



BỆNH VIỆN ĐA KHOA DIỄN CHÂU

Khoa Dược – Tổ Dược lâm sàng & Thông tin thuốc

BẢN TIN

Số 1

2025

THÔNG TIN THUỐC

Lưu hành nội bộ



MỤC LỤC

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC 1
DƯỢC

QUẢN LÝ RỦI RO VÀ 5
TƯƠNG TÁC THUỐC –
THỰC PHẨM CHỨC NĂNG
TRONG LÂM SÀNG

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM 8
BÀNG QUANG CẤP

TỔNG KẾT CÔNG TÁC 11
BÁO CÁO ADR NĂM 2024

Biên soạn nội dung:

Ds. Nguyễn Mai Sương

Ds. Nguyễn Thị Thuỷ Tiên

Hiệu đính:

Ths. Ds. Đặng Thị Thu Huyền



ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC**Cập nhật cảnh báo đặc biệt về tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh khi sử dụng Montelukast: Thông tin từ TGA**

Ngày 16/01/2025, TGA thông báo bổ sung Cảnh báo đặc biệt kèm theo hướng dẫn xử trí biến cố trên tâm thần kinh cho bác sĩ kê đơn và bệnh nhân khi sử dụng montelukast. Các thông tin an toàn này nhằm nhấn mạnh thêm cho cảnh báo hiện có về biến cố nghiêm trọng trên tâm thần kinh (bao gồm cả thay đổi hành vi, trầm cảm và có ý định tự sát) khi sử dụng thuốc này.

Từ tháng 07/2018, TGA đã tiến hành đánh giá mối liên quan giữa việc sử dụng montelukast và biến cố bất lợi trên tâm thần kinh, rà soát dữ liệu y văn, tham vấn ý kiến từ các Cơ quan Quản lý (CQQL) trên thế giới và xin tư vấn chuyên môn của Ủy ban Tư vấn về thuốc của Úc (ACM). Đến năm 2024, độ an toàn của montelukast tiếp tục được đánh giá lại, sau khi các CQQL Dược phẩm trên thế giới tăng cường cảnh báo về nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh. Các chuyên gia của ACM đưa ra kết luận không phát sinh nguy cơ mới, đồng thời, bằng chứng về mối liên quan giữa biến cố tâm thần kinh và việc sử dụng montelukast hiện chưa chắc chắn.

Tính đến ngày 18/12/2024, Cơ sở dữ liệu Cảnh giác Dược của Úc ghi nhận 356 báo cáo biến cố rối loạn tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Các triệu chứng được ghi nhận phổ biến nhất bao gồm hưng hăng (100 báo cáo), lo âu (87 báo cáo), có ý định tự sát (72 báo cáo), trầm cảm (71 báo cáo), mất ngủ (52 báo cáo) và gặp ác mộng (50 báo cáo). Trong 91 báo cáo đề cập đến hành vi tự sát, có 10 báo cáo có hậu quả tử vong. Từ đó, ACM khuyến cáo, từ tháng 01/2025, thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast cần cập nhật thêm Cảnh báo đặc biệt để tương đồng với các CQQL dược phẩm khác trên thế giới.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Nhân viên y tế cần được cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Biến cố này đã được ghi nhận trên mọi độ tuổi, thường ở mức độ nhẹ và có thể xảy ra ở bất kỳ bệnh nhân nào. Tuy nhiên, triệu chứng có thể trầm trọng hơn nếu tiếp tục sử dụng thuốc sau khi xảy ra biến cố. Một số trường hợp hiếm gặp ghi nhận bệnh nhân tử vong sau khi có ý định tự sát.
- Nhân viên y tế cần theo dõi sát triệu chứng tâm thần kinh của bệnh nhân và ngừng sử dụng montelukast trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện triệu chứng tâm thần kinh mới hoặc trầm trọng hơn.
- Khuyến khích bệnh nhân và người chăm sóc theo dõi các biến cố tâm thần kinh và đi khám ngay nếu xuất hiện triệu chứng này. Trong nhiều trường hợp, triệu chứng thuyên giảm khi ngừng sử dụng thuốc; tuy nhiên một số trường hợp ghi nhận triệu chứng vẫn còn dai dẳng sau khi ngừng thuốc. Với những trường hợp đó, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Bác sĩ kê đơn cần thận

trọng đánh giá lợi ích và nguy cơ của việc tiếp tục sử dụng montelukast ở bệnh nhân đã từng gặp biến cố trên tâm thần kinh khi dùng thuốc.

