



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

Bản tin

THÔNG TIN THUỐC - DƯỢC LÂM SÀNG

QUÝ II



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 Phương

PT Trưởng phòng Điều dưỡng

DS. CKI. Ngô Thị Ánh Loan

Phó trưởng khoa Dược

Thư ký:

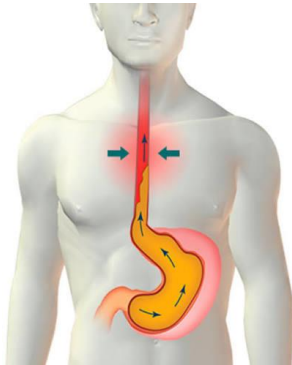
DS. Huỳnh Như

Nhân viên khoa Dược

NỘI DUNG		TRANG
 HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ	Điều trị bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD)	01
 NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	Phùng Thảo Nguyên, Trần Nhật Minh, Hoàng Thị Trang, Nguyễn Thị Hồng Hà, Nguyễn Thị Thu Hằng, Vũ Đình Hòa (2026) <i>Đặc điểm sử dụng và các biến cố bất lợi cần xử trí của thuốc an thần, gây mê, giảm đau trong thông tim nhi khoa tại Bệnh viện Nhi Trung ương</i>	06
 THÔNG TIN THUỐC	Hướng dẫn sử dụng Wosulin, Scilin™ M30	17
	Hướng dẫn sử dụng Hyaluron eye drops	22
	Hướng dẫn sử dụng thuốc xịt mũi Satarex	24
 CẢNH GIÁC DƯỢC	Nguy cơ biến cố tim mạch liên quan đến cefazolin: Khuyến cáo từ Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC)	27
	Medsafe: Nhắc lại các tác dụng không mong muốn quan trọng liên quan đến opioid	29
	Viêm cơ, tiêu cơ vân do tương tác thuốc atorvastatin và clarithromycin: Thông tin từ tạp chí Australian Prescriber	32
 ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC	Điều trị dinh dưỡng chuyên biệt ở bệnh nhân hóa trị và xạ trị	35

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

GERD	Gastroesophageal Recux Disease (Trào ngược dạ dày – thực quản)
PPI	Proton Pump Inhibitor (Thuốc ức chế bơm proton)
ERD	Erosive Recux Disease (Bệnh trào ngược có viêm thực quản)
NERD	Non- Erosive Recux Disease (Bệnh trào ngược không có viêm thực quản)
ATGMGD	An thần, gây mê, giảm đau
NKQ	Nội khí quản
BMA	Trung bình hóa mô hình kiểu Bayes
IQR	Độ tuổi và cân nặng trung vị
AE	Tỷ lệ biến cố bất lợi
ONS	Oral Nutrition Supplement (Thực phẩm bổ sung đường uống)
DDTM	Dinh dưỡng tĩnh mạch

 HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ	Điều trị bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD)	
--	--	---

Khuyến cáo 1: PPI là thuốc nền tảng trong điều trị GERD. Điều trị PPI liều chuẩn trong 8 tuần có hiệu quả trong việc làm lành tổn thương niêm mạc thực quản và giảm triệu chứng ở bệnh nhân GERD có viêm thực quản trên nội soi.

- Mức độ chứng cứ: Cao
- Mức độ khuyến cáo: Mạnh
- Mức độ đồng thuận: Hoàn toàn đồng ý (100%)

PPI được khẳng định là thuốc nền tảng trong điều trị GERD. Các bằng chứng cho thấy PPI có hiệu quả vượt trội so với thuốc ức chế thụ thể H₂ trong việc làm lành tổn thương niêm mạc thực quản ở mọi mức độ.

Liệu trình điều trị chuẩn: Việc sử dụng PPI liều chuẩn trong vòng 8 tuần giúp làm lành tổn thương niêm mạc và giảm triệu chứng hiệu quả ở bệnh nhân viêm thực quản do trào ngược (ERD).

Hiệu quả theo thời gian: Tỷ lệ lành tổn thương niêm mạc thực quản tăng dần theo thời gian điều trị: đạt khoảng 65% sau 4 tuần, 80% sau 8 tuần và lên đến 84% sau 12 tuần khi sử dụng PPI một lần mỗi ngày.

Xử trí khi không đáp ứng: Nếu các triệu chứng hoặc tình trạng viêm không cải thiện với liều chuẩn, bác sĩ có thể xem xét tăng gấp đôi liều PPI, tuy nhiên cần cân nhắc kỹ giữa lợi ích lâm sàng và chi phí điều trị.

Khuyến cáo 2: Điều trị GERD mức độ nhẹ - trung bình nên bắt đầu bằng việc thay đổi chế độ ăn uống sinh hoạt, sau đó sử dụng alginate giúp cải thiện triệu chứng. Nếu không đáp ứng điều trị, có thể đổi sang hoặc phối hợp alginate với PPI.

- Mức độ chứng cứ: Trung bình
- Mức độ khuyến cáo: Mạnh
- Mức độ đồng thuận: Hoàn toàn đồng ý (75%); Đồng ý với một chút quan ngại (25%)

Cơ chế tác động: Alginate có khả năng ngăn cản sự trào ngược của các chất từ túi axit và dạ dày lên thực quản. Đây là một yếu tố quan trọng vì túi axit hình thành sau ăn đóng vai trò then chốt trong cơ chế bệnh sinh phức tạp của GERD.

Chỉ định điều trị: Nhóm thuốc này được khuyến cáo là **bước tiếp theo trong điều trị GERD mức độ nhẹ và trung bình** khi bệnh nhân không đáp ứng với các biện pháp không dùng thuốc. Ngoài ra, Alginate được xem là một lựa chọn thay thế hiệu quả tại các cơ sở chăm sóc ban đầu.

Ưu điểm về tốc độ: Alginate có thời gian khởi phát tác dụng nhanh, thường trong vòng 1 giờ sau khi dùng, vượt trội hơn so với nhóm thuốc ức chế bơm proton (PPI) hoặc thuốc ức chế thụ thể H₂.

Hiệu quả lâm sàng:

- + Các phác đồ có kết hợp Alginate mang lại hiệu quả cao hơn so với giả dược hoặc thuốc trung hòa axit (antacid).
- + Trong điều trị triệu chứng ợ nóng suốt 24 giờ ở bệnh nhân GERD mức độ trung bình, Alginate cho thấy hiệu quả không thua kém Omeprazol.
- + Khi kết hợp Alginate với PPI, bệnh nhân mắc chứng trào ngược không triệu chứng (NERD) có sự cải thiện rõ rệt về mặt lâm sàng.

Khuyến cáo 3: Bệnh nhân GERD không có viêm thực quản trên nội soi (NERD) nên sử dụng PPI liều chuẩn trong 4-8 tuần.

- Mức độ chứng cứ: Cao

- Mức độ khuyến cáo: Mạnh
- Mức độ đồng thuận: Hoàn toàn đồng ý (82,1%); Đồng ý với một chút quan ngại (17,9%)

Phổ biến của NERD: Bệnh NERD chiếm đa số trong các trường hợp bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD).

Hiệu quả của thuốc PPI: PPI có hiệu quả giảm triệu chứng *vượt trội hơn* so với thuốc ức chế thụ thể H2 ở bệnh nhân NERD. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát triệu chứng ợ nóng ở nhóm này chỉ dao động khoảng 30 - 35%.

So sánh: Hiệu quả làm giảm triệu chứng của PPI ở bệnh nhân NERD thường thấp hơn so với bệnh nhân có tổn thương viêm thực quản (ERD). Tỷ lệ đáp ứng sau 4 tuần điều trị ở nhóm ERD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm NERD.

Thời gian điều trị:

- + Các hướng dẫn hiện nay thường khuyến nghị thời gian dùng PPI tối thiểu là 4 tuần.
- + Tuy nhiên, các bằng chứng cho thấy khoảng thời gian 4 tuần có thể chưa đủ để đánh giá đầy đủ hiệu quả điều trị PPI đối với bệnh nhân NERD do tỷ lệ đáp ứng thấp hơn so với nhóm ERD.

Khuyến cáo 4: Liệu pháp PPI cần được sử dụng ở các bệnh nhân có biểu hiện ngoài thực quản kèm với các triệu chứng trào ngược điển hình. Các bệnh nhân có biểu hiện ngoài thực quản không kèm với các triệu chứng điển hình của GERD nên được tiến hành các thăm dò chức năng để chẩn đoán GERD trước khi điều trị với PPI.

- Mức độ chứng cứ: Trung bình
- Mức độ khuyến cáo: Mạnh
- Mức độ đồng thuận: Hoàn toàn đồng ý (78,6%); Đồng ý với một chút quan ngại (17,9%); Đồng ý nhưng còn nhiều điểm quan ngại (3,6%)

Thách thức trong điều trị: Khoảng 50 - 60% bệnh nhân nghi ngờ có biểu hiện trào ngược ngoài thực quản nhưng không có bằng chứng chẩn đoán xác

định GERD và không đáp ứng với thuốc ức chế axit . Hiệu quả của PPI đối với các triệu chứng này vẫn chưa thực sự rõ ràng.

Chỉ định sử dụng PPI: PPI được khuyến cáo dùng cho các trường hợp có kèm biểu hiện GERD điển hình hoặc đã có bằng chứng khách quan xác định bệnh qua các kỹ thuật thăm dò.

Phác đồ và thời gian điều trị:

- + Thời gian điều trị thông thường được khuyến cáo từ 8 – 12 tuần.
- + Theo Đồng thuận San Diego (2025), nên điều trị thử **PPI 2 lần/ngày trong 3 tháng**, có thể kết hợp thêm alginate để đánh giá sự cải thiện của tình trạng trào ngược hợng thanh quản.

