

LƯU HÀNH NỘI BỘ

|  |  |
| --- | --- |
| **SỞ Y TẾ NGHỆ AN****BỆNH VIỆN ĐA KHOA DIỄN CHÂU** |  |
| **THÔNG TIN THUỐC** | Bản tin **số** 1/2024 |

**Nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh ở trẻ có cha được điều trị bằng valproat và dẫn chất trong vòng 3 tháng trước khi thụ thai (ANSM)**

**

Biên soạn

DSCK1 Lê Văn Thịnh

DS.CK1. Đậu Minh Lực

DS. Nguyễn Thị Thủy Tiên

DS. Chu Thị Lệ Bình

 Natri valproat hoặc acid valproic được chỉ định để điều trị động kinh. Natri divalproat và valpromid là lựa chọn hàng hai trong điều trị các giai đoạn hưng cảm của rối loạn lưỡng cực. Đối với phụ nữ trong thời kỳ mang thai, valproat đã được biết là một hoạt chất có tác dụng gây quái thai, có nguy cơ cao dẫn đến dị tật bẩm sinh (11%) và rối loạn phát triển thần kinh (lên đến 30 đến 40%). Vì thế, không nên chỉ định valproat và các dẫn chất cho bệnh nhân, trừ trường hợp các thuốc thay thế không hiệu quả hoặc không dung nạp được.

 Năm 2018, châu Âu tiến hành đánh giá lại cân bằng lợi ích - nguy cơ của valproat và dẫn chất. Một nghiên cứu được tiến hành tại các vùng Scandinavia (Na Uy, Thụy Điển và Đan Mạch) nhằm đánh giá nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh trên trẻ có cha sử dụng valproat hoặc dẫn chất valproat trong vòng 3 tháng trước khi thụ thai, so với những trẻ có cha sử dụng lamotrigin hoặc leviracetam. Kết quả cho thấy có sự gia tăng nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh ở trẻ em có cha được điều trị bằng valproat hoặc các dẫn chất trong vòng ba tháng trước khi thụ thai, so với những người cha được điều trị với các thuốc chống động kinh khác (lamotrigin hoặc levetiracetam). Tuy nhiên, nghiên cứu này còn có những hạn chế và cần thực hiện thêm các phân tích bổ sung để đánh giá độ tin cậy của những dữ liệu này.

***Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế***

- Đối với nam giới trưởng thành hoặc thanh thiếu niên, việc sử dụng valproat hoặc các dẫn chất valproat trong ba tháng trước khi thụ thai có thể khiến trẻ có nguy cơ mắc các rối loạn phát triển thần kinh.

**- Cần thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ tiềm ẩn này.**

+ Đối với bệnh nhân có kế hoạch có con, đề xuất các liệu pháp điều trị thay thế.
+ Đối với những người có vợ đang mang thai (đã sinh hoặc sắp sinh), cần tư vấn cho bệnh nhân trong quá trình điều trị để có biện pháp chăm sóc phù hợp.

**- Khuyến cáo bệnh nhân không tự ý ngừng điều trị và trao đổi về những nguy cơ có thể xảy ra nếu bệnh nhân ngừng điều trị mà không có chỉ định của bác sĩ.**

- Cần trao đổi với bệnh nhân về các biện pháp tránh thai phù hợp.

- Trong trường hợp hiến tinh trùng, bệnh nhân cần báo cáo về việc họ đang điều trị bằng valproat hoặc các dẫn chất.

- Cung cấp cho bệnh nhân tờ Hướng dẫn sử dụng thuốc của valproat hoặc các dẫn chất khi kê đơn hoặc cấp phát.

.

**Cảnh báo phù mạch do thuốc ức chế men chuyển (ACEI) có thể gây tử vong ( Medsafe)**

Phù mạch là tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI) có thể dẫn đến tử vong ở bệnh nhân. Phản ứng này có thể xảy ra bất kỳ thời điểm nào trong quá trình điều trị.

Trước khi chỉ định thuốc ức chế men chuyển cho bệnh nhân, cần khai thác kỹ bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc trước đó chưa và có ghi nhận phản ứng bất lợi nào không, đặc biệt với biểu hiện sưng, phù.

Không chỉ định lại bất kỳ thuốc ACEI nào ở bệnh nhân có tiền sử phù mạch do thuốc ACEI.

Trung tâm theo dõi phản ứng có hại New Zealand (CARM) đã nhận được một báo cáo về phản ứng phù mạch gây tử vong do thuốc ức chế men chuyển ACEI. Trước đây bệnh nhân đã ghi nhận có biểu hiện sưng phù lưỡi nhẹ khi sử dụng một loại thuốc ACEI. Tuy nhiên sau đó bệnh nhân đã được kê một loại thuốc ACEI khác và kết quả cuối cùng bệnh nhân bị phù mạch và tử vong

Medsafe đã đưa ra cảnh báo các nhân viên y tế cần thận trọng về nguy cơ này và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khai thác kỹ tiền sử phản ứng có hại và dị ứng thuốc của bệnh nhân trước khi chỉ định bất kể loại thuốc nào.

**Thuốc ức chế men chuyển ACEI**

- Thuốc ức chế men chuyển là thuốc có tác dụng ức chế quá trình chuyển hóa angiotensin I thành angiotensin II, được chỉ định điều trị trong các trường hợp như tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim, suy tim và bệnh thận do đái tháo đường.

- Các thuốc nhóm này được

cấp phép sử dụng tại New Zealand bao gồm: captopril, cilazapil, enalapril, lisinopril, perindopril, quinapril và ramipril.

**Phản ứng phù mạch do thuốc ức chế men chuyển ACEI**

- Phù mạch là hiện tượng sưng

nề cục bộ ở da/niêm mạc mà không có biểu hiện ngứa/mày đay. Các phản ứng phù thường gặp do thuốc ức chế men chuyển bao gồm phù mặt, môi hoặc lưỡi. Các phản ứng phù gây ngạt đường thở có thể dẫn đến tử vong hiếm khi xảy ra. Bên cạnh đó phản ứng phù liên quan đến các tạng dẫn đến triệu chứng ở tiêu hóa cũng được ghi nhận.

- Phù mạch xảy ra ở khoảng 0,1% đến 0,7% bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển ACEI.

Cảnh giác dược

Phản ứng thường khởi phát trong những tuần hoặc tháng đầu tiên sau khi sử dụng thuốc, và cũng có thể xảy ra sau nhiều năm sử dụng. Phản ứng này cũng được ghi nhân với cả các thuốc ức chế thụ thể angiotensin II (ARB: vd candesartan, losartan), tuy nhiên nguy cơ thấp hơn so với thuốc ức chế men chuyển.

**Quản lý và phòng ngừa nguy cơ**

- Trường hợp bệnh nhân dùng thuốc ức chế men chuyển có dấu hiệu phù mạch, xem xét thuốc ức chế men chuyển có thể chính là nguyên nhân và nên ngừng thuốc.

- Khi bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng liên quan đến phù mạch do ACEI cần theo dõi và chăm sóc, hỗ trợ đường thở nếu có phù miệng, cổ họng cho bệnh nhân. Bệnh nhân có thể gặp phản ứng lặp lại nhiều lần ngay cả khi đã ngừng thuốc. Tư vấn cho bệnh nhân cần liên hệ với bác sĩ/nhân viên y tế ngay lập tức nếu các triệu chứng tái phát.

- Nếu tiếp tục sử dụng ACEI sau khi bệnh nhân đã gặp phản ứng phù mạch lần đầu có thể dẫn đến các biểu hiện nghiêm trọng hơn và đe dọa tính mạng. Do đó chống chỉ định sử dụng thuốc này ở những bệnh nhân có tiền sử phù mạch trước đó do thuốc. Nếu có chỉ định lâm sàng, cân nhắc liệu pháp thay thế phù hợp theo hướng dẫn điều trị tại đơn vị.

**Lời khuyên cho nhân viên y tế**

- Trước khi chỉ định thuốc ức

chế men chuyển cho bệnh nhân, cần khai thác kỹ tiền sử sử dụng các loại thuốc trước đây và những phản ứng bất lợi đã từng gặp, đặc biệt về các biểu hiện sưng, phù.

- Tư vấn cho những bệnh nhân

bắt đầu sử dụng thuốc ACEI về các biểu hiện phù mạch và lưu ý với họ nên liên hệ với bác sĩ/ nhân viên y tế ngay lập tức nếu xảy ra các triệu chứng này

- Không nên chỉ định thuốc

ACEI cho những bệnh nhân đã từng gặp phản ứng phù mạch do thuốc. Đặc biệt lưu ý với bệnh nhân đã từng có tiền sử phù mạch do ACEI nên tránh sử dụng lặp lại các thuốc nhóm này trong tương lai.

