/index.php/yhcd/article/view/4377/4045

 THÔNG TIN THUỐC	**Hướng dẫn sử dụng Clopalvix**



1. Hoạt chất

Clopidogrel bisulfat 97,86mg tương đương 75mg clopidogrel

2. Chỉ định

Phòng ngừa thứ phát các biến cố xơ vữa động mạch

Clopidogrel được chỉ định ở:

- Bệnh nhân người lớn bị nhồi máu cơ tim (từ vài ngày cho đến ít hơn 35 ngày), đột quỵ thiếu máu cục bộ (từ 7 ngày cho đến ít hơn 6 tháng) hoặc bệnh lý động mạch ngoại biên đã xác định.
- Bệnh nhân người lớn bị hội chứng mạch vành cấp tính:

+ Hội chứng mạch vành cấp tính không có đoạn ST chênh lên (đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có sóng Q), bao gồm những bệnh nhân được đặt stent trong quá trình can thiệp động mạch vành qua da, dùng kết hợp với acid acetylsalicylic (ASA).

+ Nhồi máu cơ tim cấp tính có đoạn ST chênh lên, dùng kết hợp với ASA để điều trị cho những bệnh nhân có thể điều trị bằng liệu pháp tan huyết khối.

Phòng ngừa các biến cố thuyên tắc huyết khối và huyết khối do xơ vữa động mạch trong rung nhĩ

Ở những bệnh nhân người lớn bị rung tâm nhĩ có ít nhất một yếu tố nguy cơ gặp các biến cố tim mạch, không thể sử dụng được thuốc đối kháng vitamin K (VKA) và có nguy cơ xuất huyết thấp, clopidogrel được chỉ định kết hợp với ASA để phòng ngừa các biến cố huyết khối do xơ vữa động mạch và thuyên tắc huyết khối bao gồm cả đột quỵ.

3. Liều dùng

Người lớn và người cao tuổi

Clopidogrel nên được dùng với liều duy nhất 75 mg/ngày.

Ở những bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp tính:

+ Hội chứng mạch vành cấp tính không có đoạn ST chênh lên (đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có sóng Q): nên bắt đầu điều trị bằng clopidogrel với liều tấn công 300 mg dùng 1 lần duy nhất và sau đó tiếp tục với mức liều 75 mg x 1 lần/ngày (kết hợp với acid acetylsalicylic (ASA) 75 mg - 325 mg/ngày). Vì liều ASA càng cao thì nguy cơ xuất huyết càng cao, do đó không dùng ASA với liều vượt quá 100 mg. Thời gian điều trị tối ưu chưa được xác định chính thức. Dữ liệu thử nghiệm lâm sàng hỗ trợ việc sử dụng đến 12 tháng và lợi ích tối đa được ghi nhận từ tháng thứ 3.

+ Nhồi máu cơ tim cấp tính có đoạn ST chênh lên: Nên bắt đầu điều trị bằng clopidogrel với liều tấn công 300 mg kết hợp với ASA và có hoặc không có tan huyết khối, tiếp theo nên dùng liều duy nhất 75 mg/ngày. Đối với bệnh nhân trên 75 tuổi, không nên dùng liều tấn công lúc bắt đầu điều trị. Điều trị kết hợp nên được khởi đầu càng sớm càng tốt sau khi bắt đầu có triệu chứng và tiếp tục duy trì trong ít nhất 4 tuần. Lợi ích của việc kết hợp clopidogrel với ASA sau bốn tuần chưa được nghiên cứu.

Ở những bệnh nhân bị rung tâm nhĩ, nên dùng clopidogrel với liều duy nhất 75 mg/ngày. Nên bắt đầu dùng ASA (75 – 100 mg/ngày) và tiếp tục kết hợp với clopidogrel (75 – 100 mg/ngày).

Quên dùng thuốc

Trong vòng chưa đầy 12 giờ: bệnh nhân nên uống ngay liều đó và sau đó dùng liều kế tiếp theo thời gian đã định.

Trong trường hợp quá 12 giờ: bệnh nhân nên dùng liều tiếp theo vào thời gian quy định và không tăng liều gấp đôi.