Ưu thế của liều dùng 2 lần/ngày: Việc sử dụng PPI 2 lần/ngày cho thấy hiệu quả cao hơn trong kiểm soát axit và triệu chứng ngoài thực quản so với liều 1 lần/ngày. Thực tế, hơn 50% bệnh nhân không đáp ứng với liều 1 lần/ngày đã có cải thiện rõ rệt sau khi chuyển sang dùng 2 lần/ngày.

Khuyến cáo 5: Với bệnh nhân GERD kháng trị, cần tối ưu hóa điều trị nội khoa bao gồm thay đổi lối sống, kiểm tra vấn đề tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, tăng liều PPI, đổi loại PPI, hoặc phối hợp với các nhóm thuốc khác

- Mức độ chứng cứ: Cao
- Mức độ khuyến cáo: Mạnh
- Mức độ đồng thuận: Hoàn toàn đồng ý (82,1%); Đồng ý với một chút quan ngại (10,7%); Đồng ý nhưng còn nhiều điểm quan ngại (7,1%)

Các bước tiếp cận ban đầu: Điều trị GERD kháng trị trước hết cần tập trung vào việc thay đổi lối sống, kiểm tra mức độ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân và tối ưu hóa liều lượng PPI. Việc kiểm tra tuân thủ là cực kỳ quan trọng vì tỷ lệ không tuân thủ ở bệnh nhân GERD có thể lên tới 20-50% do nhiều yếu tố như tác dụng phụ của thuốc hoặc thiếu sự tương tác với bác sĩ.

Tối ưu hóa liệu pháp PPI:

+ **Sử dụng PPI 2 lần/ngày:** Phương pháp này giúp kiểm soát pH dạ dày tốt hơn so với liều chuẩn 1 lần/ngày, giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng về đêm và tăng tỷ lệ làm lành tổn thương thực quản.

+ **Đổi sang loại PPI khác:** Đối với những bệnh nhân chuyển hóa nhanh qua men CYP2C19 (làm giảm nồng độ thuốc), việc chuyển sang các PPI ít lệ thuộc vào men này như rabeprazol có thể mang lại hiệu quả cao hơn.

Các lựa chọn điều trị bổ sung: Nếu tối ưu hóa PPI không hiệu quả, bác sĩ có thể cân nhắc thêm:

Thuốc ức chế thụ thể H2: Đặc biệt hữu ích cho các triệu chứng ợ nóng về đêm hoặc rối loạn giấc ngủ.

Alginate và thuốc bảo vệ niêm mạc: Có thể dùng kết hợp với PPI khi bệnh nhân không đáp ứng hoàn toàn.

Baclofen: Được cân nhắc cho bệnh nhân chủ yếu bị ợ trớ do thuốc giúp ức chế phản xạ giãn thoáng qua của cơ thắt thực quản dưới, nhưng cần thận trọng với các tác dụng phụ như chóng mặt, mệt mỏi.

Khuyến cáo: Đồng thuận quốc tế năm 2024 lưu ý không nên tăng liều PPI hoặc bổ sung các thuốc khác nếu chưa có bằng chứng khách quan chẩn đoán GERD sau 8 tuần điều trị. Cuối cùng, nếu các biện pháp nội khoa thất bại, các can thiệp nội soi hoặc phẫu thuật chống trào ngược sẽ được xem xét.

Tài liệu tham khảo

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ‘Bệnh trào ngược dạ dày thực quản’ của hội khoa học tiêu hóa Việt Nam (năm 2025)

Link tham khảo:

https://drive.google.com/file/d/1K4HlgmOtUwxyUzqtmCue0hKPPAJJa9_M/view

 NGHIÊN CỨU KHOA HỌC	Đặc điểm sử dụng và các biến cố bất lợi cần xử trí của thuốc an thần, gây mê, giảm đau trong thông tim nhi khoa tại Bệnh viện Nhi Trung ương
---	--

I. Mở đầu

Thông tim là kỹ thuật ít xâm lấn quan trọng trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý tim bẩm sinh ở trẻ em. Do đặc thù tâm lý và sinh lý, đối tượng nhi khoa thường yêu cầu tình trạng an thần sâu hoặc gây mê toàn thân đặt NKQ để đảm bảo an toàn và tính chính xác cho thủ thuật. Việc lựa chọn phác đồ thuốc phù hợp đóng vai trò quyết định đến sự ổn định huyết động, thời gian hồi tỉnh và chất lượng hồi phục của bệnh nhi.

Trong thực hành lâm sàng, việc sử dụng các thuốc an thần (như midazolam), thuốc gây mê (như propofol, sevofluran) và giảm đau nhóm opioid (như fentanyl, morphin) luôn tiềm ẩn nguy cơ gây biến cố trên hệ hô hấp và tuần hoàn, đặc biệt trên nhóm trẻ có dự trữ tim phổi thấp hoặc bệnh lý tim mạch phức tạp. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới đề cập đến sử dụng thuốc và biến cố bất lợi trong các thủ thuật can thiệp tim mạch ở trẻ em, dữ liệu tại Việt Nam vẫn còn tương đối hạn chế. Do đó, việc khảo sát thực tế sử dụng thuốc và các biến cố bất lợi tại cơ sở y tế là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng phục vụ tối ưu hóa thực hành lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm sử dụng thuốc an thần, gây mê, giảm đau, tỷ lệ biến cố bất lợi cần xử trí và các yếu tố liên quan trong thông tim nhi khoa tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu danh sách bệnh án bệnh nhân có chỉ định thông tim chẩn đoán và/hoặc điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn từ 01/01/2024 – 31/05/2024 được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân 1 ngày tuổi đến 18 tuổi được chỉ định thông tim chẩn đoán và/hoặc thông tim điều trị tại đơn vị Can thiệp Tim mạch, Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 01/01/2024 – 31/05/2024. Bệnh án của các bệnh nhân có các chẩn đoán viêm đường hô hấp cấp, bất thường nhiễm sắc thể, rối loạn chuyển hóa hoặc bệnh lý phối hợp khác; hoặc bệnh nhân có rối loạn nhịp, block nhĩ – thất, bệnh nhân đã thở máy, sử dụng thuốc vận mạch trước can thiệp sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập dữ liệu

Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của đối tượng nghiên cứu. Tiến hành thu mẫu thuận tiện, hồi cứu danh sách bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện eHospital, sau đó thu thập trên bệnh án giấy tại Kho lưu trữ của bệnh viện.

Các thông tin nghiên cứu thu thập gồm đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, giới, cân nặng, thời gian thông tim, thời gian hồi tỉnh, chỉ định thông tim, phương pháp vô cảm), đặc điểm thuốc an thần, gây mê, giảm đau (tên hoạt chất, liều dùng, phác đồ ATGM-GĐ), các biến cố bất lợi và các yếu tố liên quan tới tỷ lệ biến cố bất lợi.

Thông tin về các biến cố bất lợi được ghi nhận bao gồm các biến cố tim mạch như nhịp nhanh/chậm (nhịp tim tăng/giảm $>20\%$ so với trước can thiệp), tăng/hạ huyết áp (huyết áp trung bình tăng/giảm $>20\%$ so với trước can thiệp),

các biến cố hô hấp (giảm SpO₂ > 10% so với trước can thiệp, quan sát có/không các biểu hiện ho, co thắt thanh quản/phế quản khó rút NKQ) và biến cố thần kinh (quan sát có/không các biểu hiện nôn/buồn nôn, run/co giật/kích động). Quy kết mối quan hệ nhân - quả của biến cố bất lợi và thuốc theo thang điểm Naranjo được đánh giá độc lập bởi hai thành viên nghiên cứu, sau đó được đồng thuận bởi tất cả thành viên nhóm nghiên cứu.

4. Phân tích thống kê

Dữ liệu được làm sạch bằng Excel và phân tích bằng phần mềm thống kê R phiên bản 4.5.3. Các biến định lượng sẽ được kiểm tra phân bố bằng phép thử Shapiro–Wilk. Số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (nếu có phân bố chuẩn) hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị] (nếu phân bố không chuẩn). Tỷ lệ sử dụng thuốc, phác đồ, biến cố bất lợi được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%).

Phân tích đơn biến và phân tích đa biến được tiến hành nhằm tìm hiểu mối liên quan của các biến số giới tính, tuổi, cân nặng, loại thông tim, phương pháp vô cảm, thời gian mê và liều các thuốc ATGM-GĐ với các biến cố bất lợi. Trong phân tích đa biến, ngoài các biến có xác suất bao hàm hậu nghiệm (PIP) > 50% theo phân tích Trung bình hóa mô hình kiểu Bayes (BMA), các biến được giữ cố định trong mô hình gồm giới tính, tuổi và loại thông tim.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt. Tất cả dữ liệu sử dụng trong nghiên cứu được thu thập, xử lý và lưu trữ đảm bảo tính bảo mật thông tin người bệnh. Nhóm nghiên cứu cam kết tính trung thực, chính xác và nguyên bản của nội dung nghiên cứu.