Cảnh giác dược

**Dự phòng nguy cơ nhiễm toan lactic khi sử dụng metformin (ANSM)**

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế và bệnh nhân về nguy cơ nhiễm toan lactic khi sử dụng metformin, đặc biệt ở những bệnh nhân suy giảm chức năng thận, mắc bệnh về tim mạch hoặc sepsis (nhiễm khuẩn nghiêm trọng).

Nhiễm toan lactic là phản ứng có hại của metformin và có thể dẫn đến tử vong nếu không xử trí kịp thời. Bệnh nhân có nguy cơ nhiễm toan lactic và có các dấu hiệu của nhiễm toan lactic cần được tư vấn y tế khẩn cấp.

Metformin là thuốc đào thải qua thận, được chỉ định để điều trị đái tháo đường tuýp 2.

**Nguy cơ nhiễm toan lactic khi sử dụng metformin tăng lên đối với các bệnh nhân suy giảm chức năng thận.**

Dưới đây là một số biện pháp nhằm hạn chế nguy cơ nhiễm toan lactic:

- Theo dõi chức năng thận và chỉ định liều metformin phù hợp với chức năng thận.
- Đánh giá nguy cơ suy giảm chức năng thận: sử dụng các thuốc gây độc thận và/hoặc khả năng mất nước có thể làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic.

- Ngừng sử dựng metformin

và tăng cường theo dõi chức năng thận trong trường hợp tiêm thuốc cản quang chứa iod, lưu ý cần đảm bảo cơ thể người bệnh đủ nước.

- Ngừng sử dụng metformin tạm thời khi có tình trạng mất nước cấp tính (do tiêu chảy, nôn mửa dữ dội, sốt hoặc do giảm lượng nước uống vào) và tái sử dụng thuốc khi lượng nước trong cơ thể trở về mức bình thường đồng thời không có tình trạng suy giảm chức năng thận.

- Thận trọng đối với bệnh nhân đái tháo đường không kiểm soát và/hoặc có tình trạng cấp tính và/hoặc có bệnh mạn tính ở trạng thái mất bù (nhồi máu cơ tim gần đây, suy tim cấp, suy hô hấp, sốc) có khả năng làm thay đổi chức năng thận, dẫn đến nguy cơ nhiễm toan lactic.

**THÔNG TIN DÀNH CHO**

**NHÂN VIÊN Y TẾ**

**- Các triệu chứng lâm sàng gợi ý tình trạng nhiễm toan lactic ở bệnh nhân:**

+ Nôn nhiều lần

+ Đau bụng

+ Chuột rút và đau cơ lan tỏa + Cảm giác khó chịu và mệt mỏi nhiều

+ Khó thở

+ Hạ thân nhiệt và giảm nhịp tim.

**- Chỉ định chế độ liều theo hướng dẫn trong tờ tóm tắt các đặc tính sản phẩm phù hợp với chức năng thận của bệnh nhân và thường xuyên theo dõi chức năng thận bằng cách tính toán độ thanh thải creatinin.**

**- Chống chỉ định với các trường hợp:**

+ Có bất kỳ tình trạng nhiễm toan chuyển hóa cấp tính nào (nhiễm toan lactic, nhiễm toan ceton)

+ **Suy thận nặng (độ thanh thải creatinin <30 mL/phút)** + Tiền hôn mê do đái tháo đường;

+ Các tình trạng cấp tính có khả năng làm thay đổi chức năng mất nước, nhiễm trùng nặng, sốc;

+ Mắc bệnh cấp tính hoặc bệnh mạn tính có tình trạng mất bù của như: nhồi máu cơ tim gần đây, suy tim mất bù, suy hô hấp, sốc;

+ Suy tế bào gan, ngộ độc rượu cấp tính, nghiện rượu.

**- Lưu ý về nguy cơ xảy ra tương tác thuốc, bao gồm:**

+ Không khuyến cáo sử dụng đồng thời metformin với các thuốc cản quang có chứa iod do có thể gây suy giảm chức năng thận thoáng qua hoặc làm nặng thêm tình trạng suy thận đã có từ trước: **dừng sử dụng metformin trước hoặc tại thời điểm chẩn đoán hình ảnh**. Chỉ tái sử dụng thuốc sau tối thiểu 48 giờ, với điều kiện chức năng thận ổn định sau khi đánh giá lại. Trước và sau khi chụp, cần bù nhiều nước (uống ít nhất 2 lít nước), có thể tiêm tĩnh mạch trong trường hợp giảm thể tích tuần hoàn (đái tháo đường kiểm soát kém hoặc glucose niệu do thuốc lợi tiểu thẩm thấu).

+ Một số thuốc có khả năng làm thay đổi chức năng thận: thuốc hạ huyết áp (thuốc ức chế men

chuyển, thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II), thuốc lợi tiểu, thuốc kháng viêm không steroid (NSAID), kháng sinh nhóm sulfonamid và aminosid. Khi các thuốc này được sử dụng đồng

thời với metformin, nồng độ metformin trong huyết tương có thể tăng lên và có thể cần phải hiệu chỉnh liều metformin để giảm nguy cơ nhiễm toan lactic.

**- Cần thông báo cho bệnh nhân về:**

+ Nguy cơ nhiễm toan lactic có thể xảy ra khi sử dụng metformin + Các tình trạng có thể dẫn đến nhiễm toan lactic như nhiễm trùng nặng, mất nước, bệnh đái tháo đường kiểm soát kém hoặc rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy, nôn mửa) + Cần duy trì uống đủ nước, đặc biệt là trong giai đoạn

nhiễm trùng, rối loạn tiêu hóa hoặc trước khi thực hiện chẩn đoán hình ảnh có tiêm thuốc cản quang chứa iod. + Các triệu chứng của nhiễm toan lactic cần được tư vấn y tế kịp thời.

**- Nên tạm thời dừng điều trị bằng metformin:**+ Tại thời điểm sử dụng thuốc cản quang có chứa iod theo khuyến cáo của tờ thông tin sản phẩm

+ Trong trường hợp bệnh nhân bị mất nước (do tiêu chảy, nôn mửa, sốt hoặc do giảm lượng nước uống vào), nên tạm thời ngừng sử dụng metformin và cần liên hệ ngay với nhân viên y tế.

+ Trong trường hợp có các

triệu chứng lâm sàng gợi ý nhiễm toan lactic: **tạm thời ngừng sử dụng metformin (trong khi chờ tư vấn y tế) là an toàn, do nguy cơ nhiễm toan lactic có thể gây tử vong**.

**THÔNG TIN DÀNH CHO BỆNH NHÂN**

- Tuân thủ nghiêm ngặt liều lượng theo chỉ định của bác sĩ.

- Thông tin cho bác sĩ về các thuốc đang sử dụng, đặc biệt là thuốc điều trị tăng huyết áp, suy tim, thuốc giảm đau kháng viêm (NSAID) hoặc thuốc lợi tiểu. Điều này sẽ giúp bác sĩ đánh giá liệu sử dụng đồng thời metformin với các thuốc trên có phù hợp hay không.

- Hãy hỏi bác sĩ hoặc dược sĩ để được tư vấn nếu bạn cần phải

- Tránh uống quá nhiều rượu và nhịn ăn kéo dài.

- Uống nước thường xuyên (1,5 đến 2 lít mỗi ngày): việc uống đủ nước và theo dõi chức năng thận thường xuyên giúp phòng ngừa nguy cơ nhiễm toan lactic.

- Thận trọng khi cơ thể bị mất nước, có thể do nôn mửa, tiêu chảy, sốt, tiếp xúc với nguồn nhiệt hoặc chỉ là do uống ít nước hơn bình thường.

- Hãy thông báo cho bác sĩ về các yếu tố có thể làm tang nguy cơ gặp nhiễm toan lactic: tiêu chảy, bệnh đái tháo đường kiểm soát kém, nhiễm trùng nghiêm trọng, các vấn đề về gan hoặc bệnh tim, sụt cân nhanh hoặc tình trạng sóng nhiệt tại nơi bạn đang sinh sống.

- **Bệnh nhân cần được tư vấn y tế khẩn cấp nếu có các dấu hiệu lâm sàng gợi ý tình trạng nhiễm toan lactic:**

+ Nôn nhiều lần

+ Tiêu chảy

+ Đau bụng

+ Chuột rút và đau cơ lan tỏa + Cảm giác khó chịu và mệt mỏi nhiều

+Khó thở

Cảnh giác dược

**DỰ PHÒNG CÁC SAI SÓT TRONG DÙNG THUỐC**

***BS. Nguyễn Hữu Trường (Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - BV Bạch Mai)***

***Phản ứng không mong muốn của thuốc là một vấn đề rất thường gặp trong quá trình dùng thuốc, các phản ứng này có thể xảy ra ngay cả khi thuốc được sử dụng hoàn toàn đúng nhưng thực tế chúng thường gắn liền với các sai sót trong quá trình dung thuốc. Do đó, phòng ngừa được các sai sót trong dùng thuốc sẽ góp phần giảm bớt các phản ứng phụ do thuốc***

**Các sai sót trong dùng thuốc do nhân viên y tế**

Sai sót trong dùng thuốc là một trong những tai biến thường xảy ra trong thực hành điều trị, chúng có thể trực tiếp hoặc gián tiếp gây ảnh hưởng đến người bệnh ở các mức độ khác nhau.