Trẻ em

Không dùng clopidogrel cho trẻ em vì hiệu quả của clopidogrel trên đối tượng này chưa được chứng minh.

Suy thận

Chưa có nhiều kinh nghiệm khi dùng clopidogrel ở bệnh nhân suy thận.

Suy gan

Chưa có nhiều kinh nghiệm khi dùng clopidogrel ở những bệnh nhân mắc bệnh gan mức độ trung bình là những người có thể bị chảy máu nội tạng.

4. Cách dùng

Dùng đường uống, cùng hoặc không cùng thức ăn.

5. Chống chỉ định

- Bệnh nhân quá mẫn với clopidogrel hay bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Suy gan nặng.
- Đang chảy máu bệnh lý như loét dạ dày hoặc xuất huyết nội sọ.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Clopalvix của công ty cổ phần dược phẩm Boston Việt Nam.

THÔNG TIN THUỐC	Hướng dẫn sử dụng Atropin sulfat

1. Hoạt chất

Atropin sulfat 0,25mg

2. Chỉ định

- Điều trị triệu chứng co thắt cơ trơn của bộ máy tiêu hóa, đường mật, đau quặn thận.
- Ngộ độc thuốc trừ sâu (phospho hữu cơ, carbamat), chất độc thần kinh, nấm Amanita muscaria.
- Nhịp tim chậm, tụt huyết áp trong hồi sức cấp cứu tim – phổi, sau nhồi máu cơ tim, do dùng nitroglycerin, ngộ độc digitalis hoặc do thuốc halothan, propofol, suxamethonium.
- Tiền mê.
- Triệu chứng ngoại tháp, hội chứng Parkinson do thuốc. Hiện nay thường được ít dùng trong bệnh Parkinson vô căn vì kém hiệu quả hơn các thuốc dopaminergic và gây tổn hại đến nhận thức.

3. Liều dùng

- Người lớn: Tiêm bắp, tĩnh mạch hoặc dưới da: 0,4 - 0,6 mg (khoảng 0,3 - 1,2 mg);

- Trẻ em: 0,01 mg/kg hoặc 0,3 mg/m², thường không quá 0,4 mg. Nếu cần, có thể lặp lại cách nhau 4 - 6 giờ.

Ngoại khoa:

- Tiền mê:

+ Người lớn 0,4 mg (khoảng 0,2 - 1 mg) tiêm bắp hoặc dưới da 30 - 60 phút trước khi gây mê.

+ Trẻ em: Cân nặng 3 kg: 0,1 mg, 7-9 kg: 0,2 mg, 12-16 kg: 0,3 mg.

- Chẹn tác dụng phụ muscarin của thuốc kháng cholinesterase (neostigmin):

+ Người lớn: Tiêm tĩnh mạch atropin liều 0,6 - 1,2 mg cho mỗi liều 0,5 - 2,5 mg neostigmin (atropin tiêm đồng thời nhưng bơm tiêm riêng hoặc một vài phút trước khi dùng thuốc kháng cholinesterase).

+ Sơ sinh và trẻ nhỏ: 0,02 mg/kg atropin cho đồng thời với 0,04 mg neostigmin.

Hồi sức tim - phổi:

- Nhịp tim chậm trong hồi sức cấp cứu tim phổi:

+ Người lớn: liều thường dùng 0,5 mg tiêm tĩnh mạch, liều có thể lặp lại cách nhau 3 - 5 phút cho tới khi được tần số tim mong muốn hoặc cho tới tổng liều 3 mg. Điều trị vô tâm thu, hoạt tính điện chậm không mạch, atropin tiêm tĩnh mạch 1 mg, liều có thể lặp lại cách nhau 3 - 5 phút nếu cần cho tới tổng liều 3 mg.

+ Trẻ em: 0,02 mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc trong tủy xương, liều tối thiểu 0,1 mg và liều đơn tối đa: 0,5 mg ở trẻ em và 1 mg ở thiếu niên. Liều có thể lặp lại 1 lần trong 5 phút với tổng liều tối đa 1 mg ở trẻ em và 2 mg ở thiếu niên. Liều cao hơn có thể cần trong các trường hợp đặc biệt như ngộ độc phospho hữu cơ hoặc chất độc thần kinh. Liều nhỏ atropin < 0,1 mg có thể gây nhịp tim chậm nghịch thường.