III. Kết quả

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong 248 bệnh nhân thông tim từ ngày 01/01/2024 đến 31/05/2024 có 208 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Đặc điểm bệnh nhân được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu	Kết quả (n = 208)
Giới tính (nam)	104 (50%)
Độ tuổi (tháng)	15,50 [5,00 - 51,00]
Cân nặng (kg)	9 [6,0 - 15,0]
Thời gian mê	70,0 [55,0 - 100,0]
Thời gian khởi mê (phút)	15,0 [10,0 - 20,0]
Thời gian thủ thuật (phút)	50,0 [40,0 - 81,3]
Thời gian hồi tỉnh (phút)	60,0 [45,0 - 90,0]
Loại chỉ định thông tim	
Thông tim chẩn đoán (TTCD)	64 (30,77%)
Thông tim điều trị (TTĐT)	127 (61,06%)
Thông tim phối hợp (TTPH)	17 (8,17%)
Phương pháp vô cảm	
Gây mê đặt NKQ	170 (81,73%)
Gây mê mask (MASK)	38 (18,27%)

Ghi chú: các giá trị biểu thị dưới dạng Số lượng (%) hoặc Trung vị [khoảng tứ phân vị].

Độ tuổi và cân nặng trung vị lần lượt là 15,5 tháng (khoảng tứ phân vị, IQR 5,0–51,0) và 9 kg (IQR 6,0–15,0), chủ yếu là trẻ nhỏ nhẹ cân. Các thủ thuật thông tim điều trị (61,1%) chiếm chủ yếu và thời gian gây mê trung vị 70 phút (IQR 55–100). Phương pháp vô cảm ưu tiên là gây mê đặt NKQ (81,7%).

2. Đặc điểm thuốc an thần, gây mê, giảm đau trong thông tim Đặc điểm về tần suất, tỷ lệ sử dụng và liều dùng các thuốc ATGM-GĐ được trình bày trong Bảng 2 và đặc điểm các phác đồ phối hợp thuốc ATGM-GĐ trong Bảng

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng và liều dùng thuốc an thần, gây mê, giảm đau

Tên thuốc (đơn vị liều dùng)	Kết quả (n = 208)	
	Số lượng (tỷ lệ)	Liều dùng
Midazolam (mg/kg)	82 (39,42%)	0,12 [0,09 - 0,29]
Sevofluran (%)	200 (96,15%)	2,0 [2,0 - 2,0]
Propofol (mg/kg)	151 (72,60%)	2,22 [1,81 - 3,02]
Morphin (mg/kg)	5 (1,44%)	0,15 [0,10 - 0,38]
Fentanyl (mcg/kg)	203 (97,60%)	2,50 [1,93 - 3,06]
Paracetamol (mg/kg)	191 (91,83%)	13,04 [11,11 - 14,29]

Ghi chú: các giá trị biểu thị dưới dạng Số lượng (%) hoặc Trung vị [khoảng tứ phân vị].

3.

Sevofluran, fentanyl và paracetamol là các thuốc được sử dụng phổ biến nhất, với tỷ lệ lần lượt là 96,15%, 97,60% và 91,83%. Propofol cũng được sử dụng với tỷ lệ cao (72,60%), trong khi midazolam chiếm tỷ lệ thấp hơn (39,42%) và morphin rất ít được sử dụng (1,44%). Liều trung vị của các thuốc nhìn chung nằm trong khoảng khuyến cáo, trong đó sevofluran được sử dụng ở mức trung vị 2% (IQR 2,0-2,0%), propofol 2,22 mg/kg (IQR 1,81-3,02 mg/kg) và fentanyl 2,50 mcg/kg (IQR 1,93-3,06 mcg/kg).

Các phác đồ có chứa các hoạt chất sevofluran + propofol + fentanyl + paracetamol được ưu tiên sử dụng trong hầu hết trường hợp 145/209 ca (69,38%).

Bảng 3. Phác đồ phối hợp an thần, gây mê, giảm đau trong thông tim nhi khoa

Tên phác đồ	Kết quả (n = 208)
SEVO + PROP + FEN + PARA	108 (51,92%)
MIDA + SEVO + PROP + FEN + PARA	37 (17,79%)
MIDA + SEVO + FEN + PARA	34 (16,35%)
Các phác đồ khác	29 (13,94%)
FEN: fentanyl; MIDA: midazolam; MORP: morphin; PARA: paracetamol; PROP: propofol; SEVO: sevofluran	

3. Đặc điểm biến cố bất lợi và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm về tỷ lệ biến cố bất lợi chung, loại biến cố trên tim mạch (AE tim mạch), trên hô hấp (AE hô hấp) và trên thần kinh (AE thần kinh) và mức độ quy kết mối quan hệ giữa biến cố - thuốc theo thang điểm Naranjo được trình bày trong Bảng 4.

Tổng cộng 48 lượt biến cố bất lợi được ghi nhận trong 40 ca thông tim (19,23%), trong đó chủ yếu xuất hiện trong quá trình gây mê và can thiệp (79,17%). AE tim mạch là phổ biến nhất (13,94%), sau đó là AE hô hấp (7,21%) và chỉ có 1,44% gặp AE thần kinh là nôn hoặc buồn nôn.

Bảng 4. Đặc điểm biến cố bất lợi cần xử trí trong thông tim

Tiêu chí	Kết quả
Số biến cố bất lợi ghi nhận	48
AE trong can thiệp	38 (79,17%)
AE trong hồi tỉnh	10 (20,83%)
Số ca thông tim có biến cố bất lợi (n = 208)	40 (19,23%)
<i>AE tim mạch</i>	29 (13,94%)
Nhịp nhanh	5 (2,40%)
Nhịp chậm	8 (3,85%)
Hạ huyết áp	6 (2,88%)
Hạ huyết áp + Nhịp chậm	9 (4,33%)
Tăng huyết áp + Nhịp nhanh	1 (0,48%)
<i>AE hô hấp</i>	15 (7,21%)
Giảm SpO2	11 (5,29%)
Ho	3 (1,44%)
Co thắt thanh quản/phế quản	1 (0,48%)
<i>AE thần kinh (nôn/buồn nôn)</i>	4 (1,92%)
Quy kết nhân quả theo Naranjo (n = 48)	
Nghi ngờ (< 1 điểm)	2 (4,17%)
Có thể (1-4 điểm)	38 (79,17%)
Có khả năng (5-8 điểm)	8 (16,67%)

Trong phân tích mối liên quan, với biến cố bất lợi trên thần kinh (n=4) và liều morphin (n=5), do số lượng các ca có biến cố nên không đủ để tiến hành phân tích các yếu tố liên quan. 11 biến ban đầu gồm đặc điểm nhân khẩu, đặc điểm thông tim và sử dụng thuốc được đưa vào phân tích hồi quy đơn biến. Trong phân tích đa biến, kết quả phân tích Trung bình hóa mô hình Bayes (BMA) từ 11 biến ban đầu cho thấy chỉ có mối liên quan mạnh mẽ giữa phương pháp vô cảm Mask với biến cố bất lợi chung (PIP 89,4%) và giữa giới tính nữ (PIP 83,0%) và liều propofol (PIP 94,6%) với biến cố bất lợi trên tim mạch. Các yếu tố này cùng các biến giới tính, tuổi và loại thông tim được đưa vào phân tích hồi quy đa biến. Kết quả được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Phân tích các yếu tố liên quan đến biến cố bất lợi

Biến độc lập	Phân tích đơn biến cOR (KTC 95%)	Phân tích đa biến aOR (KTC 95%)
Biến cố bất lợi chung		
Giới tính nam	1,14 (0,56 – 2,32)	1,23 (0,60 – 2,56)
Tuổi	0,97 (0,86 – 1,07)	0,98 (0,87 – 1,09)
Loại thông tim	1	1
TTCĐ	0,73 (0,34 – 1,62)	0,94 (0,42 – 2,12)
TTĐT	1,63 (0,46 – 5,32)	1,59 (0,44 – 5,30)
TTPH		
Thời gian mê	1,00 (1,00 – 1,02)*	-
Phương pháp vô cảm		
NKQ	10,29 (2,11 – 185,77)*	9,81 (1,94 – 179,27)*
Mask	1	1
Liều propofol	0,76 (0,59 – 0,96)*	-
Biến cố bất lợi trên tim mạch		
Giới tính nam	0,66 (0,30 – 1,47)	0,61 (0,26 – 1,38)
Tuổi	0,96 (0,84 – 1,08)	0,96 (0,83 – 1,08)
Loại thông tim	1	1
TTCĐ	0,94 (0,38 – 2,45)	0,96 (0,39 – 2,52)
TTĐT	3,82 (1,08 – 13,33)*	4,17 (1,16 – 14,93)*
TTPH		
Thời gian mê	1,01 (1,00 – 1,02)*	-
Liều propofol	0,72 (0,54 – 0,94)*	-
Biến cố bất lợi trên hô hấp		
Giới tính nam	4,39 (1,34 – 19,72)*	5,64 (1,62 – 26,69)*
Tuổi	0,87 (0,68 – 1,05)	0,97 (0,73 – 1,17)
Loại thông tim	1	1
TTCĐ	0,56 (0,18 – 1,82)	0,58 (0,16 – 2,04)
TTĐT	1,29 (0,18 – 6,28)	0,93 (0,11 – 5,33)
TTPH		
Liều propofol	0,49 (0,29 – 0,75)**	0,48 (0,26 – 0,80)**
* p < 0,05 ; ** p < 0,01; cOR: OR thô; aOR: OR hiệu chỉnh.		

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy thời gian mê là các yếu tố liên quan đến cả ba nhóm biến cố AE chung, AE tim mạch và AE hô hấp ($p < 0,05$). Bên cạnh đó là các yếu tố khác như phương pháp vô cảm, loại thủ thuật, thuốc sevofluran, thuốc propofol ($p < 0,05$) cũng được đánh giá có liên quan. Tuy nhiên, sau khi phân tích mô hình đa biến, chỉ tìm thấy mối liên quan độc lập giữa AE chung với phương pháp gây mê NKQ (aOR 9,81, KTC 95% 1,94 – 179,27, $p < 0,05$), giữa AE tim mạch với loại thông tim phối hợp (TTPH) (aOR 4,17, KTC 95% 1,16 – 14,93, $p < 0,05$) và mối liên quan giữa AE hô hấp với giới tính nam (aOR 5,64, KTC 95% 1,62 – 26,69, $p < 0,05$) và liều propofol (aOR 0,48, KTC 95% 0,26 – 0,80, $p < 0,01$).