Một số sai sót có thể đã xảy ra nhưng chưa gây ảnh hưởng đến người bệnh do đã được nhận biết và sửa chữa kịp thời. Các sai sót trong dung thuốc có thể đến từ bất cứ khâu nào của quá trình dùng thuốc từ khi thuốc đượccác thầy thuốc chỉ định cho đến khi thuốc đến được cơ thể người bệnh. Theo một khảo sát gần đây, các sai sót của quá trình dùng thuốc xảy ra trong từng công đoạn với tỷ lệ như sau: ra y lệnh/ chỉ định thuốc - 49% đến 56%, phân phốithuốc - 14%, sao chép y lệnh - 11% và thực hiện thuốc

* 26% đến 34%. Các sai sót này được chia làm

2 nhóm chủ yếu, nhóm 1 là các sai sót do quên thực hiện một số khâu của quá trình dùng thuốc và nhóm 2 là các sai sót do thực hiện sai nhiệm vụ trong các khâu của quá trình dùng thuốc. Các sai sót trong nhóm 1 có thể xảy ra khi thuốc quên không được chỉ định (sai sót của bác sĩ điều trị), hoặc quên không được phân phối cho

người bệnh (sai sót của điều dưỡng hoặc dược sĩ), hoặc quên không được thực hiện (sai sót của điều dưỡng, những người chăm sóc hoặc do chính người bệnh quên không sử dụng). Hầu hết các sai sót trong nhóm 2 xảy ra do không tuân thủ triệt để 5 nguyên tắc cơ bản trong sử dụng thuốc là dùng đúng thuốc, đúng liều, đúng thời gian, đúng người bệnh và đúng đường dùng.

Tần suất của các phản ứng phụ do thuốc rất khó đánh giá trong thực tế vì nhiều lý do khác nhau như việc các phản ứng này đã không được nhận biết và báo cáo đầy đủ, sự thiếu nhất quán trong phương pháp báo cáo phản ứng phụ do thuốc và những khó khăn trong việc theo dõi quá trình dùng thuốc của người bệnh tại cộng đồng. Các sai sót trong dùng thuốc có thể đến từ những sai lầm cá nhân nhưng cũng có thể xuất phát từ các lỗ hổng của cả một hệ thống quản lý. Nói chung, khi xảy ra một sai sót trong quá trình dùng thuốc, người ta thường có xu hướng tìm một cá nhân để qui trách nhiệm hơn là tìm nguyên nhân từ các lỗ hổng của cả hệ thống. Ví dụ, trong thực hành tại bệnh viện, những bác sĩ và điều dưỡng viên trực tiếp làm nhiệm vụ điều trị thường là đối tượng được qui trách nhiệm cho các sai sót trong dung thuốc cho dù những sai sót ấy có thể đến từ nhiều lý do khác nhau. Để có thể hạn chế tối đa các sai sót của quá trình dùng thuốc, mỗi sai sót xảy ra cần được coi như một cơ hội để đánh giá lại cả một quá trình, phát hiện những thiếu sót, học tập từ những lỗi lầm và đưa ra các thay đổi trong thực hành để ngăn ngừa các sai sót trong tương lai. Để làm được điều này, cần phát hiện và ghi nhận được tối đa các sai sót trong dùng thuốc, lần theo chuỗi các sự kiện dẫn đến sai sót và đánh giá nguyên nhân cơ bản dẫn đến sai sót.

Các nghiên cứu cho thấy rằng, việc tìm ra và giải quyết các lỗ hổng trong cả hệ thống quản lý hoặc quá trình thực hành có hiệu quả ngăn ngừa các sai lầm trong tương lai tốt hơn nhiều so với việc qui trách nhiệm cho một cá nhân đơn lẻ cho mỗi sai sót xảy ra. Ghi nhận sai sót là khâu đầu tiên nhưng vô cùng cần thiết để có thể tìm hiểu, xác định nguyên nhân và sửa chữa các sai sót.

Thói quen quy trách nhiệm cho các cánhân và trừng phạt có thể sẽ không khuyến khích các cá nhân có liên quan ghi nhận các sai sót khi chúng xảy ra. Theo thống kê của Cục Quản lý dược và thực phẩm Mỹ, chỉ có khoảng 1% các sai sót trong dùng thuốc được cơ quan này ghi nhận.

**Do người bệnh**



Tuân thủ đơn thuốc theo y lệnh của bác sĩ là một cách tốt để phòng ngừa sai sót trong dùng thuốc.

Bên cạnh những sai sót do trách nhiệm của hệ thống y tế hoặc các nhân viên y tế, việc dùng thuốc không đúng của người bệnh do vô tình hay hữu ý cũng là một trong những nguyên nhân rất quan trọng góp phần vào các sai sót trong dùng thuốc. Một số sai sót có thể đến do các hành động không an toàn, không tuân thủ đúng các qui trình và thủ tục (thường để tiết kiệm thời gian và công việc), ví dụ như việc lấy

sẵn các thuốc ra khỏi vỏ để tiện dùng hoặc trộn lẫn nhiều thứ thuốc với nhau để uống 1 lần.

Bệnh nhân cũng có thể góp phần gây ra các sai sót trong dùng thuốc do không tuân thủ các hướng dẫn dùng thuốc của thầy thuốc như tự ý dùng thêm thuốc, tăng liều hoặc giảm liều thuốc...

Một nghiên cứu gần đây ở Mỹ cho thấy, hầu hết các bệnh nhân lớn tuổi đã dùng các thuốc của mình không đúng hướng dẫn của thầy thuốc trong 20 - 60% thời gian điều trị tại nhà. Để có thể hạn chế tối đa các sai sót loại này, người bệnh và những người thân trong gia đình hoặc những người trực tiếp chăm sóc người bệnh cần được hướng dẫn và giải thích đầy đủ về các thuốc điều trị mà người bệnh sử dụng, ví dụ như lý do tại sao người bệnh phải sử dụng từng loại thuốc, thời điểm, thời gian và cách thức dùng từng loại, các phản ứng phụ có thể xảy ra, cách phát hiện và hành động cần thiết khi chúng xảy ra... Việc hướng dẫn này cần được thực hiện liên tục cả trong quá trình điều trị nội trú trong bệnh viện và ngoại trú tại nhà. Giáo dục để tăng cường ý thức của cộng đồng trong việc dùng thuốc đúng cũng đóng vai tròhết sức quan trọng góp phần hạn chế các sai sót trong việc dùng thuốc tại cộng đồng.

BS. Nguyễn Hữu Trường (Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng - BV Bạch Mai) - Theo suckhoedoisong.vn

Phác đồ điều trị Viêm khớp nhiễm khuẩn tại BVĐK Diễn Châu

Trong bệnh lý viêm khớp, thấp khớp là bệnh lý riêng biệt cần phân biệt với bệnh lý được chẩn đoán là viêm khớp nhiễm khuẩn. Ngoài ra các thể viêm khớp như: viêm khớp dạng thấp, viêm khớp phản ứng, viêm quanh khớp; hay các bệnh lý đau khớp như thoái hóa khớp, … không phải là viêm nhiễm khuẩn, không dùng kháng sinh. Tại BV Diễn Châu, chưa đủ khả năng chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn (xem mục 1).

1. **Các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn:**

*Khi có* ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn:

- Xét nghiệm dịch khớp có mủ (bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa

hoặc tế bào dịch khớp cao trên 100.000/ml với trên 80% là bạch cầu đa nhân

trung tính) hoặc tìm thấy vi khuẩn qua soi tươi, nhuộm gram.

- Cấy máu hoặc dịch khớp dương tính với vi khuẩn.

*Kết hợp* với ít nhất 1 trong 2 tiêu chuẩn:

- Lâm sàng viêm khớp điển hình.

- Dấu hiệu x-quang viêm khớp điển hình: hình ảnh soi gương.

-> Kết luận: tại BVĐK Diễn Châu, chưa đủ khả năng chẩn đoán xác định bệnh Viêm khớp nhiễm khuẩn.

