



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CHÂU ĐỐC

ĐƠN VỊ THÔNG TIN THUỐC

ĐIỂM TIN THÔNG TIN THUỐC – SỐ 10/2026 Trang

Điểm tin số 1

Nhắc lại thông tin liều nạp, tốc độ truyền của 01
Vancomycin, Meropenem, colistin

Điểm tin số 2

Các kháng sinh phải lập phiếu “Kháng sinh ưu 02
tiên quản lý” và phải “Hội chẩn” trước khi sử
dụng

Điểm tin số 3

Điều trị “Tăng huyết áp” ở bệnh nhân mắc 03
“Ung thư”

Trưởng ban: BS. CKII Võ Minh Hiền

Thư ký: DS. Huỳnh Như

Điểm tin: ThS. Nguyễn Như Phượng

Điểm tin số 1: Nhắc lại thông tin liều nạp, tốc độ truyền của Vancomycin, Meropenem, colistin			
	Vancomycin	Meropenem	Colistin
Liều nạp	• Người lớn (bệnh nhân nặng / nhiễm khuẩn toàn thân nặng): Khuyến cáo dùng liều nạp 25 – 30 mg/kg • Dự phòng nhiễm khuẩn phẫu thuật: Dùng liều đầu 15 mg/kg truyền tĩnh mạch trước khi gây mê • Trẻ sơ sinh: Liều đầu tiên là 15 mg/kg (sau đó duy trì 10 mg/kg mỗi 8 – 12 giờ tùy theo tuổi sau sinh). • Trẻ em suy thận nặng / liệu pháp thay thế thận: Liều khởi đầu từ 10 – 15 mg/kg • Truyền tĩnh mạch 500 mg mỗi 6 giờ hoặc 1 g mỗi 12 giờ; hoặc 15 - 20 mg/kg mỗi 8 - 12 giờ		• Để đạt nồng độ ổn định mục tiêu C_{ss} = 2,9 mg/lít ở bệnh nhân có cân nặng lý tưởng 75 kg, liều nạp tương ứng là 300 mg CBA (tương đương 9 triệu UI) • Liều nạp tối đa khuyến cáo: 300 mg CBA (9 triệu UI). • Liều duy trì đầu tiên dùng sau liều nạp 12 giờ.
Liều duy trì		• Các nhiễm khuẩn thông thường (viêm phổi cộng đồng hoặc bệnh viện,...): 500 mg hoặc 1 g, mỗi 8 giờ • Bệnh nhân sốt do giảm bạch cầu: 1 g, mỗi 8 giờ. • Nhiễm khuẩn nặng (viêm màng não nhiễm khuẩn cấp tính, viêm phế quản - phổi ở bệnh nhân xơ nang): 2 g, mỗi 8 giờ	Theo EMA: liều 9 triệu ĐVQT/ ngày (chia 2-3 lần/ngày) Theo Garonzik: + Clcr ≥ 90mL/ phút: 360 mg CBA/ ngày (tương đương 10,9 triệu UI/ngày) + 80 ≤ Clcr ≤ 90 mL/phút: 340 mg CBA/ ngày (tương đương 10,3 triệu UI/ngày)
Tốc độ truyền	• Thời gian truyền: Bắt buộc truyền tĩnh mạch chậm trong thời gian tối thiểu là 60 phút. • Tốc độ truyền tối đa: Không vượt quá 10 mg/phút	• Tiêm tĩnh mạch: Thuốc có thể tiêm tiêm chậm trong 3 đến 5 phút. • Truyền tĩnh mạch: Các nghiên cứu cho thấy truyền kéo dài 4 giờ mang lại kết quả điều trị lâm sàng tốt hơn rõ rệt so với truyền ngắt quãng 30 phút, truyền kéo dài là cách tối ưu để tối đa hóa hoạt tính phụ thuộc thời gian	• Liều nạp: Truyền tĩnh mạch kéo dài trong 60 phút. • Liều duy trì: Truyền tĩnh mạch trong 30 phút