IV. Bàn luận

Bệnh nhi tim bẩm sinh khi can thiệp có nguy cơ cao mất ổn định huyết động hoặc rối loạn nhịp do bệnh lý nền và thao tác trong can thiệp. Do đó, mục tiêu

gây mê là duy trì huyết áp, hạn chế ức chế cơ tim và đảm bảo cân bằng tuần hoàn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận phác đồ phối hợp đa mô thức, đặc biệt phác đồ phối hợp giữa 2 thuốc gây mê (sevofluran, propofol) và 2 thuốc giảm đau (fentanyl, paracetamol) là phác đồ chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, mỗi thuốc đảm nhận một vai trò: Sevoflurane giúp khởi mê êm, còn propofol duy trì độ mê ổn định, phối hợp cùng fentanyl và paracetamol là điển hình của chiến lược giảm đau mô thức, giúp giảm đáng kể lượng opioid cần thiết, từ đó giúp hạn chế độc tính và cải thiện chất lượng hồi phục cho trẻ.

Tỷ lệ biến cố bất lợi trong nghiên cứu là 19,23%, cao hơn so với một số nghiên cứu quốc tế như tổng quan của Mehta và cộng sự (2008) với 7,3%, Tokel và cộng sự (2018) và Praditukrit và cộng sự (2025) với 6,2% nhưng tương đồng với nhóm can thiệp phức tạp của Bergersen và cộng sự (2010) [5]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm quần thể, mức độ phức tạp của thủ thuật và phạm vi biến cố được ghi nhận. Trong khi các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào biến chứng mạch máu liên quan đến kỹ thuật can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả các biến cố tim mạch, hô hấp và thần kinh liên quan đến gây mê và quá trình thủ thuật, do đó có thể làm tăng tỷ lệ biến cố chung.

Kết quả đánh giá mối quan hệ nhân – quả giữa biến cố bất lợi và thuốc theo thang điểm Naranjo cho thấy phần lớn các biến cố bất lợi được xếp vào mức “có thể” (79,17%). Trên thực tế, các biến cố bất lợi trong thông tim nhi khoa thường có thể xuất phát từ ba nhóm nguyên nhân chính. Thứ nhất, đối tượng bệnh nhân trẻ em thực hiện thông tim có những đặc điểm sinh lý đặc thù dự trữ chức năng hạn chế và thường kèm theo các bệnh tim bẩm sinh phức tạp, làm tăng tính nhạy cảm với các thay đổi huyết động và hô hấp. Thứ hai, các thao tác can thiệp với sự kích thích cơ học của ống thông lên thành tim và các cấu trúc nội mạch có thể gây ra rối loạn nhịp tim, huyết áp. Thứ ba, mức độ an thần, gây mê, giảm đau chưa đủ có thể dẫn đến đáp ứng stress của cơ thể khi có kích thích, gây ra các biến đổi về tim mạch và hô hấp.

Trong nghiên cứu này, 8 trường hợp được phân loại ở mức “có khả năng” cho thấy mối liên quan tương đối rõ ràng hơn giữa thuốc và biến cố bất lợi ở hai tình huống lâm sàng điển hình. Biến cố buồn nôn và nôn trong hồi tỉnh, nhiều khả năng liên quan trực tiếp đến tác dụng không mong muốn của sevofluran hoặc fentanyl. Bên cạnh đó, biến cố xuất hiện sớm ngay sau khi khởi mê, trước khi ống thông hoặc kích thích can thiệp xảy ra. Từ đó, khả năng quy kết nguyên nhân cho thuốc được sử dụng trong gây mê.

Sau khi hiệu chỉnh trong mô hình đa biến, chỉ còn một số yếu tố giữ được ý nghĩa độc lập. Cụ thể, phương pháp gây mê NKQ liên quan độc lập với AE chung với OR hiệu chỉnh lớn hơn 1 (aOR 9,81, $p < 0,05$), gợi ý rằng bệnh nhân được gây mê bằng phương pháp này có nguy cơ gặp biến cố bất lợi cao hơn nhóm gây mê bằng mask. Tuy nhiên, khoảng tin cậy 95% rộng (1,94 – 179,27) cho thấy độ chính xác của ước lượng còn hạn chế, có thể do cỡ mẫu trong biến cố chưa đủ lớn. Trong nghiên cứu này, gây mê NKQ chiếm ưu thế (81%), trong khi gây mê mask chỉ chiếm 18%, cho thấy xu hướng ưu tiên kiểm soát đường thở chủ động trong các thủ thuật xâm lấn nhằm tối ưu thông khí và huyết động. Về mặt lâm sàng, điều này có thể phản ánh việc NKQ thường được chỉ định cho các trường hợp phức tạp hơn (bệnh tim bẩm sinh nặng, can thiệp kéo dài, nguy cơ huyết động cao). Một số nghiên cứu cũng chỉ ra đặt NKQ có xu hướng nguy cơ gặp biến cố cao hơn và gần đây xu hướng gây mê mask hoặc an thần sâu có thể là lựa chọn an toàn và hiệu quả ở các trường hợp nguy cơ thấp–trung bình, giúp giảm xâm lấn, hạn chế biến chứng liên quan đến đặt NKQ, đồng thời rút ngắn thời gian hồi tỉnh và nằm viện.

Đối với AE tim mạch, loại thủ thuật thông tim phối hợp (TTPH) là yếu tố liên quan độc lập (aOR 4,17, $p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với thực hành lâm sàng khi các thủ thuật này vừa chụp buồng tim bằng thuốc cản quang và vừa can thiệp điều trị như nút tuần hoàn bàng hệ, khiến cho thời gian thủ thuật dài

hơn, đi kèm với thời gian dùng thuốc mê lâu hơn, từ đó có thể tăng nguy cơ biến cố cho trẻ.

Giới tính nam là yếu tố độc lập với aOR 5,64 ($p < 0,05$), gợi ý xu hướng làm tăng nguy cơ biến cố trên hô hấp. Tổng quan của tác giả Mehta và cộng sự (2008) cũng cho thấy giới tính nam là một yếu tố liên quan độc lập, dù nghiên cứu không tiến hành riêng đối với nhóm AE hô hấp. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện tại về mối liên quan giữa giới tính và biến cố hô hấp trong gây mê nhi khoa vẫn chưa nhất quán và cũng chưa giải thích được về mặt sinh lý. Bên cạnh đó, yếu tố liều propofol cũng cho thấy mối liên quan đến AE hô hấp với aOR 0,48 ($p < 0,01$). Trên thực tế, còn hạn chế nghiên cứu đánh giá trực tiếp mối liên quan định lượng giữa liều propofol và nguy cơ biến cố. Về mặt cơ chế, việc sử dụng propofol với liều đủ để đạt độ sâu gây mê thích hợp có thể giúp ức chế các phản xạ sinh lý này và cải thiện tính ổn định huyết động trong quá trình can thiệp.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả cắt ngang chỉ phản ánh thực trạng tại thời điểm khảo sát, trong đó việc sử dụng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như danh mục thầu và tính sẵn có. Thứ hai, do hồi cứu bệnh án, thông tin về biến cố bất lợi có thể chưa đầy đủ, đặc biệt không đánh giá được mức độ nghiêm trọng. Do đó, kết quả về tỷ lệ biến cố bất lợi chủ yếu phản ánh sự hiện diện của biến cố, mà chưa phản ánh đầy đủ ý nghĩa lâm sàng.

V. Kết luận

Trong thông tim nhi khoa tại Bệnh viện Nhi Trung ương, gây mê đặt NKQ là phương pháp vô cảm chủ yếu, và phác đồ ATGM-GĐ đa mô thức phối hợp giữa sevofluran, propofol, fentanyl và paracetamol được sử dụng phổ biến. Tỷ lệ biến cố bất lợi ghi nhận là ở mức độ vừa phải trong đó phần lớn các biến cố được phân loại ở mức “có thể” theo thang điểm Naranjo Phương pháp gây mê NKQ, loại thông tim phối hợp và giới tính nam là 3 yếu tố độc lập gây tăng nguy cơ của lần lượt AE chung, AE tim mạch và AE hô hấp. Bên

cạnh đó, liều propofol cũng là một yếu tố liên quan đến AE hô hấp. Cần có các nghiên cứu tiến cứu với thiết kế chặt chẽ hơn, kiểm soát tốt các yếu tố nhiễu như mức độ nặng của bệnh và đặc điểm thủ thuật, nhằm xác nhận thêm mối liên quan này và tối ưu hóa chiến lược sử dụng ATGM-GĐ trong thực hành lâm sàng.