Các khuyến cáo mới về chỉ định của kháng sinh Azithromycin tại Châu Âu: Thông tin từ EMA

Ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHMP) thuộc EMA đã đưa ra một số khuyến cáo mới về việc sử dụng kháng sinh azithromycin ở Châu Âu. Cụ thể, CHMP đề xuất hạn chế một số chỉ định của azithromycin, nhằm tối ưu việc sử dụng kháng sinh này và giảm thiểu gia tăng đề kháng azithromycin.

Hiện nay, azithromycin đang được sử dụng rất phổ biến trong điều trị và thuộc Danh mục thuốc Thiết yếu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Azithromycin thuộc top 5 kháng sinh được kê đơn nhiều nhất ở 5 quốc gia Châu Âu (Pháp, Vương quốc Anh, Đức, Tây Ban Nha và Hà Lan) giai đoạn 2012 đến 2021. Đồng thời, dữ liệu từ các Cơ sở dữ liệu ATLAS và SENTRY tại cùng thời điểm cũng ghi nhận được sự gia tăng đề kháng azithromycin trên toàn cầu. Sự gia tăng này có mối liên quan với các chỉ định của azithromycin được phê duyệt tại Châu Âu.

Do đó, với mục đích tăng cường sử dụng thuốc hợp lý và đảm bảo hiệu quả điều trị của các kháng sinh macrolid, CHMP đã tiến hành đánh giá lại lợi ích và nguy cơ của azithromycin (bao gồm cả dạng đường uống và đường truyền tĩnh mạch). Toàn bộ dữ liệu sẵn có đều được đưa vào đánh giá, bao gồm kết quả từ các nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ kháng thuốc của các tác nhân gây bệnh liên quan đến các chỉ định đã được phê duyệt tại Châu Âu, đánh giá nguy cơ kháng thuốc trong quá trình điều trị, các khuyến nghị trong hướng dẫn điều trị của các quốc gia và của toàn Châu Âu (EU).

Cập nhật khuyến cáo mới về chỉ định

Dựa trên đánh giá toàn diện này, CHMP khuyến nghị cập nhật phần lớn các chỉ định của azithromycin đường uống và đường truyền tĩnh mạch. Cùng với đó, các cập nhật này cũng được điều chỉnh phù hợp nhất dựa trên các khuyến nghị về liều lượng và chống chỉ định, tương tác, sử dụng trong thai kỳ, tác dụng không mong muốn và dữ liệu từ các nghiên cứu lâm sàng đối với tất cả các chế phẩm azithromycin đang lưu hành. Cụ thể, các chỉ định quan trọng được rà soát và cập nhật như sau:

- Nhiễm khuẩn hô hấp trên và dưới (nhiễm trùng mũi, họng, khí quản và phổi): viêm xoang cấp tính do vi khuẩn, viêm amidan và viêm họng cấp do liên cầu khuẩn, đợt cấp của viêm phế quản mãn tính và viêm phổi mắc phải trong cộng đồng;
- Các bệnh lây qua đường tình dục: viêm niệu đạo và viêm cổ tử cung do Chlamydia trachomatis hoặc Neisseria gonorrhoeae;
- Nhiễm khuẩn phụ khoa: viêm vùng chậu;
- Nhiễm khuẩn răng: áp xe nha chu và viêm nha chu.
- Điều trị và dự phòng các loại nhiễm khuẩn phức tạp gây bởi Mycobacterium avium trên bệnh nhân nhiễm HIV-1.

Ngoài ra, CHMP khuyến cáo không sử dụng azithromycin đường uống trong các trường hợp sau:

- Mụn trứng cá mức độ trung bình, nguyên nhân do tắc nghẽn lỗ chân lông bởi dầu thừa và tế bào chết;

- Diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* gây nhiễm khuẩn dạ dày dẫn đến tình trạng viêm và loét dạ dày mạn tính;
- Dự phòng cơn hen cấp có/không kèm tăng bạch cầu ái toan.