Ngộ độc thuốc trừ sâu phospho - hữu cơ, carbamat, chất độc thần kinh:

- Người lớn: Liều đầu tiên: 1 - 2 mg tiêm tĩnh mạch. Liều sau 2 mg có thể tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch cách nhau 5 - 60 phút cho tới khi các triệu chứng muscarin hết (hết tiết đờm rãi), và nếu triệu chứng trở lại, lại cho thuốc tiếp. Trong trường hợp nặng, có thể cần tới liều 50 mg trong 24 giờ đầu. Khi dùng atropin liều cao, phải giảm dần thuốc để tránh triệu chứng trở lại đột ngột (như phù phổi). Tổng liều atropin dùng trong ngộ độc carbamat thường ít hơn. Liều atropin cần thiết phụ thuộc rất nhiều vào mức độ nặng của ngộ độc.

- Trẻ em: Liều thông thường tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: 0,03 - 0,05 mg/kg cách nhau 10-30 phút cho tới khi các triệu chứng muscarin hết. Dùng thuốc lại nếu triệu chứng tái phát.

4. Cách dùng

Tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc tiêm dưới da.

Không có yêu cầu đặc biệt về xử lý thuốc sau khi sử dụng.

5. Chống chỉ định

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

Phì đại tuyến tiền liệt (gây bí đái), liệt ruột hay hẹp môn vị, bệnh nhược cơ (nhưng có thể dùng để giảm tác dụng phụ do muscarin của các thuốc kháng cholinesterase), glocom góc đóng hay góc hẹp (làm tăng nhãn áp và có thể thúc đẩy xuất hiện glocom), cơm nhịp tim nhanh, triệu chứng ngộ độc giáp trạng.

Trẻ em: Khi môi trường khí hậu nóng hoặc sốt cao.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Atropin sulfat của công ty dược phẩm Vĩnh Phúc

 THÔNG TIN THUỐC	**Hướng dẫn sử dụng huyết thanh kháng độc tố uốn ván tinh chế (SAT)**

1. Hoạt chất

Globulin kháng độc tố uốn ván 1500 Đvqt (IU)

2. Chỉ định

Huyết thanh kháng độc tố uốn ván tinh chế được chỉ định trong các trường hợp:

Dự phòng ngay sau khi bị thương: HTKĐTUV được sử dụng kết hợp với tạo miễn dịch chủ động bằng vắc xin uốn ván hấp phụ để 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; nhổ răng; vết thương do vũ khí, dập nát, gãy xương hở, bỏng,...mà trước đây chưa tiêm phòng đủ 3 liều văc xin uốn ván hấp phụ hoặc tiền sử tiêm phòng vắc xin uốn ván không rõ.

Điều trị bệnh nhân bị uốn ván: HTKĐTUV 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, liều tối ưu có hiệu quả nhất đối với uốn ván đang tgieesn triển vẫn chưa được xác định.

3. Liều dùng

Dự phòng sau khi bị thương: tiêm bắp

+ Liều thông thường HTKĐTUV ở người lớn và trẻ em để dự phòng sau khi bị thương là 1500 đvqt, tiêm càng sớm càng tốt sau khi bị thương. Tăng liều gấp đôi đối với vết thương dễ gây uốn ván hoặc chậm trễ khi bắt đầu tiêm phòng hoặc ở người có thể trọng quá cao.

Điều trị uốn ván: Mặc dù liều điều trị tối ưu và liều có hiệu quả trong điều trị bệnh uốn ván còn chưa được xác định, liều khuyên dùng như sau:

+ Uốn ván sơ sinh: 5000-10000 đvqt.

+ Trẻ em và người lớn: 50000-10000 đvqt, tiêm dưới da ½ liều và nửa còn lại tiêm bắp.

4. Cách dùng

Thuốc tiêm bắp.

Lắc kỹ trước khi dùng.

4. Chống chỉ định

Mẫn cảm với huyết thanh ngựa.