Do đó việc quyết định sử dụng kháng sinh trong điều trị Viêm khớp (tức hướng chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn, không tính đến bệnh lý thấp khớp) cần được cân nhắc thận trọng, dựa vào đặc điểm dịch tễ + đặc điểm lâm sàng gợi ý sau đây:

1. **Đặc điểm cận lâm sàng của Viêm khớp nhiễm khuẩn**

Thường có:

- Bạch cầu tăng cao, đặc biệt bạch cầu đa nhân trung tính (Neu)

- Tốc độc máu lắng, CRP thường tăng

**3. Đặc điểm dịch tễ của Viêm khớp nhiễm khuẩn**

- Ở BN <40 tuổi: Viêm khớp nhiễm khuẩn có tới 70% là do lậu cầu -> Xem thêm mục 4.2 và hướng điều trị theo mục 5.2

- Ở các đối tượng khác: Viêm khớp nhiễm khuẩn được chia làm 2 loại: Do lậu cầu và không do lậu cầu, chưa rõ tỉ lệ. Đối với viêm khớp nhiễm khuẩn không do lậu cầu, xem thêm mục 4.1 và hướng điều trị theo mục 5.1

1. **Đặc điểm lâm sàng của các thể Viêm khớp nhiễm khuẩn**

*A Thể viêm khớp không do lậu cầu*

- Thường xảy ra ở 01 khớp đơn độc(90% trường hợp), hay gặp nhất là khớp gối.

- Triệu chứng tại khớp: sưng nóng đỏ đau, có thể tràn dịch khớp, co cơ, hạn chế vận động.

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, kèm rét run, môi khô lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

*B Thể viêm khớp do lậu cầu*

Có 2 bệnh cảnh lâm sàng:

-Hội chứng nhiễm khuẩn lậu cầu phát tán:

+ Sốt, rét run, ban đỏ và mụn mủ ngoài da cùng các triệu chứng viêm khớp, triệu chứng tại bộ phận sinh dục như đái buốt, đái rắt, đái máu- mủ…

+ Viêm nhiều khớp nhỏ có tính chất di chuyển kèm viêm bao hoạt dịch - gân.

* Viêm khớp thực sự do lậu cầu:

+ Thường tổn thương một khớp đơn độc như háng, gối, cổ tay, cổ chân với triệu chứng sưng nóng đỏ đau, có thể tràn dịch khớp.

+ Có thể kèm theo viêm nhiễm ở đường tiết niệu, sinh dục như đái buốt, đái rắt, đái máu- mủ…

1. **Điều trị kháng sinh trong Viêm khớp nhiễm khuẩn**

*A Thể Viêm khớp không do lậu cầu*

* Kháng sinh đầu tay: dùng đường tĩnh mạch: Oxacillin 2g/ lần, tiêm 4 lần/ ngày. Hoặc Clindamycin 600mg/ lần, tiêm 4 lần/ ngày. Sau đó tùy đáp ứng và kết quả nhuộm gram dịch khớp, cấy máu cấy dịch khớp mà sử dụng kháng sinh phù hợp.
* Tại BVĐK Diễn Châu: có thể tạm thay thế bằng Cefazolin (Biophazolin 1g), liều 1g/ lần \* 2-3 lần/ ngày. Hoặc Cefotaxim (Biotaksym 1g) liều 1g \* 3 lần/ ngày. Nếu không đáp ứng🡪 chuyển tuyến.

*B Thể viêm khớp do lậu cầu*

- Lậu cầu còn nhạy cảm với Penicillin: Uống Amoxicillin 500mg/ lần \* 3 lần/ ngày \* 7 ngày. Hoặc uống Ciprofloxacin 500mg/ lần \* 2 lần/ ngày \* 7 ngày.

- Nghi ngờ lậu cầu kháng penicillin: Tiêm Cefotaxim 1g/lần \* 3 lần/ ngày \* 7 ngày. Sau đó uống Ciprofloxacin 500mg/ lần \* 2 lần/ ngày.

**NHỮNG SAI SÓT KHI DÙNG THUỐC CHỮA CAO HUYẾT ÁP**

***Ds. CKII. Bùi Văn Uy***

***Trong điều trị bệnh cao huyết áp (CHA), nếu không hiểu thật kỹ, dùng thuốc, chế độ ăn luyện tập không đúng sẽ không đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp, đôi khi gặp các tác dụng phụ, bị hoặc làm nặng thêm tai biến.***

**Phát hiện muộn hay quá muộn bệnh**

CHA không có triệu chứng đặc hiệu, không có dấu hiệu tiền báo nên phát hiện muộn, có khi rất muộn, thậm chí lúc xảy ra tai biến tử vong mới xác định bệnh. Người lao động mỗi năm 1 lần, người tham gia Bảo hiểm y tế mỗi năm trung bình 1 - 2 lần khám sức khỏe theo chế độ, dễ có cơ hội phát hiện bệnh. Ngoài đối tượng này ra, những người có nguy cơ cao (trên 40 tuổi, béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường) ít nhất 6 tháng một lần phải đo huyết áp (HA).

Khi đo, nếu thấy HA cao, nên đo lại 3 đợt, cách nhau mỗi tháng: trước khi đo 30 phút, không ăn uống, không dùng thuốc, các chất kích thích, nghỉ ngơi hoàn toàn, nơi đo phải rộng rãi, thoáng mát, không lạnh quá nóng quá, không ồn ào, đo bằng huyết áp kế chính xác (đã kiểm định), nhân viên y tế vui vẻ hòa nhã, tạo cho người bệnh tâm lý thoải mái tránh hội chứng “huyết áp áo choàng trắng”; mỗi đợt đo 3 lần lấy trị số trung bình. Chỉ sau 3 đợt đo mà trị số trung bình của HA đều 140/90 mmHg mới xác định là bị CHA.



**Điều trị muộn do theo quan niệm cũ**

Trước đây, WHO (1998) và hội nghị HA thế giới lần thứ 22 (2003) quy định: nếu huyết áp ≥ 140/90mmHg mà sau 1 năm thay đối lối sống không có hiệu quả hoặc có kèm nguy cơ (như đái tháo đường), mới dùng thuốc. Theo đó, nếu không có hai điều kiện trên, dùng thuốc khi HA khoảng 159/99mmHg, tức là khởi đầu dùng thuốc khá muộn, giai đoạn cuối độ I.

Nay, hướng dẫn của Hội Huyết áp châu Âu (ESH - 2007, ESH - 2009) của Mỹ ( UN-7) quy định: người dưới 80 tuổi CHA nếu không kèm theo nguy cơ, khởi đầu điều trị khi HA ≥ 140/90mmHg; còn nếu có yếu tố nguy cơ thì khởi đầu điều trị khi HA ≥ 130/85mmHg mà không chờ kết quả việc thay đổi lối sống. Như vậy, việc khởi đầu dùng thuốc sớm hơn trước khá nhiều. Dùng thuốc sớm làm chậm sự tiến triển đến nặng, đưa HA về đích điều trị sớm, tránh nguy cơ do tăng HA.

**Không dùng đủ thuốc, đủ liều phối hợp theo chỉ định**

Trước đây, theo cách “điều trị bậc thang” (WHO-1978-1988; Mỹ-1992), bệnh càng nặng càng dùng nhiều thuốc: CHA độ I dùng 1 thuốc; độ II dùng 2 thuốc; độ III - độ IV dùng 3 - 4 thuốc. Nay, hội nghị HA thế giới (2003), ESH (2009) khuyến nghị: cần phối hợp thuốc ngay từ đầu. Nếu khởi đầu điều trị một thuốc, tỉ lệ bỏ trị cao hơn khởi đầu phối hợp thuốc. Liệu pháp phối hợp càng cần ưu tiên áp dụng cho người nguy cơ cao nhằm hạ thấp HA nhanh, tránh thảm họa. Phối hợp thuốc sẽ bổ sung và làm tăng hiệu lực của nhau, cho hiệu quả sớm hơn cao hơn dùng đơn; liều dùng mỗi thành phần thấp hơn khi dùng đơn, nên ít gặp tác dụng phụ thí dụ: phối hợp thuốc ức chế hệ renin - angiotensin - aldosteron gọi chung là RAAS (bao gồm ức chế men chuyển và chẹn thụ thể angiotensin II) với chẹn canxi sẽ có lợi: ức chế RAAS làm dịu bớt hiện tượng hoạt hóa thần kinh giao cảm và hệ renin - angiotensin - aldosteron, giảm phù ngoại vi do chẹn canxi gây ra; ngược lại chẹn canxi làm tăng tác dụng hạ HA của chẹn RAAS. Tuy nhiên, một số phối hợp có thể gây ra tác dụng phụ. Không tự ý phối hợp hay dùng các biệt dược kép. Chỉ phối hợp theo chỉ định của thầy thuốc, cần dùng đủ thuốc đủ liều các thành phần phối hợp.