CHMP cũng yêu cầu nhấn mạnh về nguy cơ kháng kháng sinh trong thông tin sản phẩm. Theo đó, azithromycin có thể thúc đẩy tình trạng kháng thuốc do nồng độ thuốc trong huyết thanh và mô vẫn duy trì ở mức thấp trong một khoảng thời gian dài sau khi đã ngừng thuốc. Cảnh báo mới này nhấn mạnh azithromycin chỉ nên sử dụng khi đã cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, dịch tễ kháng thuốc tại cơ sở và trong trường hợp phác đồ điều trị đầu tay không phù hợp.

Nguy cơ tiềm ẩn trên thai nhi khi sử dụng fluconazol: Thông tin từ bản tin WHO số 01/2025

Fluconazol là thuốc kháng nấm có tác dụng ức chế mạnh và đặc hiệu quá trình tổng hợp sterol của màng tế bào nấm, được chỉ định trong điều trị và dự phòng nhiễm nấm.

Dựa trên dữ liệu hiện có về các biến cố bất lợi trong thai kỳ, Ủy ban Đánh giá Nguy cơ Cảnh giác Dược của EMA (PRAC) đã khuyến cáo những biện pháp giảm thiểu nguy cơ khi sử dụng fluconazol cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản như sau:

- **Trước khi bắt đầu điều trị:** Cảnh báo bệnh nhân về các nguy cơ tiềm ẩn đối với thai nhi.
- **Sau khi điều trị đơn liều fluconazol:** Lưu ý bệnh nhân cần khoảng ít nhất một tuần để thuốc thải trừ trước khi mang thai.
- **Khi điều trị kéo dài với fluconazol:** Khuyến cáo sử dụng biện pháp tránh thai phù hợp trong suốt quá trình điều trị và một tuần sau liều thuốc cuối cùng.

Theo đó, Cơ quan Quản lý Sản phẩm Y tế Ireland (HPRA) đã cập nhật cảnh báo về nguy cơ tiềm ẩn đối với thai nhi (bao gồm: sảy thai, dị tật tim bẩm sinh và các dị tật bẩm sinh khác) trên các thông tin sản phẩm của fluconazol. Đồng thời, khuyến cáo một số biện pháp quản lý nguy cơ khi sử dụng fluconazol cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

Hậu quả khi sử dụng quá liều metformin: Thông tin từ bản tin BIP OCCITANIE

Metformin là thuốc đầu tay trong điều trị đái tháo đường type 2, được đánh giá có tính an toàn cao khi sử dụng theo đúng khuyến cáo. Tuy nhiên, trong một số tình huống lâm sàng, đặc biệt là suy thận cấp, thuốc có thể dẫn đến biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng là nhiễm toan lactic do metformin (metformin-induced lactic acidosis). Metformin thải trừ chủ yếu qua thận, do đó trong trường hợp suy giảm chức năng thận hoặc sử dụng metformin quá liều, thuốc có thể gây ra nhiễm toan lactic thông qua cơ chế tích lũy thuốc trong huyết tương, ức chế chuỗi hô hấp ty thể (phức hợp I), và tăng chuyển hóa yếm khí, dẫn đến sự tích tụ lactat trong cơ thể.

Bản tin báo cáo một trường hợp quá liều metformin do bệnh nhân tái sử dụng thuốc quá sớm trong khi chưa đánh giá lại chức năng thận sau suy thận cấp. Giai đoạn đầu bao gồm tình trạng mất nước thứ phát do tiêu chảy và sốt do bệnh nhân ngộ độc thực phẩm. Sau khi tạm ngừng các thuốc điều trị mãn tính như metformin, thuốc ức chế men

chuyển (ACEI) và thuốc lợi tiểu thiazid, bệnh nhân đã tái sử dụng lại thuốc mà không kiểm tra lại chức năng thận, dẫn đến tình trạng suy thận cấp trở nên nghiêm trọng hơn. Bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như mệt mỏi, chán ăn, nôn mửa và lú lẫn, dẫn đến chuyển hóa mất bù và nhiễm toan lactic nặng.

Kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ metformin trong huyết tương đạt 30 mg/L, vượt xa giới hạn điều trị (<4 mg/L), xác định tình trạng quá liều và ngộ độc metformin.