Những trường hợp có 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.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng huyết thanh kháng độc tố uốn ván tinh chế (SAT) của viện vắc xin và sinh phẩm y tế (IVAC).

 CẢNH GIÁC DƯỢC	**Thận trọng khi sử dụng doxylamin, pyridoxin (vitamin B6) kéo dài trong suốt thai kỳ: Bản tin BIP Occitanie số 04/2025**

Các chế phẩm phối hợp **doxylamin với pyridoxin (vitamin B6)** thường được chỉ định để điều trị triệu *chứng buồn nôn, nôn cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai*. Trong đó, doxylamin là thuốc kháng histamin H1 có tác dụng an thần và kháng cholinergic. Thời gian bán thải của thuốc là 10 giờ, do đó, thuốc được thải trừ sau khoảng 3 ngày ở người lớn và dự kiến kéo dài hơn ở trẻ sơ sinh. *Về lý thuyết, doxylamin có thể được sử dụng ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ*, tuy nhiên việc sử dụng kéo dài đến giai đoạn gần cuối thai kỳ có thể dẫn đến phơi nhiễm thuốc ở trẻ sơ sinh và gây ra các biến cố bất lợi ở trẻ như rối loạn tiêu hóa và/hoặc rối loạn thần kinh (chậm đào thải phân su, khó bú, kích động, nhịp tim nhanh, run và an thần).

Tuy nhiên, giống như hầu hết các ảnh hưởng do phơi nhiễm thuốc ở trong tử cung, các phản ứng này đa phần ở mức độ nhẹ và tự hồi phục sau khi thuốc được thải trừ hoàn toàn.

Mới đây, Cơ quan Quản lý Dược phẩm và Sinh phẩm y tế Pháp (ANSM) lưu ý về một trường hợp bé gái sơ sinh đủ tháng (40 tuần) có biểu hiện khó chịu nghiêm trọng kèm giảm bão hòa oxy thứ phát do các cơn ngừng thở hỗn hợp, ngoại tâm thu, do đó phải chăm sóc tích cực tại khoa sơ sinh trong 10 ngày và điều trị bằng caffein. Chưa tìm thấy nguyên nhân hay yếu tố nguy cơ nào khác ngoài việc mẹ có điều trị với doxylamin và pyridoxin (biệt dược: CARIBAN®) với liều lượng 4 viên/ngày cho đến tháng thứ 4 của thai kỳ, sau đó là 1 viên/ngày kéo dài trong suốt thai kỳ do tình trạng buồn nôn dai dẳng. Tác dụng an thần của doxylamin được cho là có liên quan đến sự khởi phát

những cơn ngừng thở do hệ thần kinh trung ương và tình trạng ngoại tâm thu do tác dụng gây kéo dài khoảng QT của doxylamin. Các tác dụng cũng đã được ghi nhận đầy đủ với các thuốc kháng histamin H1 khác như hydroxyzin. Hai trường hợp tương tự khác liên quan đến doxylamin đã được ghi nhận trong Cơ sở dữ liệu Cảnh giác Dược Quốc gia tại Pháp. Cơ quan này cũng đã nhận được các báo cáo không chính thức về việc doxylamin được sử dụng trong suốt thai kỳ ở các bệnh nhân ban đầu được điều trị chứng buồn nôn và nôn trong 3 tháng đầu, nhưng vẫn tiếp tục điều trị mà không có chỉ định được xác định rõ ràng.

Doxylamin có thể được chỉ định cho phụ nữ mang thai, tuy nhiên **không nên sử dụng thuốc kéo dài mà không định kỳ đánh giá lại cân bằng lợi ích/nguy cơ**. Đồng thời khuyến cáo nhân viên y tế *theo dõi thường quy* đối với trẻ sơ sinh trong trường hợp phụ nữ mang thai sử dụng thuốc này kéo dài cho đến khi sinh con.

Tài liệu tham khảo

https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5786/than-trong-khi-su-dung-doxylamin-pyridoxin-keo-dai-bip.htm

 CẢNH GIÁC DƯỢC	**Medsafe: Mất cân bằng nội tiết tố do thuốc**

Chứng vú to ở nam giới

Chứng vú to ở nam giới (gynaecomastia) xảy ra do *mất cân bằng các hormon sinh dục ở nam giới, dẫn đến tăng sinh lành tính của mô tuyến vú, thường kèm theo lắng đọng mỡ khu trú tại vùng vú*. Các biểu hiện lâm sàng bao gồm mô dưới quầng vú chắc hoặc đàn hồi, kèm theo tăng kích thước vú hoặc đau vùng vú.