Tài liệu tham khảo:

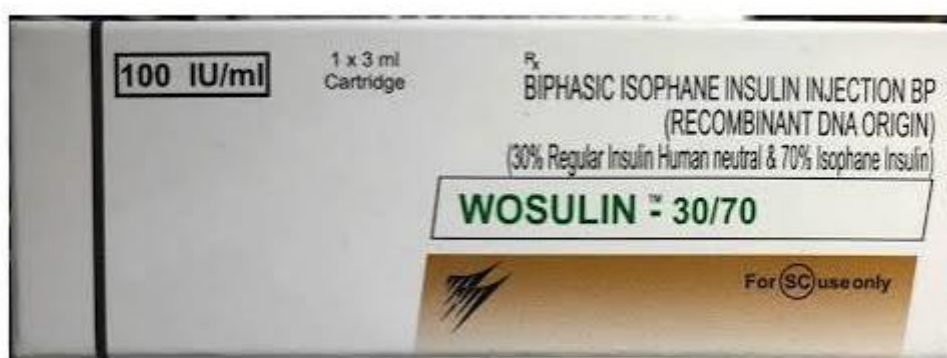
Phùng Thảo Nguyên, Trần Nhật Minh, Hoàng Thị Trang, Nguyễn Thị Hồng Hà, Nguyễn Thị Thu Hằng, Vũ Đình Hòa (2026) *Đặc điểm sử dụng và các biến cố bất lợi cần xử trí của thuốc an thần, gây mê, giảm đau trong thông tim nhi khoa tại Bệnh viện Nhi Trung ương*. Tạp chí khoa học Tập 42 - Số 1S, được xuất bản ngày 27 tháng 5 năm 2026.

Link tham khảo: <https://js.vnu.edu.vn/MPS/article/view/4974>



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Wosulin, Scilin™ M30 (30/70)



1. Hoạt chất

Insulin người USP 100 IU/ml (1x3ml) (hỗn dịch insulin hòa tan 30% và insulin isophane 70%)

2. Chỉ định

Wosulin 30/70 được chỉ định như sau:

Điều trị tất cả bệnh nhân đái tháo đường týp 1.

Điều trị tất cả bệnh nhân đái tháo đường týp 2 không kiểm soát đầy đủ được bằng chế độ ăn kiêng và/hoặc bằng thuốc uống hạ đường máu.

Để bình ổn ban đầu bệnh đái tháo đường ở những bệnh nhân toan huyết xê tôn do đái tháo đường, hội chứng không xê tôn tăng thẩm thấu và trong những giai đoạn stress như nhiễm khuẩn nặng và đại phẫu ở những bệnh nhân đái tháo đường.

Điều trị đái tháo đường do thai kỳ.

3. Liều dùng

Liều Wosulin-30/70 được xác định bởi bác sĩ theo nhu cầu của bệnh nhân

Giới hạn trung bình của yêu cầu liều insulin hàng ngày để điều trị duy trì ở bệnh nhân tiểu đường týp 1 từ 0,5-1 IU/kg. Ngoài ra, trong trường hợp kháng insulin, nhu cầu hàng ngày về insulin có thể cao hơn nhiều.

Ở những bệnh nhân đái tháo đường týp 2, nhu cầu insulin thấp hơn tức là khoảng 0.3-0.6 IU/kg/ngày.

Wosulin-30/70 được tiêm dưới da ở thành bụng, đùi, cơ mông hoặc cơ delta. Insulin hỗn dịch không bao giờ được tiêm tĩnh mạch.

Để tránh teo mô mỡ, nên thay đổi chỗ tiêm thuốc thường xuyên. Sau bất kỳ lần tiêm insulin nào, đều phải dùng bữa ăn hoặc bữa ăn nhẹ trong vòng 30 phút.

Có thể cần phải điều chỉnh liều nếu bệnh nhân tăng vận động hoặc thay đổi chế độ ăn thông thường.

4. Hướng dẫn sử dụng

a. Khử trùng bề mặt nắp cao su bằng cồn. Nhét ống tiêm vào dụng cụ tiêm như được hướng dẫn trong hướng dẫn dùng dụng cụ tiêm Wosulin (Wosulin Pen).

Trước khi gắn vào dụng cụ tiêm, kiểm tra ống tiêm Wosulin-30/70 sau khi tháo nắp xem có bị kết tinh, vón cục hoặc đổi màu không. Nếu có, bỏ và sử dụng ống tiêm mới.

b. Trước khi gắn vào dụng cụ tiêm, lăn ống tiêm trong lòng bàn tay ít nhất 10 lần. Rồi giữ ống tiêm ở một đầu và di chuyển chậm để viên bi thủy tinh chạy từ đầu này đến đầu kia của ống tiêm. Điều này phải được làm ít nhất 10 lần cho đến khi chất lỏng có màu đục như sữa đồng nhất. Bỏ ống tiêm nếu vón cục sau khi trộn.

c. Nếu ống tiêm đã được gắn sẵn vào dụng cụ tiêm, xoay dụng cụ tiêm lên xuống nhẹ nhàng ít nhất 10 lần cho đến khi chất lỏng có màu đục như sữa đồng nhất. Làm điều này mỗi lần tiêm.

d. Sau khi gắn kim, canh 2 đơn vị trên thang đo để đuôi không khí có thể có bên trong kim.

e. Rửa tay và lau sạch da bằng cồn chỗ tiêm thuốc.

f. Bằng một tay, kéo nhẹ da lên, đâm kim vào như bác sĩ hướng dẫn, bóp và giữ nút ấn của dụng cụ tiêm. Đếm đến 10 và rút kim ra. Không xoa bóp khu vực này vì có thể làm rỉ thuốc ra.

g. Bỏ kim theo cách đề nghị

5. Chống chỉ định

Wosulin-30/70 chống chỉ định trong những trường hợp sau:

Chứng giảm glucose máu.

Quá mẫn với insulin

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Wosulin của công ty Wockhardt.Ltd. Biotech park.



1. Hoạt chất

Recombinant human insulin, m-cresol, glycerol, phenol, protamin sulfat, zinc oxid, disodium phosphat dodecahydrat, hydrochloric acid, nước cất pha tiêm.

2. Chỉ định

Đái tháo đường típ 1 (phụ thuộc insulin).

Đái tháo đường típ 2 (không phụ thuộc insulin) khi các thuốc chống đái tháo đường tổng hợp không còn hiệu quả, khi nhiễm toan máu, hôn mê đái tháo đường, bị nhiễm khuẩn nặng, phẫu thuật lớn.

Cấp cứu tăng đường huyết trong: đái tháo đường nhiễm toan ceton, hôn mê tăng đường huyết, tăng thẩm thấu mà không nhiễm ceton trong máu. Khi truyền tĩnh mạch dung dịch tăng dinh dưỡng ở người bệnh dung nạp kém glucose. Bệnh võng mạc tiến triển do đái tháo đường.

Đái tháo đường ở phụ nữ có thai, đái tháo đường trong thời kỳ thai nghén.

3. Chống chỉ định

Hạ đường huyết. Quá mẫn cảm với insulin hay bất kỳ một thành phần nào của thuốc. Dùng đơn thuần insulin tác dụng trung gian và tác dụng kéo dài trong trường hợp toan máu hoặc hôn mê đái tháo đường.

4. Liều dùng

Đường dùng: thường tiêm dưới da, chỉ những trường hợp hững trường hợp ngoại lệ mới tiêm bắp. Không được tiêm tĩnh mạch.

Liệu pháp insulin được thực hiện tại bệnh viện giai đoạn đầu. Liều lượng được thầy thuốc quyết định theo nhu cầu của mỗi người bệnh và phải được điều chỉnh theo kết quả giám sát đều đặn nồng độ glucose máu. Liều khởi đầu thông thường ở người lớn là tiêm khoảng 20 - 40 IU/ngày, tăng dần khoảng 2 IU/ngày, cho tới khi đạt được nồng độ glucose máu mong muốn. Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo nồng độ glucose trong máu tĩnh mạch toàn phần lúc đói phải giữ trong phạm vi 3,3 đến 5,6 mmol/lít (60 đến 100 mg/decilít) và không được thấp dưới 3 mmol/lít (55 mg/decilít). Tổng liều mỗi ngày vượt quá 80 IU là bất thường và có thể nghĩ đến kháng insulin.

Nhiều cách điều trị bao gồm dùng insulin tác dụng ngắn hòa tan cùng với một insulin tác dụng trung gian, như insulin isophan hoặc dịch treo hỗn hợp insulin kềm. Phối hợp như vậy thường được tiêm dưới da ngày 2 lần với 2/3 tổng liều trong ngày tiêm trước bữa ăn sáng và 1/3 còn lại tiêm trước bữa ăn chiều. Hôn mê đái tháo đường, nhiễm toan ceton: Insulin cũng là một phần điều trị thiết yếu trong xử trí cấp cứu nhiễm ceton do đái tháo đường, Chỉ được dùng insulin tác dụng ngắn hòa tan. Điều chỉnh liều insulin theo nồng độ glucose máu.

Trẻ em dưới 12 tuổi: Liều khởi đầu tiêm insulin được khuyến dùng ở trẻ em phát hiện sớm bị tăng glucose huyết trung bình và không có ceton niệu là 0,3 đến 0,5 IU/kg/ngày, tiêm dưới da. Đối với bệnh nhân suy gan, suy thận, người già trên 65 tuổi: liều lượng và cách dùng tuân theo sự chỉ dẫn của bác sĩ, tùy theo nhu cầu của từng bệnh nhân.