Điều trị cho bệnh nhân bao gồm việc bù dịch tĩnh mạch để khắc phục tình trạng mất nước, hỗ trợ tưới máu thận và điều chỉnh tình trạng tăng kali máu. Trong trường hợp nhiễm toan hoặc tăng lactat nghiêm trọng, lọc máu là phương pháp điều trị ưu tiên để loại bỏ nhanh chóng metformin và lactat khỏi cơ thể. Trong trường hợp này, bệnh nhân đã được hồi sức tích cực và phục hồi sau một đợt ngừng tim phổi, mặc dù tình trạng của bệnh nhân yêu cầu phải chuyển đến khoa hồi sức tích cực để theo dõi và điều trị tiếp.

Trường hợp này nhấn mạnh rằng việc định lượng nồng độ metformin trong huyết tương là một công cụ quan trọng để xác định tình trạng quá liều, đặc biệt trong các trường hợp nghi ngờ, và cũng có thể hỗ trợ việc điều trị cho những bệnh nhân có dấu hiệu ngộ độc hoặc mất bù. Hơn nữa, cần phải ngừng sử dụng metformin khi có mất nước và đánh giá lại chức năng thận trước khi tiếp tục điều trị. Cần nâng cao nhận thức của bệnh nhân về các dấu hiệu cảnh báo và phương pháp phòng ngừa để tránh các biến chứng nghiêm trọng này.

QUẢN LÝ RỦI RO VÀ TƯƠNG TÁC THUỐC – THỰC PHẨM CHỨC NĂNG TRONG LÂM SÀNG

Trong môi trường chăm sóc sức khỏe hiện đại, việc bệnh nhân sử dụng đồng thời thuốc điều trị và các loại thực phẩm chức năng (TPCN), bao gồm cả thảo dược, là xu hướng phổ biến. Điều này đặt ra thách thức lớn về an toàn và hiệu quả điều trị đối với cán bộ y tế.

Căn cứ pháp lý và định nghĩa

Thuốc (Medicine/Drug): Là sản phẩm có tác dụng chẩn đoán, điều trị, giảm nhẹ, phòng ngừa bệnh hoặc điều chỉnh chức năng sinh lý. Thuốc được quản lý theo quy trình nghiêm ngặt, bao gồm thử nghiệm lâm sàng để chứng minh hiệu quả và an toàn ở liều điều trị.

Thực phẩm chức năng (Functional Food/Health Supplement): Là sản phẩm dùng để hỗ trợ chức năng cơ thể, tăng cường sức khỏe, và giảm nguy cơ bệnh tật. TPCN không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh (cảnh báo bắt buộc trên nhãn mác). TPCN được quản lý bởi Cục An toàn thực phẩm.

Bảng 1. Phân biệt thuốc và thực phẩm chức năng

Tiêu chí	Thuốc	TPCN
Mục đích	Chẩn đoán, điều trị, giảm nhẹ, phòng ngừa bệnh và điều chỉnh chức năng sinh lý.	Hỗ trợ chức năng cơ thể, tăng cường sức khỏe, giảm nguy cơ mắc bệnh, bổ sung dinh dưỡng thiếu hụt.
Tác động	Tác động trực tiếp và mạnh mẽ lên cơ quan, tế bào cụ thể để thay đổi quá trình bệnh lý.	Tác động chung để nâng cao sức khỏe tổng thể, không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh.
Quy định	Được quản lý bởi Cục Quản lý Dược (Bộ Y tế), phải qua thử nghiệm lâm sàng nghiêm ngặt.	Được quản lý bởi Cục An toàn thực phẩm, kiểm tra thành phần, hàm lượng, nhãn mác.
Sử dụng	Cần được bác sĩ kê đơn và tuân thủ liều dùng nghiêm ngặt (đối với thuốc kê đơn).	Có thể dùng mà không cần kê đơn (nhưng nên tham khảo ý kiến chuyên gia).
Nhận biết	Trên bao bì có: Số đăng ký (SDK) với ký hiệu đặc thù (ví dụ: VD-... hoặc VN-...).	Phải có dòng chữ "Thực phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh".

Lưu ý: Độ tinh khiết, hàm lượng hoạt chất và tính ổn định của TPCN thường không được kiểm soát chặt chẽ như thuốc, dẫn đến sự khác biệt lớn về hiệu quả và nguy cơ giữa các lô sản xuất hoặc thương hiệu khác nhau.