**Tự tăng liều theo cảm giác chủ quan**

Khi nhức đầu, khó chịu…, người bệnh cho là do HA tăng, rồi tự tăng liều. Thực ra các triệu chứng trên chưa hẳn do HA tăng. Tự tăng liều có thể gây tụt HA quá mức, thậm chí có thể gây trụy mạch. Một nghiên cứu tại các phòng khám Pháp cho biết, có những người bị các triệu chứng trên, thậm chí HA có tăng cao chút đỉnh so với HA mục tiêu, khi đến viện chỉ cho nằm nghỉ ở phòng chờ yên tĩnh thì có hơn 80% trường hợp HA trở về mức mục tiêu mà không cần dùng thuốc hay nhập viện.

**Tự ý ngừng thuốc, không theo đuổi liệu trình**

CHA là bệnh mạn, không thể chữa khỏi. Dùng thuốc giữ HA ở mức ổn định ở mức HA mục tiêu có thể chấp nhận nhận được, gọi là kiểm soát huyết áp. Khi tự ngừng thuốc, HA sẽ tăng cao, gây ra tai biến. Người CHA phải dùng thuốc hàng ngày, đều đặn, suốt phần đời còn lại.

**Dùng thuốc không đúng giờ**

HA thường tăng giảm theo chu kỳ sinh học: gần sáng HA tăng dần, khi thức dậy tim hoạt động mạnh hơn, HA tăng nhanh hơn, từ 9 - 12 giờ trưa ở mức cao nhất, rồi thấp dần vào buổi chiều, thấp nhất vào lúc 3 giờ sáng, từ 3 giờ sáng lại tăng dần theo chu kỳ. Mỗi loại thuốc có thời gian bán hủy riêng. Theo đó, phải uống thuốc đều đặn vào một giờ nhất định trong ngày. Nên chọn vào giờ mà huyết áp có khuynh

hướng tăng (7 - 8 giờ sáng). Không “nhớ lúc nào dùng lúc ấy” một cách tùy tiện.

**Không khám định kỳ, chỉ dùng mãi một đơn thuốc**

CHA tiến triển theo hướng ngày càng nặng, có thể làm xuất hiện hay nặng thêm các bệnh trong hội chứng rối loạn chuyển hóa, đặc biệt có thể kèm theo các yếu tố nguy cơ tại các cơ quan đích. Cần phải điều chỉnh thuốc, liều lượng phù hợp với từng giai đoạn. Ví dụ: khi mới bị CHA nhẹ có thể dùng chẹn beta (atenolol) nhưng khi chuyển sang có nguy cơ suy tim sung huyết thì không thể dùng thuốc này. Cần tuân theo lịch hẹn khám lại theo định kỳ, không tự ý dùng mãi một đơn thuốc kéo dài.

**Tự ý xử lý tai biến**

Khi bị tai biến mạch máu máu não (đột quỵ) có người cho do HA tăng cao, gây vỡ mạch, rồi tự dùng thuốc hạ HA. Đúng ra, cần hạ HA nhưng hạ đến mức nào phải do thầy thuốc. Nếu tự dùng thuốc hạ HA, có thể dẫn tới hạ HA quá mức, máu không đến được các vùng não khác làm tai biến nặng thêm. Trong trường hợp này, tốt nhất là khẩn trương đưa người bệnh đến nơi cấp cứu không tự dùng thuốc hạ HA hay các thuốc khác.

**Không phối hợp đúng với chế độ ăn luyện tập**

****

Đôi khi chưa tìm hiểu kỹ nên người bệnh kiêng thái quá (dẫn tới thiếu năng lượng, dinh dưỡng) luyện tập thái quá (có thể bị tai biến), người CHA nếu không kèm theo bệnh gì thì dùng chế độ ăn cân đối; nếu kèm theo thừa cân, béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường thì tùy theo bệnh kèm theo mà dùng một hay một số chế độ ăn tiết chế chất béo, chất đường, chất đạm (hạn chế mức ăn nhưng không kiêng dẫn tới bị thiếu) để làm cho các bệnh này không nặng thêm ảnh hưởng trở lại đến HA. Người CHA cần chọn các môn tập luyện nhẹ, dễ, thời gian chỉ 30 - 40 phút, đảm bảo cho tim đập không quá 105 - 125 lần/phút như các môn đi bộ vừa, chạy bộ chậm, tránh các môn tập nặng (tiêu thụ trên 500kcalo/giờ), khó, tốc độ cao, thời gian kéo dài

(như các môn cử tạ, quần vợt, chạy nhanh), khi có kèm theo nguy cơ tim mạch phải kiêng tập một số môn (theo chỉ định của thầy thuốc).

**Không kiêng khem hoặc kiêng khem thái quá**

****

Người CHA dùng nhiều muối (NaCl) viên sủi, thuốc đau dạ dày (chứa NaHCO3, Na2CO3), mì chính (natri glutamat) thì ion natri vào nội bào tăng kéo theo ion canxi vào nội bào nhiều, làm tăng co cơ thành mạch gây tăng HA, nhưng người CHA cũng cần có ion natri để cân bằng nội môi. Do dó, cần ăn tiết chế dùng muối ăn (NaCl). Nhiều người chưa hiểu rõ, dùng chế độ ăn nhạt, bỏ hoàn toàn muối là không đúng (không có lợi, mất ngon, rất khó ăn).

**Khi mắc bệnh khác, chưa chú ý đúng mức đến điều trị cao huyết áp**

Phần lớn người CHA thường mắc các bệnh khác như: rối loạn mỡ máu, ĐTĐ, tim mạch nhất là những người cao HA cao tuổi.

Bệnh CHA không có triệu chứng rõ rệt, đôi khi người bệnh chỉ chú ý đến các bệnh khác nhiều hơn. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu chứng minh rõ nếu kiểm soát HA tốt thì sẽ làm chậm xuất hiện hay làm nặng thêm các bệnh này. Một thí dụ: phối hợp thuốc HA chẹn thụ thể

**CẬP NHẬT KIẾN THỨC**

angiotensin II (telmisartan) với chẹn canxi (amlodipin) trên người CHA có ĐTĐ týp 2 vi đạm niệu cao; với liều tối ưu (80mg/ngày và 10mg/ngày) cho hiệu quả hạ HA cao hơn, đồng thời làm giảm albumin niệu hơn so với trị liệu đơn (Fogari -2007). Đúng ra, không được quên việc kiểm soát HA, thậm chí cần dùng các biện pháp tốt hơn (như phối hợp thuốc) để kiểm soát bằng được HA.

**Khi cao tuổi chưa chú ý đúng mức việc kiểm soát huyết áp**

****

Người cao tuổi (≥ 60), nhất là ở diện già (≥ 75), rất già (≥ 80) thường cho rằng cao tuổi thì mạch máu xơ cứng nên CHA là lẽ đương nhiên, không điều trị hoặc lúc trẻ có điều trị thì đến tuổi đó cũng bỏ dở.

Dùng thuốc hạ áp, bên cạnh việc làm giảm nhẹ nguy cơ tương đối do CHA gây ra, có sự quan ngại liên quan đến sự kết hợp ngược về mặt dịch tễ học của tử vong do mọi nguyên nhân với người già vả rất già và hiệu quả độ an toàn. Lại có suy đoán cho rằng: sự suy giảm chức năng tim, suy giảm chức năng thận, hạ HA tư thế

đứng, suy giảm nhận thức, các tác dụng phụ, tương tác khi dùng nhiều loại thuốc… sẽ làm triệt tiêu lợi ích của việc dùng thuốc hạ HA ở đối tượng này. Hơn nữa không ít thầy thuốc còn cho rằng: với đối tượng này, trong trường hợp động mạch vành, các động mạch não hẹp vĩnh viễn thì CHA là một “cơ chế bù trừ” quan trọng, không nên can thiệp vào. Những điều này làm cho chính thầy thuốc cũng quan ngại khi dùng thuốc cho người cao HA cho đối tượng này.

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu (HYVES, SHEP, ETSH, SHCT) đều kết luận việc dùng thuốc hạ áp ở người ≥ 80 tuổi đều giảm các tỉ lệ tai biến mạch máu não gây tử vong hoặc không tử vong (khoảng 30%), giảm chết vì tai biến mạch máu não (khoảng 39%), giảm chết do mọi nguyên nhân (khoảng 21%), giảm chết về tim mạch (khoảng 23%) giảm chết vì suy tim (khoảng 64%) so với nhóm chỉ dùng giả dược. Một tổng phân tích 8 nghiên cứu về chế độ trị liệu dùng nhiều thuốc ở người ≥ 60 tuổi có HA tâm thu 160mmHg HA tâm trương < 95mmHg cho thấy liệu pháp dùng thuốc hạ HA trong khoảng 3,8 năm… làm giảm tử vong toàn bộ 13%, giảm tử vong do mạch vành 18%, giảm tất cả các biến chứng tim mạch 26%, giảm tai biến mạch máu não 30%, giảm bệnh mạch vành 25%.