Tình trạng rối loạn nội tiết tố liên quan sự gia tăng tỷ lệ estrogen so với androgen. Các yếu tố nguy cơ liên quan tình trạng này bao gồm:

- Do thay đổi sinh lý như dậy thì hoặc lão hóa
- Các bệnh lý tiềm ẩn: suy giảm chức năng sinh dục nam, bệnh gan mạn tính, bệnh thận mạn tính, cường giáp và rối loạn chức năng tinh hoàn hoặc tuyến thượng thận.
- Yếu tố liên quan chuyển hóa: béo phì
- Lạm dụng chất gây nghiện: cần sa, rượu, steroid đồng hóaSử dụng một số loại thuốc

Thuốc là nguyên nhân của xấp xỉ 10-25% các trường hợp xuất hiện chứng vú to ở nam giới. Thời gian khởi phát các triệu chứng thường muộn có thể nhiều năm kể từ khi bắt đầu điều trị.

Chứng vú to ở nam giới gây ra do thuốc

Các thuốc, nhóm thuốc có thể gây rối loạn nội tiết tố dẫn đến chứng vú to ở nam giới thông qua nhiều cơ chế khác nhau như:

- Giảm tác dụng của hormon androgen tại mô vú, thông qua đối kháng thụ thể androgen hoặc ức chế tổng hợp androgen
- Giảm sản xuất testosteron, dẫn đến tăng hormon estrogen
- Tăng nồng độ prolactin, thúc đẩy tăng sinh mô tuyến vú
- Tăng cường quá trình chuyển hóa androgen thành estrogen ở ngoại vi, đặc biệt tại mô mỡ
- Gây tác dụng tương tự estrogen hoặc thay đổi chuyển hóa estrogen, làm tăng phơi nhiễm estrogen tại mô vú.

Bảng 1: Phân loại các thuốc liên quan đến chứng vú to hoặc các rối loạn tuyến vú ở nam giới

Phân loại theo nhóm ATC	Thuốc
Hệ tiêu hóa	omeprazol, domperidon
Hệ tim mạch	digoxin, spironolacton, amlodipin, verapamil, diltiazem, simvastatin, atorvastatin, rosuvastatin
Da liễu	isotretinoin
Hệ tiết niệu sinh dục và hormon giới tính	testosteron, cyproteron, finasterid
Thuốc chống nhiễm trùng đường toàn thân	darunavir, zidovudin, efavirenz
Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	methotrexat, flutamid, bicalutamid
Hệ thần kinh	risperidon paliperidon, olanzapin, sertralin, fluoxetin, amitriptylin, methylphenidat

Cân nhắc khi kê đơn

Khi bệnh nhân nam xuất hiện chứng vú to cần cân nhắc đến nguyên nhân liên quan đến các thuốc bệnh nhân đã và đang sử dụng. Các triệu chứng có thể cải thiện nhanh chóng khi giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc nghi ngờ, đặc biệt khi chứng vú to ở nam giới được phát hiện sớm. Khi tình trạng này kéo dài hơn 12 tháng, khả năng tự hồi phục mà không có can thiệp y tế sẽ thấp hơn.

Tài liệu tham khảo

https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5810/medsafe-mat-can-bang-noi-tiet-to-do-thuoc.htm

CẢNH GIÁC DƯỢC

TGA: Cập nhật quy định mới nhằm giảm thiểu nguy cơ bệnh lý thần kinh ngoại biên khi sử dụng vitamin B6

Vitamin B6 (hay còn gọi pyridoxin, pyridoxal, pyridoxamin) là một vitamin tan trong nước, đóng vai trò coenzym trong hơn 150 phản ứng enzym liên quan đến các quá trình chuyển hóa acid amin, carbohydrat và lipid. Vitamin B6 cũng có vai trò quan trọng trong quá trình tổng hợp nhiều chất dẫn truyền thần kinh, hình thành hemoglobin và thúc đẩy hoạt động của hệ miễn dịch. Thiếu hụt vitamin B6 có thể gây bệnh lý thần kinh ngoại biên, viêm da dầu (seborrheic dermatitis) với biểu hiện là các tổn thương dạng mảng, có vảy, bong tróc, đôi khi ngứa), viêm lưỡi, viêm khóe miệng (viêm, nứt và loét ở khóe miệng) và ở người lớn có thể gây tình trạng lú lẫn và co giật.