Nguyên tắc "Vàng" khi sử dụng

Sử dụng thuốc và TPCN đúng cách là một hành động có trách nhiệm với sức khỏe.

Đối với thuốc:

- Tuyệt đối tuân thủ chỉ định: Chỉ dùng thuốc khi có chỉ định của bác sĩ, không tự ý tăng, giảm liều hoặc ngưng thuốc.
- Đúng loại, đúng liều: Dùng đúng loại thuốc được kê và tuân thủ liều lượng, thời gian quy định trên đơn.
- Không dùng đơn của người khác: Mỗi tình trạng bệnh lý là khác nhau.

Đối với thực phẩm chức năng:

- **"Không phải là thuốc"**: Ghi nhớ TPCN chỉ là sản phẩm hỗ trợ, không thể thay thế thuốc điều trị khi đã mắc bệnh.
- Sử dụng có thời hạn: Không nên dùng vô thời hạn. Một số loại cần dùng theo đợt (ví dụ: 2-3 tháng rồi nghỉ).
- Chọn lọc và liều lượng: Chọn sản phẩm có nguồn gốc, thương hiệu uy tín. Tuân thủ liều lượng khuyến cáo để tránh quá liều, gây rối loạn trao đổi chất (đặc biệt là vitamin tan trong dầu như A, D, E, K).
- Cân bằng chế độ ăn: TPCN không thể thay thế một chế độ ăn uống khoa học, đầy đủ dưỡng chất.
- Cảnh báo về lạm dụng

Việc lạm dụng TPCN, đặc biệt khi không có nhu cầu thực sự hoặc tự ý dùng để điều trị bệnh, không chỉ gây tốn kém mà còn có thể dẫn đến rối loạn chuyển hóa, gây gánh nặng cho gan, thận

Nguy cơ tương tác thuốc - TPCN trong lâm sàng

Đây là mối quan tâm hàng đầu của Dược lâm sàng vì TPCN, đặc biệt là các chế phẩm thảo dược, có thể gây ra tương tác thuốc nghiêm trọng.

Cơ Chế Tương Tác Chính: Bảng 2**Bảng 2. Tương tác giữa thuốc và thực phẩm chức năng**

Cơ chế	Mô tả và hậu quả	Ví dụ
Tương tác Dược động học	Thay đổi quá trình hấp thu, phân bố, chuyển hóa, thải trừ của thuốc.	TPCN có thành phần là cây Ban âu (<i>hypericum perforatum</i>)-hỗ trợ cải thiện tâm trạng và các vấn đề tâm lý, chống trầm cảm. TPCN này cảm ứng mạnh và tăng sản xuất enzyme CYP3A4 (ở gan và ruột) và P-glycoprotein dẫn đến tăng chuyển hóa, phân hủy. Có thể làm giảm nồng độ đáng kể của thuốc chống thải ghép (Cyclosporine), thuốc chống đông (Warfarin), hoặc thuốc ngừa thai, dẫn đến thất bại điều trị.

Cơ chế	Mô tả và hậu quả	Ví dụ
Tương tác Dược lực học	TPCN và thuốc có tác dụng hiệp đồng hoặc đối kháng lên cùng một mục tiêu sinh lý	TPCN có tác dụng chống đông máu (ví dụ: Ginkgo Biloba, Tỏi) khi dùng chung với thuốc chống đông (Warfarin, Heparin) có thể làm tăng nguy cơ chảy máu.
Tăng độc tính	Cả TPCN và thuốc đều gây độc tính trên cùng một cơ quan, dẫn đến tăng gánh nặng và tổn thương.	Dùng TPCN có khả năng gây độc gan cùng với các thuốc có nguy cơ độc gan cao (ví dụ: Paracetamol liều cao, Methotrexate)

Vai Trò của Cán Bộ Y Tế

- Hỏi bệnh chi tiết: Bắt buộc phải hỏi bệnh nhân về tất cả các loại TPCN, vitamin, và thảo dược đang sử dụng, bao gồm cả các sản phẩm mua không kê đơn.
- Tham vấn Dược sĩ: Khi phát hiện nguy cơ tương tác cao, cán bộ y tế nên trao đổi với Dược sĩ lâm sàng để đánh giá nguy cơ và đưa ra khuyến nghị điều chỉnh liều hoặc ngưng sử dụng TPCN.