Nói tóm lại, tất cả các nghiên cứu đều có kết luận thống nhất: điều trị CHA cho người cao tuổi (≥ 60), cho người già (trên 75), rất già (≥

1. là có lợi, làm giảm các nguy cơ giảm tử vong tim mạch, tăng tuổi thọ; vẫn cần dùng thuốc chữa cao HA không nên tự ý bỏ dùng, tuy nhiên với người rất già (80 tuổi) thầy thuốc sẽ có các cân nhắc thích hợp, thận trọng để tránh các rủi ro.

**DS. CKII. BÙI VĂN UY**

***Theo suckhoedoisong.vn***

**MỘT SỐ KHÁI NIỆM LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC**

***Bộ Y tế***

***Tài liệu tập huấn sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị***

**1. Sử dụng thuốc hợp lý**

Sử dụng thuốc hợp lý đòi hỏi người bệnh phải nhận được thuốc thích hợp với đòi hỏi lâm sàng và ở liều lượng đáp ứng được yêu cầu cá nhân người bệnh, trong một khoảng thời gian thích hợp và với chi phí ít gây tốn kém nhất cho người bệnh và cho cộng đồng (WHO 1998).

**2. Một số chữ viết tắt**

**OTC (Over The Counter):** Thuốc không cầnkê đơn



**Ký hiệu  hoặc PX: Thuốc kê đơn**

1. **(Defined Daily Dose**): Liều dùng một

ngày.

1. là liều tổng cộng trung bình thuốc dùng cho 01 ngày của 01 nhóm thuốc cho 01 chỉ định chính ở người.

***Ý nghĩa của DDD:***

* DDD có tác dụng theo dõi, giám sát, đánh giá thô tình hình tiêu thụ và sử dụng thuốc, không phải là bức tranh thực về dùng thuốc.
* DDD giúp so sánh, sử dụng thuốc không bị phụ thuộc vào giá cả và cách pha chế thuốc.
* Giá trị của DDD quan trọng trong đánh giá các vụ kiện về kê đơn.

***Đơn vị DDD:***

* Với chế phẩm đơn, DDD tính theo g, mg, μg, mmol, U (đơn vị), TU (nghìn đơn vị), MU (triệu đơn vị).
* Với chế phẩm hỗn hợp, DDD tính theo UD (unit dose): 1 UD là 1 viên, 1 đạn, 1g bột uống, 1g bột tiêm, 5ml chế phẩm uống, 1ml chế phẩm tiêm, 1ml dung dịch hậu môn, 1 bốc thụt, 1 miếng cấy dưới da, 1 liều kem âm đạo, 1 liều đơn bột.
* Một số thuốc không dùng DDD để theo dõi như: dịch truyền, vaccine, thuốc chống ung thư, thuốc chống dị ứng, thuốc tê, mê, cản quang, mỡ ngoài da.

**3. Mã ATC**

Từ năm 1981 Tổ chức y tế thế giới đã xây dựng hệ thống phân loại thuốc theo hệ thống Giải phẫu - Điều trị - Hoá học, gọi tắt là hệ thống phân loại theo mã ATC (**A**natomical - **T**herapeutic - **C**hemical Code) cho những thuốcđã được Tổ chức Y tế thế giới công nhận và khuyến khích các nước trên thế giới cùng sử dụng.

Trong hệ thống phân loại theo mã ATC, thuốc được phân loại theo các nhóm khác nhau dựa trên các đặc trưng: Tổ chức cơ thể hoặc hệ thống cơ quan trong đó thuốc có tác dụng, đặc tính điều trị của thuốc và nhóm công thức hoá học của thuốc.

Cấu trúc của hệ thống phân loại ATC thuốc chia thành nhiều nhóm tuỳ theo:

* Các bộ phận cơ thể mà thuốc tác động
* Tác dụng đồng trị của thuốc
* Các đặc trưng hoá học của thuốc.

Mã ATC là một mã số đặt cho từng loại thuốc, được cấu tạo bởi 5 nhóm ký hiệu:

* ***Nhóm ký hiệu đầu tiên chỉ nhóm giải phẫu, ký hiệu bằng 1 chữ cái*** chỉcơquan trong cơthểmà thuốc sẽ tác dụng tới, vì vậy gọi là mã giải phẫu. Có 14 nhóm ký hiệu giải phẫu được được ký hiệu bằng 14 chữ cái tiếng Anh.
* ***Mã phân loại thuốc theo nhóm giải phẫu (chữ cái đầu tiên, bậc 1) của hệ ATC:***
1. (Alimentary tract and metabolism): Đường tiêu hoá và chuyển hoá
2. (Blood and blood-forming organs): Máu và cơ quan tạo máu
3. (Cardiovascular system): Hệ tim mạch
4. (Dermatologicals): Da liễu

G. (Genito urinary system and sex hormones):

Hệ sinh dục, tiết niệu và hocmon sinh dục.

H. (Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones): Các chế phẩm hocmon tác dụng toàn thân ngoại trừ hocmon sinh dục.

J. (General anti - infectives for systemic use):

Kháng khuẩn tác dụng toàn thân

1. (Anti-neoplastic and immunomodulating agents): Thuốc chống ung thư và tác nhân điều hoà miễn dịch.
2. (Musculo – skeletal system): Hệ cơ xương
3. (Nervous system): Hệ thần kinh

P. (Anti - parasitic products, insecticides and repellents): Thuốc chống ký sinh trùng, côn trùng và ghẻ

R. (Respiratory system): Hệ hô hấp

S. (Sensory organs): Các giác quan

V. (Various): Các thuốc khác

* ***Nhóm ký hiệu thứ hai chỉ nhóm đồng trị chủ yếu, ký hiệu bằng 2 số.*** Là một nhóm hai chữsố bắt đầu từ số 01 nhằm để chỉ chi tiết hơn về giải phẫu và định hướng một phần về điều trị. Ví dụ: trong nhóm các thuốc tác động trên hệ thần kinh (N) thì N01 là các thuốc tê mê, N02 là các thuốc giảm đau, hạ nhiệt; N03 là các thuốc chữa động kinh.
* ***Nhóm ký hiệu thứ ba chỉ nhóm đồng trị cụ thể hơn, ký hiệu bằng 1 chữ cái,*** bắtđầu bằngchữ A, phân nhóm tác dụng điều trị/dược lý của thuốc.

Ví dụ: trong nhóm N01 thì N01A là thuốc gây mê toàn thân, N01B là thuốc gây tê tại chỗ, N02A là các thuốc nhóm opioid, N02B là thuốc thuộc nhóm giảm đau hạ nhiệt, không thuộc nhóm thuốc phiện.

* ***Nhóm ký hiệu thứ tư chỉ nhóm hoá học và điều trị ký hiệu bằng 1 chữ cái.*** Là một chữcáibắt đầu từ A, phân nhóm tác dụng điều trị/dược lý/hoá học của thuốc. Ví dụ: Trong N01A là thuốc gây mê toàn thân, có N01AA là các thuốc gây mê toàn thân thuộc nhóm ether, N01AB là các thuốc gây mê toàn thân thuộc nhóm Halogen.
* ***Nhóm ký hiệu thứ năm chỉ nhóm hoá học của thuốc ký hiệu bằng 2 số.*** Là nhóm gồm haichữ số bắt đầu từ 01, nhằm chỉ tên thuốc cụ thể.

***Ví dụ:***

Mã số ATC của paracetamol N 02 B E 01, trong đó:

N là thuốc tác động lên hệ thần kinh;

02 là thuốc thuộc nhóm giảm đau hạ nhiệt;

1. là thuốc thuộc nhóm giảm đau hạ nhiệt, không thuộc nhóm thuốc phiện;
2. là thuốc thuộc nhóm có công thức hoá học nhóm Anilid;

01 là thuốc có tên paracetamol.

Mã số của một thuốc mang tính định hướng về tính điều trị của thuốc.

Mã ATC giúp cho các cho cán bộ y tế hiểu một cách khái quát thuốc tác động vào hệ thống cơ quan nào trong cơ thể, tác dụng điều trị và nhóm công thức hoá học của thuốc để định hướng việc sử dụng thuốc trong điều trị đảm bảo hiệu lực của thuốc và tránh nhầm lẫn.

**4. ICD - 10**

Phân loại bệnh tật lần thứ 10 (ICD - 10**)** của Tổ chức Y tế thế giới ban hành năm 1994 gồm 21 chương. Phân loại theo chương bệnh, nhóm bệnh, bệnh và chi tiết với bộ mã 4 ký tự.

**5. Sinh học lâm sàng**

Đây không phải là thuật ngữ mới và việc giảng dạy đã được hệ thống hoá. Ngược lại, dược lâm

sàng ít được biết tới. Dược lâm sàng được dịch từ “clinical pharmacy” từ tiếng Anglo Saxon.