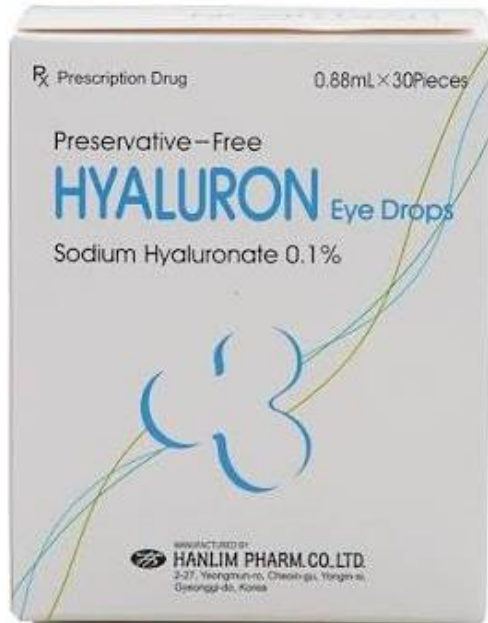
Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng ScilinTM M30 của công ty BIOTON S.A Macierzysz, ul. Poznanska 12, 05-850 Ozarow Mazowiecki, Ba Lan



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng Hyaluron eye drops



1. Hoạt chất

Hyaluronat natri 0,88mg

2. Chỉ định

- Hỗ trợ điều trị bệnh tổn thương giác mạc và kết mạc do các bệnh:
- Bệnh nội sinh như: Hội chứng Sjogren's, hội chứng Stevens-John, hội chứng khô mắt.
- Bệnh ngoại sinh do thuốc, mang kính sát tròng cứng, chấn thương, phẫu thuật mắt...

3. Liều dùng và cách dùng

Mỗi lần nhỏ 01 giọt, ngày nhỏ 5-6 lần

Tùy theo triệu chứng của bệnh có thể tăng hoặc giảm liều.

Dùng thuốc ngay sau khi mở nắp. Không dùng lượng thuốc còn sót lại trong ống cho lần sử dụng tiếp theo.

Thuốc này chỉ dùng theo sự kê đơn của thầy thuốc.

4. Chống chỉ định

Không dùng thuốc này cho bệnh nhân dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc. Không nhỏ thuốc khi mang kính sát tròng.

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng Hyaluron eye drop của công ty Hanlim Pharm.Co., LTD.



THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn sử dụng thuốc xịt mũi Satarex



1. Hoạt chất

Beclomethasone dipropionate 50 μ g

2. Chỉ định

Phòng và điều trị viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc quanh năm, viêm mũi do rối loạn vận mạch

Phòng ngừa tái phát polyp mũi sau khi phẫu thuật cắt bỏ

Không đủ dữ liệu lâm sàng để khuyến cáo sử dụng thuốc đối với trẻ em dưới 6 tuổi

3. Liều dùng

Người lớn và trẻ em trên 6 tuổi: Xịt 2 lần vào mỗi bên mũi, 2 lần mỗi ngày (400 μ g/ngày)

Sau khi kiểm soát được triệu chứng, liều lượng nên được giảm xuống xịt 1 lần mỗi bên mũi, 2 lần mỗi ngày. Tuy nhiên, nếu các triệu chứng tái phát, bệnh nhân nên quay lại liều khuyến cáo là xịt 2 lần mỗi bên mũi vào buổi

sáng và buổi tối. Liều tối thiểu chỉ được sử dụng khi việc kiểm soát triệu chứng được duy trì. Tổng liều tối đa hàng ngày không nên vượt quá 2 lần xịt vào mỗi bên mũi, 2 lần mỗi ngày (400 µg/ngày)

Ở những bệnh nhân đáp ứng với Satarex, sự cải thiện các triệu chứng của viêm mũi dị ứng theo mùa hoặc quanh năm thường trở nên rõ ràng trong vòng một vài ngày sau khi bắt đầu điều trị với

tuần. Nếu tới 3 tuần lễ điều trị vẫn không thấy tiến triển tốt lên thì phải ngừng điều trị Satarex

Tác dụng điều trị của corticosteroid không phải là ngay lập tức giống như những thuốc thông mũi. Nên giải thích cho bệnh nhân trước để đảm bảo sự hợp tác và tiếp tục điều trị với liều lượng quy định

Trường hợp mũi tiết nhầy quá mức hoặc phù nề niêm mạc mũi thuốc có thể không đến được vị trí tác dụng như dự kiến. Trong trường hợp này bạn nên sử dụng một thuốc co mạch mũi trong 2 đến 3 ngày đầu điều trị với Satarex⁴.

4. Cách dùng

Chuẩn bị

Mỗi lọ thuốc có một nắp chụp để bảo vệ và giữ sạch sẽ đầu xịt. Nhớ lấy nắp chụp ra trước khi xịt thuốc

Trước khi thuốc xịt mũi Satarex được sử dụng lần đầu tiên (hoặc không sử dụng thuốc trong một vài ngày), lọ thuốc có thể không xịt được khi bơm lần đầu. Bạn cần phải xịt “mồi” bằng cách nhấn bơm vài lần cho đến khi đạt được phun sương đều (khoảng 8 - 10 lần)

Nếu đầu xịt không xịt được, có thể nó bị tắc, bạn cần phải làm sạch nó (Xem phần Rửa sạch đầu xịt) Không mở rộng lỗ phun bằng kim hoặc vật sắc nhọn khác. Điều này sẽ làm hỏng hoạt động của đầu xịt

Cách xịt thuốc

- 1: Hỉ mũi sạch. Lắc chai thuốc. Mở nắp chụp
- 2: Cầm lọ thuốc thẳng hướng lên
- 3: Đặt đỉnh đầu xịt vào lỗ mũi và bơm theo liều chỉ định.

Tương tự, bơm thuốc vào bên mũi kia

4: Sau khi sử dụng, lau đầu xịt bằng khăn giấy hoặc khăn tay sạch

5: Đậy nắp chụp lại

Rửa sạch đầu xịt

Làm sạch đầu xịt ít nhất tuần một lần hoặc thường xuyên hơn nếu nó bị tắc
Mở nắp chụp. Kéo lên để tháo phần đầu xịt. Ngâm đầu xịt và nắp chụp trong nước ấm vài phút. Sau đó rửa sạch dưới vòi nước chảy. Vẩy để loại nước và để khô hoàn toàn trong không khí. Lắp lại đầu xịt. Đậy nắp chụp

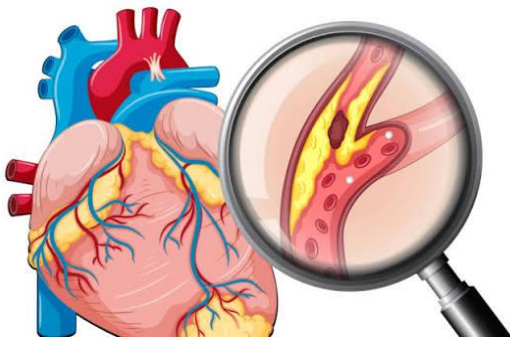
5. Chống chỉ định

Dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc

Tài liệu tham khảo

Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc xịt mũi SATAREX của công ty cổ phần tập đoàn Merap.

 CẢNH GIÁC DƯỢC	Nguy cơ biến cố tim mạch liên quan đến cefazolin: Khuyến cáo từ Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC)
--	---

Hội chứng Kounis là các biến cố trên tim mạch xảy ra do phản ứng dị ứng hoặc quá mẫn gây ra, liên quan đến các <i>tình trạng như co thắt động mạch vành</i> và có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim.	
--	--

Cefazolin là kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ nhất, đường tiêm truyền, đang được sử dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn do vi khuẩn nhạy cảm gây ra, cũng như để dự phòng trong phẫu thuật.

Khuyến cáo từ PRAC

Sau khi đánh giá các dữ liệu hiện có từ CSDL EudraVigilance và tài liệu y văn, dữ liệu báo cáo an toàn tích lũy từ các nhà sản xuất, Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược Châu Âu (PRAC) khuyến nghị các nhà sản xuất cần bổ sung nội dung cảnh báo về nguy cơ hội chứng Kounis trên thông tin sản phẩm của các chế phẩm thuốc chứa cefazolin. Cụ thể, PRAC yêu cầu các nhà sản xuất nộp hồ sơ sửa đổi nhằm cập nhật nguy cơ này trong mục “Cảnh báo và thận trọng” và “Tác dụng không mong muốn”, trong đó, đề cập đến việc đã ghi nhận các trường hợp hội chứng Kounis (với các dấu hiệu như khó thở, đau ngực) ở bệnh nhân đang điều trị với cefazolin. Đồng thời, khuyến cáo

bệnh nhân ngừng thuốc ngay lập tức và thông báo nhân viên y tế ngay khi xuất hiện các biểu hiện này.

Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5824/nguy-co-bien-co-tim-mach-lien-quan-den-cefazolin-khuyen-cao-prac.htm>

	Medsafe: Nhắc lại các tác dụng không mong muốn quan trọng liên quan đến opioid
---	--

Nhóm thuốc opioid bao gồm như morphin, tramadol, oxycodon và fentanyl, được chỉ định để kiểm soát cơn đau cấp tính mức độ vừa đến nặng trong thời gian ngắn hoặc đau mạn tính liên quan đến bệnh lý ác tính.

Nhóm thuốc opioid cũng được biết đến với tác dụng không mong muốn trên nhiều hệ cơ quan như hệ nội tiết, gan mật và đường tiêu hóa.

Hệ nội tiết: Ức chế các trục dưới đồi – tuyến yên

Việc sử dụng opioid kéo dài (> 1 tháng) có nguy cơ làm rối loạn quá trình bài tiết một số hormone từ tuyến yên do kích thích các thụ thể opioid ở vùng dưới đồi.

Trục dưới đồi – tuyến yên – sinh dục (HPG)

Opioid có thể ức chế sự giải phóng hormone giải phóng gonadotropin (GnRH) từ vùng dưới đồi, làm giảm tiết hormone lutein hóa (LH) và hormone kích thích nang trứng (FSH), từ đó ức chế quá trình sản xuất hormone sinh dục steroid ở tuyến sinh dục (gây suy giảm chức năng sinh dục).

Những tác động lên trục HPG có thể khiến suy giảm nồng độ hormone testosterone và estrogen, từ đó có thể xảy ra các triệu chứng lâm sàng như giảm ham muốn tình dục ở cả hai giới, rối loạn cương dương và rối loạn kinh nguyệt ở nữ giới.