Bệnh lý thần kinh ngoại biên là một tác dụng không mong muốn đã biết đối với vitamin B6. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng bao gồm cảm giác châm chích, bỏng rát hoặc tê bì bàn tay hoặc bàn chân. Việc phát hiện muộn và tiếp tục phơi nhiễm với vitamin B6 có thể dẫn đến sự tiến triển nặng hơn của bệnh.

Do nguy cơ này, kể từ ngày 01/3/2022, các thuốc chứa vitamin B6 với liều dùng hằng ngày trên 10 mg (hoặc tương đương) bắt buộc phải có cảnh báo sau trên nhãn: "CẢNH BÁO - Ngừng sử dụng thuốc nếu bạn cảm thấy tê bì, bỏng rát hoặc ngứa ran và liên hệ với nhân viên y tế trong thời gian sớm nhất."

Dữ liệu báo cáo phản ứng có hại tại Úc

Tính đến ngày 31/10/2025, CQQL Dược phẩm Úc (TGA) đã ghi nhận được 250 báo cáo về bệnh lý thần kinh ngoại biên, bao gồm thần kinh cảm giác ngoại biên, thần kinh vận động – cảm giác ngoại biên, bệnh lý thần kinh sợi

nhỏ, đa dây thần kinh hoặc đa dây thần kinh mạn tính liên quan đến các sản phẩm chứa vitamin B6.

Trong đó, có 152 báo cáo các biến cố này có ghi nhận đồng thời cùng tình trạng ngộ độc vitamin B6 và/hoặc nồng độ vitamin B6 trong máu tăng. Ngoài ra, có thêm 162 báo cáo khác về tình trạng ngộ độ vitamin B6 và/hoặc tăng nồng độ vitamin B6 với các phản ứng ít đặc hiệu hơn như *dị cảm, cảm giác bỏng rát*, … cũng gợi ý đến các triệu chứng của bệnh lý thần kinh.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

Mặc dù thời điểm áp dụng các quy định mới có hiệu lực từ ngày 01/06/2027, tuy nhiên TGA khuyến cáo nhân viên y tế chủ động thực hiện các biện pháp giảm thiểu nguy cơ ngay từ bây giờ:

- **Cân nhắc lợi ích nguy cơ ngộ độc** vitamin B6 trên các bệnh nhân có những dấu hiệu của bệnh lý thần kinh ngoại biên.
- Đánh giá toàn diện lượng vitamin B6 bệnh nhân hấp thu, *lưu ý các sản phẩm bổ sung vitamin nhóm B, đa vitamin và các chế phẩm chứa magnesi hoặc kẽm*, đặc biệt trong các chế phẩm phối hợp. Ngoài ra, các thực phẩm và đồ uống hàng ngày có chứa vitamin B6 cũng cần được xem xét để ước tính được tổng lượng vitamin B6 nạp vào cơ thể.
- Các triệu chứng phổ biến nhất liên quan đến ngộ độc vitamin B6 lại tương tự như các triệu chứng thiếu vitamin B6. Do đó, cần cảnh báo bệnh nhân rằng họ có thể vô tình làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh khi sử dụng các sản phẩm bổ sung có chứa vitamin B6.
- Lưu ý về tình trạng người tiêu dùng khó nhận biết về sự có mặt của vitamin B6 trong một số sản phẩm, đặc biệt khi nhãn sản phẩm chỉ ghi tên hóa học mà không ghi tên thông dụng là vitamin B6. Điều này làm ảnh hưởng việc khai thác các sản phẩm sử dụng và gây chậm trễ trong phát hiện và ngừng thuốc kịp thời.