**6. Dược lâm sàng**

Dược lâm sàng liên quan tới kiến thức về sử dụng thuốc ở người:

* Định nghĩa về các bệnh điều trị với sự mô tả khái quát những dấu hiệu chính của lâm sàng - sinh học.
* Số phận của thuốc trong cơ thể (các yếu tố của dược động học và sinh khả dụng áp dụng cho sự hợp lý hoá phương thức cho thuốc thông dụng và liều lượng thuốc).
* Sự thay đổi liều lượng trong những tình trạng bệnh lý chính (trường hợp người có tuổi, mang thai, suy thận, suy gan...), theo cách điều trị và những tác dụng độc hại, chống chỉ định chính, những tác dụng phụ chủ yếu.
* Các phối hợp có thể, các phối hợp cần tránh dùng (tương tác thuốc với thuốc).
* Những quy tắc về vệ sinh ăn uống kèm theo (tương tác thuốc với thức ăn đồ uống).

**7. Dược lý lâm sàng *Điều trị mang tính cá thể.***

* Tỷ lệ rủi ro - hữu ích của từng bệnh nhân cụ thể (riêng biệt).
* Hiểu biết về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.
* Hiệu lực trung bình từ thử nghiệm lâm sàng được đối chiếu với từng cá thể.
* Hiệu lực cá thể tăng lên hoặc giảm xuống.
* Phản ứng có hại (ADR) được quan sát trong thử nghiệm lâm sàng đối chiếu với từng cá thể
* Những đặc điểm chuyên biệt của bệnh nhân có thể thay đổi khả năng phản ứng có hại do thuốc.
* Những nhóm bệnh nhân tương đối nhỏ được nghiên cứu trong thử nghiệm lâm sàng.
* Khả năng quan sát được hiện tượng phản ứng có hại do thuốc tương đối hiếm, gặp là rất thấp.

***Hai thành phần của dược lý lâm sàng:***

* *Dược động học (Pharmacokinetics):* Mốiquan hệ giữa liều lượng với nồng độ thuốc trong huyết tương, liên quan với việc hấp thu, phân bố, chuyển hoá, thải trừ thuốc.
* *Dược lực học (Pharmacodynamics):* Mốiquan hệ giữa liều lượng với các hậu quả lâm sàng có thể quan sát được.

Vậy muốn lựa chọn thuốc hợp lý cho người bệnh cần phải có kiến thức về dược lâm sàng và dược lý lâm sàng; cần sự cộng tác làm việc của cả bác sĩ và dược sĩ.

**Bộ Y tế**

***Tài liệu tập huấn sử dụng thuốc hợp lý trong điều trị***

6

**GIÁO DỤC SỨC KHỎE**

**SAI SÓT TRONG SỬ DỤNG THUỐC: NHỮNG CÁCH ĐỂ LOẠI BỎ NGUY CƠ**

***Thạc sĩ Quách Ngọc Huệ***

***Những sai sót sử dụng thuốc là có thể phòng ngừa. Cách bảo vệ bản thân tốt nhất là bạn nên đặt câu hỏi và có được những thông tin về các loại thuốc mà bạn sử dụng. Những sai sót trong sử dụng thuốc nghe có vẻ như vô hại, nhưng thật sự, những sai lầm trong việc kê đơn thuốc, phân phát và sử dụng thuốc gây tổn thương hàng trăm ngàn người mỗi năm tại Hoa Kỳ. Tuy nhiên, hầu hết các sai sót về thuốc có thể được ngăn chặn. Làm thế nào bạn có thể bảo vệ bản thân và gia đình của bạn?***

******

Một trong những cách tốt nhất để làm giảm nguy cơ bị tổn hại bởi những sai sót trong sử dụng thuốc là bạn nên đóng một vai trò tích cực trong việc chăm sóc sức khỏe của chính bản thân bạn. Tìm hiểu về các loại thuốc mà bạn sử dụng - bao gồm cả những tác dụng phụ có thể xảy ra. Đừng bao giờ ngần ngại trong việc đưa ra câu hỏi hoặc chia sẻ mối quan tâm của mình với bác sĩ, dược sĩ và các nhân viên y tế khác.



**Vậy những sai sót sử dụng thuốc là gì?**

Những sai sót sử dụng thuốc là những sự cố có thể phòng ngừa được dẫn đến thuốc được sử dụng không thích hợp. Những sai sót sử dụng thuốc gây hại được gọi là những tác dụng có hại của thuốc.



thuốc không cần ghi toa) có chứa acetaminophen (Tylenol, những loại khác) khi bạn đã uống rồi một toa thuốc giảm đau có chứa acetaminophen, có thể vượt quá liều acetaminophen được khuyến cáo và đặt chính bạn vào nguy cơ tổn thương gan.

Một ví dụ khác của một sai sót có thể xảy ra là đang dùng thuốc có nhãn hiệu Zyban và Wellbutrin cùng một lúc. Cả hai có chứa thuốc bupropion, nhưng mỗi loại thuốc được dùng để điều trị hai tình trạng riêng biệt.

Zyban được sử dụng để ngưng hút thuốc và Wellbutrin được sử dụng để điều trị trầm cảm. Nếu bạn đang dùng Wellbutrin cho trầm cảm, sau đó quyết định bỏ hút thuốc, bạn có thể được kê toa cả 2 loại thuốc trên do nhầm lẫn. Cùng uống cả hai loại trên có thể dẫn đến quá liều bupropion.

**Những sai sót về thuốc xảy ra thế nào?**

Những sai sót về thuốc có thể xảy ra bất cứ ở đâu, bao gồm tại nhà bạn và phòng khám của bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và cả những nơi sinh hoạt cao cấp. Hiểu biết những vấn đề trên có thể giúp bạn sử dụng thuốc an toàn. Các nguyên nhân phổ biến nhất của những sai sót sử dụng thuốc là:

* Giao tiếp kém giữa các nhân viên y tế.
* Giao tiếp kém giữa nhân viên y tế và bệnh nhân
* Tên thuốc đọc giống nhau và các chữ viết tắt.



Kiến thức là sự phòng thủ tốt nhất của bạn. Nếu bạn không hiểu những điều bác sĩ nói, hãy yêu cầu sự giải thích. Bất cứ khi nào bạn bắt đầu sử dụng một loại thuốc mới, cần chắc rằng bạn biết câu trả lời cho những câu hỏi sau:

* Tên gốc hoặc tên biệt dược của thuốc là gì?
* Nó được dùng để hổ trợ gì? Trong bao lâu sẽ thấy những kết quả?
* Liều thuốc là bao nhiêu? nên uống trong bao lâu?
* Có bất kỳ loại thực phẩm, đồ uống, các thuốc khác hoặc các hoạt động cần phải tránh trong lúc dùng thuốc này?
* Những tác dụng phụ có thể có? Cách xử trí nếu các tác dụng phụ xảy ra?
* Nên làm gì nếu quên một liều thuốc?
* Nên làm gì nếu vô tình uống nhiều hơn liều đã được khuyến cáo?
* Thuốc mới này sẽ gây trở ngại với các thuốc khác hay không và như thế nào?

**Thực hành về “sự tương thích trong sử dụng thuốc”**

****

Một ví dụ của một sai sót về thuốc là đang uống những sản phẩm OTC (over-the-counter:

**Giao tiếp là then chốt để ngăn ngừa những sai sót sử dụng thuốc**

Việc đặt câu hỏi là cần thiết, nhưng vẫn chưa đủ. Bằng sự hợp tác với bác sĩ thông qua một quá trình được hiểu là “sự tương thích trong sử dụng thuốc”, bạn có thể giảm đáng kể nguy cơ những sai sót trong sử dụng thuốc.

“Sự tương thích trong sử dụng thuốc là quá trình so sánh đơn thuốc hiện tại của bạn với tất cả các loại thuốc bạn đang uống. Quá trình này được thực hiện để tránh những sai sót trong sử dụng thuốc như bỏ sót, trùng lặp, sai liều hoặc tương tác thuốc.

Kiểm tra sự tương thích trong sử dụng thuốc nên được thực hiện mỗi khi chuyển đổi quá trình chăm sóc với y lệnh mới hoặc viết lại các y lệnh cũ. Chuyển đổi quá trình chăm sóc bao gồm những thay đổi trong phần thiết lập chế độ chăm sóc, thay đổi dịch vụ chăm sóc, thay đổi bác sĩ hoặc mức độ chăm sóc.

Chia sẻ thông tin mới nhất của bạn với nhân viên y tế để cung cấp hình ảnh rõ ràng nhất về tình trạng của bạn và giúp tránh những sai lầm về thuốc.