Trục dưới đồi – tuyến yên – thượng thận (HPA)

Opioid điều hòa hoạt động của trục dưới đồi – tuyến yên – thượng thận thông qua các thụ thể opioid tại vùng dưới đồi, tuyến yên và tuyến thượng thận. Thuốc chủ yếu tác động lên hệ thần kinh trung ương, gây ức chế bài tiết

hormon kích thích vỏ thượng thận (ACTH). Tình trạng giảm giải phóng ACTH kéo theo sự giảm sản xuất cortisol tại tuyến thượng thận.

Việc sử dụng opioid có thể dẫn đến suy thượng thận có hồi phục, tình trạng này cần được theo dõi và điều trị thay thế bằng glucocorticoid. Các triệu chứng bao gồm mệt mỏi, chóng mặt, buồn nôn, nôn và hạ huyết áp.

Tăng prolactin máu

Opioid có thể gây tăng prolactin máu ở cả nam và nữ, do tác dụng ức chế hệ dopaminergic củ – phễu.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế lưu ý rằng:

- Nguy cơ rối loạn nội tiết tỷ lệ thuận với mức độ phơi nhiễm opioid, đặc biệt khi sử dụng opioid liều cao, điều trị kéo dài hoặc sử dụng các dạng bào chế giải phóng kéo dài.
- Các thuốc chủ vận từng phần như buprenorphin có thể gây ức chế trực HPG và trục HPA ít hơn so với các opioid chủ vận toàn phần như morphin hoặc oxycodon
- Bệnh lý nội tiết do opioid thường khởi phát âm thầm với các triệu chứng không đặc hiệu, dễ bị che lấp bởi các tác dụng không mong muốn khác của thuốc hoặc bệnh lý nền (như đau mạn tính), gây khó khăn cho chẩn đoán lâm sàng.
- Khuyến cáo bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh lý nội tiết do opioid chủ động báo cáo các triệu chứng nghi ngờ để được đánh giá và xử trí kịp thời.

Tác dụng trên hệ gan mật: Co thắt cơ vòng Oddi

Opioid, đặc biệt là morphin, có thể gây co bóp và co thắt cơ vòng Oddi - cấu trúc cơ vòng có vai trò điều hòa sự lưu thông của dịch mật và dịch tụy vào tá tràng.

Tình trạng co thắt cơ vòng Oddi có thể làm tăng áp lực đường mật, làm tăng nguy cơ xuất hiện các triệu chứng ở đường mật và viêm tụy.

Cần thận trọng và có biện pháp theo dõi thích hợp khi sử dụng opioid ở những bệnh nhân mắc viêm tụy và các bệnh lý đường mật.

Tác dụng trên đường tiêu hóa: Rối loạn chức năng thực quản

Rối loạn chức năng thực quản do opioid đặc trưng với sự xuất hiện các triệu chứng ở thực quản kèm theo sự bất thường về nhu động thực quản sau khi sử dụng opioid kéo dài. Trong đó, khó nuốt là triệu chứng được ghi nhận phổ biến nhất. Các triệu chứng khác bao gồm ợ nóng, trào ngược và đau ngực không do nguyên nhân tim mạch

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Cần nhắc ngừng thuốc hoặc giảm dần liều các opioid ở những bệnh nhân có biểu hiện gợi ý rối loạn chức năng thực quản do opioid.

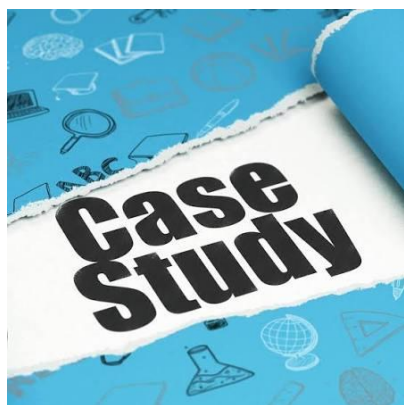
Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5838/medsafe-tac-dung-khong-mong-muon-lien-quan-opioid.htm>



CẢNH GIÁC DƯỢC

Viêm cơ, tiêu cơ vân do tương tác thuốc atorvastatin và clarithromycin: Thông tin từ tạp chí Australian Prescriber



Bệnh nhân nam 79 tuổi, tiền sử tăng cholesterol máu lâu năm, đang điều trị bệnh động mạch vành nặng, rung nhĩ, tăng huyết áp và bệnh cơ tim phì đại. Bệnh nhân được kê đơn các thuốc gồm atorvastatin 80 mg/ngày, rivaroxaban 20 mg/ngày, furosemid 40 mg/ngày, digoxin 125 microgam/ngày, colecalciferol 2000 đơn vị/ngày, coenzyme Q10 01 viên/ngày và kali clorua 600 mg/ngày. Một tháng trước, bệnh nhân được kê đơn bổ sung thêm clarithromycin 250 mg, 2 lần/ngày, để điều trị viêm xoang và tiếp tục sử dụng thuốc này cho đến lần tái khám này.



Hiện tại, bệnh nhân xuất hiện tình trạng **đau nhức cơ tiến triển, mệt mỏi và khó khăn khi đứng lên từ tư thế ngồi.**

Ngày thứ 3 sau nhập viện, bệnh nhân xuất hiện tình trạng đau và yếu cơ các chi dưới tăng dần, bác sĩ chuyên khoa thăm khám và ghi nhận tình trạng có cải thiện nhẹ sau khi

	bắt đầu điều trị bằng prednisolon, tuy nhiên hiện tại triệu chứng lại diễn tiến nặng lên. Khai thác thêm tiền sử sử dụng thuốc, bác sĩ nghi ngờ viêm cơ là hậu quả của tương tác giữa atorvastatin và clarithromycin, do đó chỉ định ngừng cả hai thuốc.
	Statin (chất ức chế HMG-CoA reductase) là nhóm thuốc được sử dụng rộng rãi trong điều trị rối loạn lipid máu. Mặc dù dung nạp tốt, nhưng <i>statin có thể gây viêm cơ nhiễm độc, viêm cơ tự miễn và tiêu cơ vân</i>. Trong trường hợp này, bệnh nhân được kê đơn clarithromycin, một chất ức chế mạnh CYP3A4, tương tác giữa clarithromycin và atorvastatin gây tăng mức độ phơi nhiễm toàn thân với atorvastatin, dẫn đến viêm cơ và tiêu cơ vân. Do các statin tan trong lipid dễ dàng đi qua màng tế bào và tích lũy tại các mô ngoài gan, như cơ xương, từ đó làm tăng nguy cơ viêm cơ và tiêu cơ vân. Ngược lại, các statin tan trong nước ít thâm nhập vào mô cơ hơn, do đó có nguy cơ thấp hơn gây độc tính trên các mô ngoài đích. Việc sử dụng đồng thời clarithromycin với các statin tan trong lipid làm tăng đáng kể nồng độ statin trong cơ thể, thông qua sự gia tăng diện tích dưới đường cong nồng độ

	- thời gian (AUC), nồng độ đỉnh trong huyết tương (Cmax) và thời gian bán thải.
	Khi điều trị bằng các thuốc kháng sinh có khả năng ức chế chuyển hóa qua CYP, cần <i>nhắc tạm ngừng điều trị bằng statin trong thời gian sử dụng kháng sinh.</i> Ngoài ra, <i>giảm liều statin hoặc thay thế bằng statin thân nước</i> cũng là những biện pháp giúp giảm thiểu nguy cơ. Các biện pháp này cần đi kèm với theo dõi lâm sàng chặt chẽ, đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ cao gặp phản ứng bất lợi liên quan đến statin

Tài liệu tham khảo

<https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5840/viem-co-tieu-co-van-do-tuong-tac-atorvastatin-clarithromycin.htm>

 ĐIỀU TRỊ KHÔNG DỪNG THUỐC	Điều trị dinh dưỡng chuyên biệt ở bệnh nhân hóa trị và xạ trị
---	---

I. Hóa, xạ trị

Hóa trị và xạ trị là những phương pháp nền tảng trong điều trị ung thư, thường được sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với các chiến lược khác như phẫu thuật, liệu pháp nội tiết, điều trị nhắm trúng đích và miễn dịch. Tuy nhiên, các liệu pháp này thường gây ra nhiều tác dụng phụ như chán ăn, buồn nôn, viêm niêm mạc và rối loạn tiêu hóa, dẫn đến giảm lượng ăn vào và làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng. Thực tế, suy dinh dưỡng liên quan ung thư là một vấn đề phổ biến, có thể gặp ở hơn 50% người bệnh và có liên quan mật thiết đến giảm chất lượng cuộc sống, giảm khả năng dung nạp điều trị cũng như tiên lượng sống còn kém hơn. Các can thiệp dinh dưỡng trong quá trình điều trị đã được chứng minh là khả thi, an toàn và có thể cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm mệt mỏi, nâng cao khả năng dung nạp với các liệu pháp điều trị toàn thân và cải thiện kết cục lâm sàng.

1. Nguyên tắc dinh dưỡng

Tất cả người bệnh hóa xạ cần phải được sàng lọc nguy cơ, đánh giá tình trạng dinh dưỡng khi có chẩn đoán bệnh, trong quá trình điều trị và khám bệnh nhằm phát hiện sớm các rối loạn dinh dưỡng (thay đổi cân nặng, giảm khả năng thu nạp dinh



dưỡng do tác dụng phụ của điều trị...), chẩn đoán dinh dưỡng để hướng dẫn chế độ dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng sớm và phù hợp.