Khuyến nghị xử lý và tư vấn

Nguyên tắc đối với Bệnh nhân mạn tính

Đối với bệnh nhân sử dụng thuốc có khoảng điều trị hẹp (ví dụ: Digoxin, Phenytoin), cần đặc biệt lưu ý về TPCN và có thể cần theo dõi nồng độ thuốc trong máu.

Khuyến cáo bệnh nhân ngưng sử dụng TPCN 1-2 tuần trước khi phẫu thuật (đặc biệt các loại ảnh hưởng đến đông máu hoặc huyết áp).

Chiến lược truyền thông cho bệnh nhân

Cán bộ y tế cần truyền đạt thông điệp rõ ràng:

- **"TPCN không chữa bệnh"**: Tuyệt đối không để TPCN thay thế thuốc điều trị đã được bác sĩ chỉ định.
- Thông tin đầy đủ: Khuyến khích bệnh nhân luôn cung cấp các loại TPCN đang dùng trong quá trình điều trị bệnh cho Bác sĩ.
- Thận trọng khi mua hàng: Cảnh báo về các sản phẩm không rõ nguồn gốc hoặc có quảng cáo cường điệu, vì chúng có thể chứa hoạt chất thuốc trái phép gây nguy hiểm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM BÀNG QUANG CẤP

Viêm bàng quang cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính tại bàng quang. Nguyên nhân là vi khuẩn gram(-) chiếm khoảng 90%, vi khuẩn gram(+) chiếm khoảng 10% thường gặp là E.coli, P.Mirabilis,... Hoặc phì đại lành tính hoặc u tuyến tiền liệt, sỏi, u bàng quang, hẹp niệu đạo, hẹp bao quy đầu, viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn, đái tháo đường,....

Biểu hiện lâm sàng thường có hội chứng bàng quang rõ với tiểu buốt, tiểu dắt, có thể có tiểu máu, tiểu mủ ở cuối bãi. Xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu niệu và vi khuẩn niệu. Bệnh thường gặp ở nữ với tỷ lệ nữ/nam = 9/1. Chẩn đoán và điều trị phụ thuộc vào các thể lâm sàng: viêm bàng quang cấp thông thường hay viêm bàng quang cấp biến chứng.

Điều trị viêm bàng quang cấp thông thường ở phụ nữ

Liệu trình ngắn từ 3 - 5 ngày:

- Trimethoprim - Sulfamethoxazol (480 mg): uống 1-2 viên/lần, 2 lần/ngày
- Cephalexin (500 mg): uống 1-2 viên/lần, 2 lần/ngày
- Nitrofurantoin (100 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày
- Amoxycillin + Clavulanate (625 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày
- Nhóm Fluoroquinolones **không phải là lựa chọn đầu tay** trừ khi điều trị các kháng sinh khác thất bại hoặc đã tái phát. Thuốc thường được chọn là Norfloxacin 400 mg, uống 1 viên/ lần cách nhau 12 giờ

➤ Uống đủ nước, nước tiểu ít nhất > 1,5 lít/24h và không nhịn tiểu quá 6 giờ là một yếu tố quan trọng giúp điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn.

Điều trị viêm bàng quang cấp ở phụ nữ có thai

- Cephalexin (500 mg): uống 1-2 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Amoxycillin + Clavulanate (viên 625 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- **Tránh sử dụng** nhóm fluoroquinolones và Trimethoprim - Sulfamethoxazol do các thuốc này có nguy cơ gây quái thai và ảnh hưởng đến thai nhi ngay cả ở những tháng cuối của thai kỳ. Cũng không dùng nitrofurantoin ở 3 tháng cuối thai kỳ vì có nguy cơ tan huyết sơ sinh.

- Uống đủ nước và không nhịn tiểu cũng là rất cần thiết
- Nếu cấy có vi khuẩn niệu (+), lựa chọn theo kháng sinh đồ

Điều trị viêm bàng quang cấp ở nam giới

Nên **ưu tiên** dùng nhóm quinolone vì thuốc có khả năng thâm nhập vào mô tuyến tiền liệt tốt nhất

- Norfloxacin (400 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ ngày trong 7-14 ngày
- Trimethoprim – Sulfamethoxazol (480 mg): uống 2 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7- 10 ngày.