Dưới đây là những gì bạn cần phải nói với bác sĩ của bạn:



* Tên của tất cả các loại thuốc bạn đang dùng, bao gồm tất cả các loại thuốc theo toa, thảo dược, vitamin, thực phẩm bổ sung, những loại thuốc không ghi toa, vắc xin và bất cứ điều gì đưa vào tĩnh mạch, bao gồm sinh phẩm để chẩn đoán và thuốc cản quang, thuốc phóng xạ, thực phẩm dinh dưỡng nuôi ăn qua sonde và sản phẩm của máu.
* Bất kỳ các loại thuốc nào mà bạn bị dị ứng hay đã gây ra những vấn đề cho bạn trong quá khứ
* Liệu bạn có bất kỳ vấn đề sức khỏe nghiêm trọng hoặc mãn tính
* Liệu bạn có thể có thai hoặc bạn đang cố gắng để mang thai

**Tránh những lỗi lầm này**

Các sai sót sử dụng thuốc sau đây đã xảy ra với con người thực sự. Đừng mắc những sai lầm tương tự này:

* **Sự bối rối về thuốc nhỏ tai và thuốc nhỏ mắt.** Luôn kiểm tra nhãnthuốc hai lần.



* **Nhai những thuốc không dùng để nhai**. Đừng cho rằng nhai một viênthuốc là tốt như nuốt nó. Một số thuốc không nên nhai, cắt hoặc nghiền nát. Làm như vậy có thể thay đổi cách thuốc được hấp thụ vào cơ thể.
* **Cắt thuốc.** Không bao giờ chia nhỏnhững viên thuốc trừ khi bác sĩ hoặc dược sĩ của bạn đã nói với bạn làm như vậy là an toàn. Một số thuốc không nên cắt vì thuốc được bao

phủ để có tác dụng kéo dài hoặc để

|  |  |
| --- | --- |
| bảo vệ dạ dày. |  |
|  |



* **Sử dụng sai muỗng.** Những cáimuỗng bộ đồ ăn của bạn không là những cái muỗng đo lường. Để có được một liều chính xác, sử dụng một ống tiêm uống (có sẵn tại các hiệu thuốc) hoặc cái ly liều lượng đi kèm với thuốc.



**Hãy tạo một thói quen an toàn**

* Hãy tham gia vào thói quen sử dụng thuốc an toàn với những lời khuyên dùng thuốc này:
* Giữ một danh sách thuốc mới nhất của tất cả các loại thuốc, bao gồm các sản phẩm không kê toa và thảo dược.
* Cất giữ thuốc trong các hộp chứa có dán nhãn gốc của thuốc.
* Giữ gìn thuốc có trật tự bằng cách dùng một hộp đựng thuốc hoặc một dụng cụ phân phối thuốc tự động.



* Lưu lại các tờ thông tin đi kèm với thuốc của bạn.
* Nếu có thể thì dùng 1 nhà thuốc, cho tất cả các toa thuốc của bạn.
* Khi bạn nhận một toa thuốc, kiểm tra xem nó là một trong những loại thuốc bác sĩ đã cho bạn.
* Không cho toa thuốc của mình cho người khác và không dùng toa thuốc của một người nào khác.

**Một lời cuối cùng trong những sai sót về thuốc**

"Không hỏi, không nói" không bao giờ là một xử sự thông minh khi nói đến thuốc và sức khỏe của bạn. Đừng ngần ngại đặt câu hỏi hoặc nói với các nhân viên y tế nếu bất cứ điều gì có vẻ không thích hợp. Hãy nhớ rằng, bạn là tuyến cuối cùng của sự phòng thủ chống lại các sai lầm về thuốc.

Nếu bạn có những vấn đề với một loại thuốc, hãy trò chuyện với bác sĩ hoặc dược sĩ về việc liệu nên báo cáo các tác dụng có hại của thuốc cho nhà quản lý - nó có thể giúp giảm người khác khỏi bị tổn hại bởi những sai sót về thuốc.

**Ths Quách Ngọc Huệ**

**Theo Mayo Clinic**

**Một số lưu ý đối với thuốc viên có dạng bào chế đặc biệt**

**và một số thuốc có thời điểm dùng đặc biệt**

1. **THUỐC VIÊN CÓ DẠNG BÀO CHẾ ĐẶC BIỆT**

Nguyên tắc chung là **uống nguyên viên, không bẻ thuốc, không nhai nghiền**. Sử dụng đúng hướng dẫn

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stt | Tên | Nhóm | Dạng Bào Chế | Lưu Ý |
| 1 | ATP | Tim mạch | Viên bao tan ruột | Uống trước ăn 30 phut |
| 2 | Aspilet EC | Tim mạch | Viên bao tan ruột | Uống trước ăn 30 phut |
| 3 | Diamicron MR 30mg | Tiểu đường | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 1 lần trong ngày |
| 4 | Diamicron MR 60mg | Tiểu đường | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 1 lần trong ngày |
| 5 | Dorocodon | Hô hấp | Viên bao đường | Lưu ý ở BN tiểu đường |
| 6 | Felodil ER | Huyết áp | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 1 lần trong ngày |
| 7 | Fudcime | Kháng sinh | Viên nén phân tán | Pha một thìa nước cho thuốc rã ra rồi uống. |
| 8 | Ingaron 200 | Kháng sinh | Viên nén phân tán | Pha một thìa nước cho thuốc rã ra rồi uống. |
| 9 | Limzer | Tiêu hóa | Viên bao tan ở ruột | Uống trước bữa ăn 30 (giúp chống nôn sau ăn) |
| 10 | Nifedipin hasan 20 Retard | Huyết áp | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 2 lần trong ngày |
| 11 | Nitromint 2,6mg | Tim mạch | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 2 lần trong ngày |
| 12 | Rezoclav 562,5mg | Kháng sinh | Viên nén phân tán | Pha một thìa nước cho thuốc rã ra rồi uống. |
| 13 | Savi Trimetazidin 35mg MR | Tim mạch | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 2 lần trong ngày (nếu viên nén thường cần dùng 3 lần/ ngày) |
| 14 | Sustonit 6,5mg | Tim mạch | Viên tác dụng kéo dài | Dùng 2 lần trong ngày |

**2. THUỐC CẦN LƯU Ý THỜI ĐIỂM DÙNG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thuốc** | **Thời điểm dùng** | **Giải thích** |
| 1 | Biosubtyl, Normagut (men vi sinh) | Uống xa kháng sinh đường uống tối thiểu 2 giờ  | Kháng sinh đường uống sẽ tiêu diệt trực tiếp men vi sinh vật 🡪 mất tác dụng của men vi sinh vật |
| 2 | Sucrahasan, Gastrolium, Gelactive, Grangel (các gel, muối trung hòa và bao bọc niêm mạc dạ dày) | Uống cách xa các thuốc khác tối thiểu 2 giờ (do đó cần uống trước ăn 30 phút hoặc sau ăn 2 giờ) | Các thuốc như Sucrahasan, Gastrodic tạo một lớp niêm mạc tại dạ dày, làm giảm hấp thu các thuốc khác 🡪 giảm nồng độ thuốc trong máu🡪giảm tác dụng của các thuốc khác |
| 3 | Các loại vitamin  | Nên uống sau ăn | Vitamin C nên uống sau ăn để giảm kích ứng, và tránh uống tối do vitamin C lắng đọng dễ gây sỏi thận.Các vitamin khác nên uống sau ăn vì thức ăn sẽ làm tăng hấp thu nhiều loại vitamin |
| 4 | Sắt và calci và magie(Cetefo fermax và Mumcal và Usamasium) | Uống cách xa nhau tối thiểu 2 giờ 🡪 uống khác buổi | Uống kèm sẽ tạo phức làm giảm hấp thu |
| 5 | Nhóm Nsaids Giảm đau, chống viêm hạ sốt (Mezafen, Pimoint) và nhóm Corticoid (Menison) | Uống ngay sau ăn no | Giảm nguy cơ kích ứng dạ dày tại chỗ, vì Nsaids hay Corticoid dễ gây tác dụng phụ là viêm loét dạ dàyCorticoid thường dùng một lần buổi sáng |
| 6 | Merislon (betahistin) | Uống ngay sau ăn no | Merislon tác dụng giống histamin có thể gây viêm dạ dày |
| 7 | Glucobay (acarbose) | Uống ngay đầu bữa ăn | Acarbose tác dụng theo cơ chế làm giảm hấp thu glucose tại ruột trong bữa ăn, do đó cần uống đầu bữa ăn |
| 8 | Nhóm hạ đường huyết Sunfonylurea (có chứa thành phần gliclazid, glibenclamid, glimepirid như: Diamicron, Dianorm-M, Metovance…) | Luôn phải ăn hoặc ăn nhẹ sau khi uống thuốc | Nhóm thuốc sunfonylurea có gây tụt đường huyết, do đó luôn phải uống kèm bữa ăn, tuyệt đối không uống thuốc + bỏ bữa |
| 9 | Nhóm statin hạ lipid máu (Rostor, Hypravas) | Uống buổi tối | Phù hợp về sinh lý |

**Ds Đậu Minh Lực**