Tài liệu tham khảo

https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5805/tga-quy-dinh-moi-nham-giam-thieu-nguy-co-benh-ly-than-kinh-lien-quan-vitaminb6.htm

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

Giáo dục nhóm người bệnh có nguy cơ cao bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ

Người bệnh ĐTĐ và cả người chăm sóc, đặc biệt là nhóm người bệnh nguy cơ cao bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ nên được giáo dục về chăm sóc bàn chân nói chung, bao gồm cả người mới chẩn đoán ĐTĐ và cả nhóm nguy cơ cao mỗi lần khám định kì.

Người bệnh ĐTĐ là đối tượng nguy cơ cao bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ khi có một trong các yếu tố nguy cơ sau:

Bộ câu hỏi sàng lọc biến chứng thần kinh ngoại biên: tổng điểm >4

Phần dành cho người bệnh tự đánh giá	Điểm số để đánh giá tình trạng người bệnh
1. Ông/bà có gặp phải bất kỳ cảm giác nào dưới đây ở tay và/hoặc chân không? (Chỉ đánh dấu vào ô nếu có cảm giác) ☐Nóng rát ☐Dị cảm, cảm giác như kiến bò ☐Đau như điện giật ☐Tê bì ☐Cảm giác như kim châm/đau nhói ☐Cảm giác kì lạ/không bình thường khác 2. Những cảm giác này gây phiền toái cho ông/bà như thế nào (đánh dấu mức độ từ 1-10)? Hãy trao đổi những triệu chứng này với bác sĩ để có chẩn đoán chính xác **Nếu có ít nhất 1 ô được đánh dấu ở câu 1, hãy đánh giá tiếp các câu bên dưới** 3. Cảm giác ở câu 1 xuất hiện ở bên nào? Trái hay Phải? 4. Cảm giác đó có nặng hơn khi về đêm hay không? 5. Vui lòng đánh dấu vào ô bên cạnh những yếu tố dưới đây nếu có liên quan đến bạn: ☐ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ	Mỗi ô đánh dấu được tính 1 điểm. Nếu không ô nào đánh dấu được tính 0 điểm. Tối đa 6 điểm.

☐Đang sử dụng thuốc trong hơn 3 tháng ☐Béo phì ☐Chế độ ăn hạn chế ☐Hút thuốc ☐Sử dụng rượu, bia Tổng điểm của ông/bà là:	1 điểm nếu có, 0 điểm nếu không. Tối đa 1 điểm Mỗi ô đánh dấu được tính 1 điểm. Nếu không ô nào đánh dấu được tính 0 điểm. Tối đa 6 điểm.

Vui lòng trao đổi với bác sĩ về kết quả của bảng câu hỏi này.

Tổng điểm > 4 (với tổng điểm tối đa là 13) có thể chỉ ra sự xuất hiện của bệnh lý thần kinh ngoại biên.

Bộ câu hỏi sàng lọc bệnh thần kinh Michigan (MNSI): tổng điểm ≥ 4

Bộ câu hỏi sàng lọc bệnh thần kinh Michigan (MNSI) giúp tầm soát nhanh và sớm bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ để có kế hoạch quản lý sớm cho người bệnh, giảm sự tiến triển nặng của bệnh. Trong đó, bảng câu hỏi người bệnh tự đánh giá trong MNSI được xem là dễ áp dụng, nhanh gọn và có thể trở thành công cụ gợi ý để bác sĩ thăm khám lâm sàng tốt hơn. Tuy nhiên, MNSI vẫn phụ thuộc vào khả năng hợp tác và hiểu biết của người bệnh khi trả lời câu hỏi. Vì vậy, người bệnh cần được chẩn đoán xác định bằng các xét nghiệm lâm sàng và cận lâm sàng.

Bảng câu hỏi người bệnh tự đánh giá: Mỗi câu trả lời "Có" hoặc "Không" về tình trạng của chân/bàn chân.