Bảng chuyển đổi đơn vị của Colistin		
Hàm lượng Colistin		≈ mg CMS
ĐVQT (UI)	≈ mg CBA	
12.500	0,4	1
150.000	5	12
1.000.000	34	80
4.500.000	150	360
9.000.000	300	720

EMA: Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu

Tài liệu tham khảo:
Dược thư quốc gia năm 2022
Thư viện Y khoa Quốc gia Hoa Kỳ (National Library of Medicine) trực thuộc Viện y tế Quốc gia (NIH) của Hoa Kỳ)
Link tham khảo:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6535930/>

Điểm tin số 2: Các kháng sinh phải lập phiếu “Kháng sinh ưu tiên quản lý” và phải “Hội chẩn” trước khi sử dụng

Hoạt chất	Đường dùng	Phiếu KSUTQL theo Quyết định 5631/QĐ-BYT	Hội chẩn theo Thông tư 20/2022/TT-BYT
Doripenem*	Tiêm	x	x
Ertapenem*	Tiêm	x	x
Imipenem + cilastatin*	Tiêm	x	x
Meropenem*	Tiêm	x	x
Colistin*	Tiêm	x	x
Tigecyclin*	Tiêm	x	x
Fosfomycin*	Tiêm, uống, nhỏ tai	x	x
Linezolid*	Uống, tiêm	x	x
Vancomycin	Truyền TM	x	

Tài liệu tham khảo:

- Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện”
- Thông tư 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 về việc ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

Điểm tin số 3: Điều trị “Tăng huyết áp” ở bệnh nhân mắc “Ung thư”

Lựa chọn đầu tay (Hàng một):

- ACEI (ức chế men chuyển) hoặc ARB (ức chế thụ thể)
- Nhóm này đặc biệt ưu tiên ở bệnh nhân có protein niệu, rối loạn chức năng thất trái, đái tháo đường

Phối hợp thuốc ngay từ đầu:

Khuyến dùng kết hợp ACEI/ARB + CCB DHP khi huyết áp ban đầu $\geq 160/100$ mmHg để đạt kiểm soát nhanh

Tăng huyết áp kháng trị:

Phối hợp thêm spironolactone, nitrate (uống hoặc dán da), hoặc hydralazine

Thuốc KHÔNG khuyến cáo:

CCB nhóm non-DHP (diltiazem, verapamil): Không khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân ung thư do tác dụng ức chế CYP3A4, làm tăng nồng độ và độc tính của nhiều thuốc điều trị ung thư

Lựa chọn hàng hai:

- CCB nhóm DHP (như amlodipine, felodipine, lercanidipine) khi huyết áp chưa đạt mục tiêu hoặc không dung nạp ACEI/ARB.
- Trong đó, amlodipine được ưu tiên nhờ nguy cơ tương tác thuốc thấp

Thuốc chẹn beta:

- Cân nhắc khi bệnh nhân có tăng trương lực giao cảm, đau, hoặc có chỉ định bắt buộc (suy tim, đau thắt ngực, sau nhồi máu cơ tim, rung nhĩ).
- Ưu tiên dùng **carvedilol** hoặc **nebivolol** ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế VEGF (VEGFi)

Các từ viết tắt:

ARB: Thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II (Angiotensin II Receptor Blocker)

CCB: Thuốc chẹn kênh calci (Calcium Channel Blocker)

DHP: Nhóm dihydropyridine

Thuốc ức chế VEGF (VEGFi) là nhóm thuốc ngăn chặn sự hình thành các mạch máu mới bằng cách ức chế yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu

Tiểu ban Giám sát Thông tin thuốc



BS. CKII. Võ Minh Hiền

Tài liệu tham khảo: Tăng huyết áp ở bệnh nhân ung thư (Khuyến cáo của phân hội tăng huyết áp - Hội tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán và quản lý tăng huyết áp năm 2026)