- Đảm bảo đủ nhu cầu năng lượng, đạm và các chất dinh dưỡng để duy trì thể chất, tình trạng dinh dưỡng nhằm giúp người bệnh đáp ứng với hóa, xạ, giảm nguy cơ gián đoạn điều trị.

- Điều trị dinh dưỡng nên được khởi động sớm, trước khi người bệnh rơi vào tình trạng suy dinh dưỡng nặng:

- + Bắt đầu là tư vấn dinh dưỡng nhằm kiểm soát triệu chứng và khuyến khích sử dụng thực phẩm, đồ uống dễ dung nạp, giàu năng lượng và protein. Bổ sung sản phẩm dinh dưỡng qua đường uống (ONS) khi chế độ ăn tăng cường không đạt mục tiêu dinh dưỡng (<50% nhu cầu trong hơn 1 tuần hoặc chỉ đạt 50–75% nhu cầu trong hơn 2 tuần).

- + Nếu có chỉ định nuôi dưỡng thì ưu tiên nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa như dinh dưỡng qua ống thông và/hoặc sử dụng dinh dưỡng đường tĩnh mạch khi dinh dưỡng đường tiêu hóa không đủ hoặc không khả thi. Như ở người bệnh có khối u làm cản trở ăn uống hoặc lưu thông thức ăn ở đường tiêu hóa trên thì thực hiện can thiệp nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa vị trí thấp hơn chỗ tắc nghẽn. Hoặc trong các trường hợp suy ruột nặng do viêm ruột xạ trị, tắc ruột mạn tính, hội chứng ruột ngắn, carcinom phúc mạc hoặc tràn dịch đường cháp, DDTM nên được chỉ định.

- + Can thiệp dinh dưỡng nên bắt đầu từ lượng ít đến tăng dần, đặc biệt phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại. Đặc điểm sinh hóa điển hình của hội chứng nuôi ăn lại là giảm phospho máu, rối loạn cân bằng natri và dịch, thay đổi chuyển hóa glucose, protein và lipid, thiếu vitamin B1, hạ kali máu và hạ magie máu, gây rối loạn chức năng tim mạch, hô hấp và thậm chí có thể gây tử vong.

- + Nên chuyển khám chuyên khoa Dinh dưỡng khi người bệnh diễn tiến sụt cân (như mất $\geq 10\%$ cân nặng trong vòng 6 tháng) hoặc bị suy dinh dưỡng nặng, dù đã được hướng dẫn chế độ dinh dưỡng và bổ sung dinh dưỡng đường miệng, hoặc khi người bệnh có nguy cơ cao với suy dinh dưỡng.

+ Hoạt động thể lực đóng vai trò thiết yếu trong chăm sóc toàn diện người bệnh ung thư, không chỉ giúp duy trì khối cơ mà còn cải thiện chức năng thể chất và chất lượng cuộc sống. Người bệnh được khuyến khích duy trì hoặc tăng mức độ vận động tùy theo thể trạng, với các bài tập aerobic cường độ trung bình (khoảng 50–75% khả năng gắng sức tối đa) thực hiện đều đặn vài lần mỗi tuần, kết hợp với tập kháng lực nhằm tối ưu hóa sức mạnh và khối lượng cơ. Hoạt động thể lực nhìn chung an toàn, dung nạp tốt ở nhiều giai đoạn bệnh, kể cả ở người bệnh ung thư tiến xa, đồng thời mang lại lợi ích rõ rệt như cải thiện sức bền tim phổi, giảm mệt mỏi và lo âu. Tuy nhiên, tình trạng giảm vận động thường gặp ở người bệnh ung thư do bệnh và tác dụng phụ điều trị, từ đó làm gia tăng nguy cơ mất cơ; vì vậy, khuyến khích thực hiện ngay cả những hoạt động đơn giản như đi bộ hằng ngày nhằm hạn chế teo cơ và duy trì khả năng vận động.

2. Vai trò của các thuốc hỗ trợ điều trị

Vai trò của các thuốc và chất dinh dưỡng chuyên biệt hỗ trợ cải thiện chán ăn, sụt cân và suy mòn ở người bệnh ung thư nhìn chung có bằng chứng hạn chế, như:

- Corticosteroid: có thể dùng ngắn hạn (1-3 tuần) để kích thích ăn ở người bệnh ung thư giai đoạn tiến xa, nhưng hiệu quả chỉ tạm thời và có nhiều tác dụng phụ (teo cơ, đề kháng insulin, nhiễm trùng).
- Progestin (megestrol, medroxyprogesterone): tăng cảm giác ngon miệng và cân nặng, nhưng không tăng khối cơ và có nguy cơ huyết khối, ảnh hưởng chức năng nội tiết.
- Thuốc tăng nhu động (metoclopramide, domperidone): dùng khi người bệnh no sớm, sau khi đã loại trừ táo bón nhưng cần lưu ý tác dụng phụ trên hệ thần kinh trung ương, loạn nhịp tim.
- NSAIDs: có thể có tác dụng trên hệ thống viêm và cân nặng nhưng bằng chứng yếu, không khuyến cáo ngoài nghiên cứu.

- Cannabinoids (THC): dữ liệu không nhất quán, không khuyến cáo thường quy cho chán ăn hoặc rối loạn vị giác.
- Steroid đồng hóa (androgen): không đủ bằng chứng cải thiện khối cơ.

3. Khuyến cáo ở người bệnh xạ trị

Xạ trị vùng đầu cổ hoặc thực quản gây viêm niêm mạc, giảm lượng ăn vào và sụt cân lên tới 80% người bệnh. Tương tự, xạ trị vùng chậu cũng liên quan đến các triệu chứng tiêu hóa tới 80% người bệnh. Vì những lý do này, tất cả người bệnh được xạ trị đường tiêu hóa hoặc vùng đầu cổ cần được đánh giá dinh dưỡng đầy đủ, tư vấn dinh dưỡng thích hợp và nếu cần, hỗ trợ dinh dưỡng tùy theo triệu chứng và tình trạng. Nếu cần hỗ trợ dinh dưỡng, nên bắt đầu sớm và khi lượng ăn vào không đủ nên nuôi dưỡng nên sử dụng sản phẩm bổ sung dinh dưỡng qua đường uống hoặc nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

Cần đánh giá tất cả người bệnh có nguy cơ rối loạn nuốt trước và trong điều trị, cũng như định kỳ trong theo dõi. Tất cả người bệnh có rối loạn nuốt nên được chỉ định các bài tập nuốt dưới sự giám sát chuyên môn. Khuyến khích và hướng dẫn người bệnh duy trì chức năng nuốt trong quá trình nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

Ở người bệnh ung thư đầu cổ hoặc thực quản gây tắc nghẽn hoặc trong các tình huống dự đoán có viêm mạc miệng hoặc thực quản nặng do xạ trị, nguy cơ sụt cân, giảm thể lực, mất nước, giảm khả năng dung nạp điều trị và tăng gián đoạn điều trị là rất cao. Trong các tình huống nguy cơ cao (u nguyên phát hạ họng, u T4, nữ giới, hóa xạ đồng thời), nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa nên được dự phòng trước khi xuất hiện rối loạn nuốt. Khuyến cáo nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa bằng ống thông mũi-dạ dày hoặc mở dạ dày ra da.

Nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch được chỉ định khi ăn uống qua đường miệng hoặc đường tiêu hóa không đủ để cung cấp nhu cầu năng lượng và dinh dưỡng. Điều này xảy ra trong các trường hợp không dung nạp đường tiêu hóa nặng kéo dài như buồn nôn, nôn, đau bụng, kém hấp thu hoặc tiêu chảy không kiểm soát mà không thể khắc phục bằng nuôi ăn qua đường tiêu hóa.

Không có đủ dữ liệu lâm sàng khuyến cáo sử dụng glutamine nhằm phòng ngừa viêm ruột, tiêu chảy do xạ trị, viêm niêm mạc miệng, viêm thực quản hoặc độc tính da. Không có đủ dữ liệu lâm sàng để khuyến cáo sử dụng probiotics nhằm giảm tiêu chảy do xạ trị.

4. Khuyến cáo ở người bệnh hóa trị

Khối cơ xương thấp đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ gây độc tính ở những người bệnh sử dụng các liệu pháp nhắm trúng đích và các thuốc ức chế đa kinase. Ngoài ra, việc ổn định cân nặng ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa hay phổi phổi có liên quan đến cải thiện đáng kể thời gian sống còn. Vì vậy, trong quá trình điều trị với các thuốc kháng ung thư, cần đảm bảo lượng dinh dưỡng đầy đủ và duy trì hoạt động thể lực.

Ở người bệnh đang điều trị thuốc kháng ung thư với mục đích triệt căn, nếu lượng ăn đường miệng không đủ mặc dù đã được tư vấn dinh dưỡng và sử dụng thực phẩm bổ sung dinh dưỡng đường uống thì cần nuôi dưỡng qua đường ruột hoặc, nếu không đủ hoặc không khả thi thì cần nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

5. Kết luận

Can thiệp dinh dưỡng trong giai đoạn hóa trị và xạ trị là một thành tố thiết yếu của điều trị ung thư toàn diện. Đánh giá sớm, theo dõi sát và cá thể hóa can thiệp giúp duy trì khối cơ, hạn chế sụt cân, cải thiện khả năng dung nạp điều trị và nâng cao chất lượng sống. Dinh dưỡng không chỉ là hỗ trợ mà là một phần của chiến lược của điều trị tích cực.

Tài liệu tham khảo: Quyết định 1768/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị dinh dưỡng cho người bệnh ung thư (ngày 18 tháng 06 năm 2026)

TIỂU BAN
GIÁM SÁT THÔNG TIN THUỐC



BS. CKII. Võ Minh Hiền