1. Ông/bà có cảm thấy tê ở chân/bàn chân không?	☐Có	☐Không
2. Ông/bà có cảm giác nóng rát ở chân/bàn chân không?	☐Có	☐Không
3. Ông/bà có cảm thấy chân/bàn chân quá nhạy cảm khi chạm vào không?	☐Có	☐Không

4. Ông/bà có hay bị chuột rút (vọp bẻ) ở chân/bàn chân không?	☐Có	☐Không
5. Ông/bà có cảm giác châm chích (kim châm) ở chân/bàn chân không?	☐Có	☐Không
6. Ông/bà có cảm thấy đau khi tấm chăn/ga giường chạm vào chân không?	☐Có	☐Không
7. Ông/bà có phân biệt được nước nóng và nước lạnh khi chạm vào không?	☐Có	☐Không
8. Ông/bà đã bao giờ có vết loét hở (loét không kín miệng) ở chân/bàn chân chưa?	☐Có	☐Không
9. Bác sĩ đã từng chẩn đoán ông/bà bị bệnh lý thần kinh chưa?	☐Có	☐Không
10. Ông/bà có thường xuyên cảm thấy cơ thể yếu mệt toàn thân không?	☐Có	☐Không
11. Các triệu chứng khó chịu ở chân/bàn chân của ông/bà có trở nặng về đêm không?	☐Có	☐Không
12. Ông/bà có thấy đau cẳng chân khi đi bộ không?	☐Có	☐Không
13. Ông/bà có còn cảm giác bàn chân rõ ràng khi bước đi không?	☐Có	☐Không
14. Da bàn chân của ông/bà có bị khô, nứt nẻ đến mức chảy máu hoặc rách da không?	☐Có	☐Không
15. Ông/bà đã từng bị cắt cụt ngón chân hoặc bàn chân chưa?	☐Có	☐Không

Cách chấm điểm:

Các câu hỏi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15: Trả lời “Có” = 1 điểm, “Không” = 0 điểm.

Riêng hai câu 7 và 13 tính điểm ngược: nếu trả lời "Không" (tức KHÔNG phân biệt được nước nóng-lạnh, hoặc KHÔNG còn cảm giác bàn chân) = 1 điểm.

Tổng điểm tối đa là 15. Nếu tổng số điểm ≥ 4, người bệnh được đánh giá có nguy cơ cao mắc bệnh đa dây thần kinh ĐTĐ, đề nghị đánh giá lâm sàng để chẩn đoán bệnh.

Các hạng mục cần trang bị khi giáo dục người bệnh được đề cập trong **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị loét bàn chân do đái tháo đường năm 2023** bao gồm:

- Xác định xem người bệnh có thể thực hiện kiểm tra bàn chân hay không. Nếu không, hãy thảo luận xem ai có thể hỗ trợ.
- Phải thực hiện kiểm tra chân hàng ngày đối với toàn bộ bề mặt của cả hai bàn chân, khu vực giữa các ngón chân.
- Thông báo cho chuyên gia y tế nếu có dấu hiệu sưng, nóng, hoặc nổi mụn nước, vết cắt, vết xước hoặc vết loét.
- Không đi chân trần, đi tất không mang giày, hoặc đi dép đế mỏng, dù ở nhà hoặc đi ra ngoài.
- Không đi giày quá chật, có mép gồ ghề hoặc đường may không đều. Nhìn kỹ và sờ bằng tay vào bên trong đôi giày trước khi mang.
- Mang vớ không có đường may (hoặc có đường may từ trong ra ngoài); không mang vớ quá chật hoặc cao quá đầu gối và thay vớ hàng ngày.
- Rửa chân hàng ngày (với nhiệt độ nước luôn dưới 37°C) và lau khô cẩn thận, đặc biệt giữa các ngón chân.
- Không dùng các loại máy sưởi, bình nước nóng để sưởi ấm chân.
- Không sử dụng các chất hóa học, bột trét để tẩy các vết chai.
- Sử dụng chất làm mềm da để bôi trơn vùng da khô, nhưng không bôi giữa các ngón chân.
- Cắt móng chân thẳng ngang.
- Khám bàn chân theo định kỳ

Tài liệu tham khảo: Quyết định 3510/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường (ngày 11 tháng 11 năm 2025)

TIỂU BAN

GIÁM SÁT THÔNG TIN THUỐC

BS.CKII. Võ Minh Hiền