- Cephalexin (500 mg): uống 2 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày
- Amoxycillin + Clavulanate (1000 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ngày trong 7- 14 ngày
 - Uống đủ nước và không nhịn tiểu quá 6 giờ

Điều trị viêm bàng quang cấp biến chứng

Ngoài các triệu chứng lâm sàng và nguyên nhân như viêm bàng quang cấp thông thường thì phát hiện được một trong các nguyên nhân thuận lợi thường gặp: tắc nghẽn đường bài niệu (sỏi, u, nước tiểu tồn dư > 100 ml, bàng quang thần kinh, đặt sonde bàng quang hoặc soi bàng quang, can thiệp niệu đạo (vi khuẩn bệnh viện kháng thuốc), đái tháo đường, suy giảm miễn dịch...).

Thời gian dùng kháng sinh cũng cần kéo dài hơn: khoảng 10 – 14 ngày

- Nhóm quinolon (400 mg hoặc 500 mg): uống 1 viên/lần, 2 lần/ ngày
- Amoxycilline + Clavulanate (1 gram), uống 1 viên/lần, 2 lần/ ngày
 - Điều trị loại bỏ nguyên nhân thuận lợi nếu có thể loại bỏ được: Lấy sỏi, u...Rút sonde hoặc thay sonde bàng quang.
 - Uống đủ nước và không nhịn tiểu quá 6 giờ.

Điều trị viêm bàng quang cấp hay tái phát

Viêm bàng quang cấp hay tái phát khi có viêm bàng quang cấp ≥ 4 lần trong năm Sau điều trị đợt kháng sinh như viêm bàng quang cấp thông thường, nên xem xét việc tiếp tục điều trị duy trì. Có thể dùng một trong các phác đồ ở bảng 1

Bảng 3. Các phác đồ điều trị viêm bàng quang cấp hay tái phát

Dùng một liều kháng sinh trước hoặc sau quan hệ tình dục	+ Trimethoprim- Sulfamethoxazol (480 mg): uống 1 viên duy nhất + Noroxin (400 mg): uống $\frac{1}{2}$ viên + Nitrofurantoin (100 mg): uống 1 viên
Dùng kháng sinh liều thấp hàng ngày, vào buổi tối trước khi đi ngủ, kéo dài 3 tháng hoặc hơn	+ Trimethoprim - Sulfamethoxazol viên 480 mg uống $\frac{1}{2}$ viên. + Nitrofurantoin viên 50 mg: uống 1 viên + Cephalexin viên 250 mg: uống 1 viên. + Norfloxacin viên 400 mg uống $\frac{1}{2}$ viên. + Ciprofloxacin viên 250 mg uống $\frac{1}{2}$ viên

- Uống nhiều nước để nước tiểu ít nhất > 1,5 lít/ 24h và không nhịn tiểu quá 6 giờ là rất quan trọng

Một số tác dụng phụ của thuốc và tương tác thuốc

- Nhóm fluoroquinolon: Không dùng nhóm quinolon cho phụ nữ có thai, cho con bú, trẻ em dưới 15 tuổi, người có tiền sử co giật và có tiền sử dị ứng với thuốc. Thận trọng dùng Peflacin ở người bệnh có suy gan nặng.
- Nhóm beta-lactam: Thuốc có khả năng gây sốc phản vệ nên chống chỉ định khi có tiền sử dị ứng với penicilin hoặc các thuốc trong nhóm. Giảm liều khi mức lọc cầu thận < 30 ml/1 phút đối với những sản phẩm có acid clavulanic và sulbactam.
- Nhóm sulfamid: Thuốc ít có tác dụng phụ. Đôi khi có phản ứng dị ứng nặng kiểu hội chứng Steven-Johnson, giảm bạch cầu hạt. Chống chỉ định dùng thuốc khi có suy gan, suy thận nặng, phụ nữ có thai, quá mẫn cảm với thuốc

Tiên lượng

- Đối với thể viêm bàng quang cấp thông thường: Có tiên lượng tốt, bệnh thường khỏi hẳn sau một liệu trình kháng sinh ngắn phù hợp. Tuy nhiên vi khuẩn vẫn có khả năng ngược dòng lên niệu quản, bể thận, thận gây viêm thận, bể thận cấp, một tình trạng cấp cứu nội khoa. Bệnh cũng có thể tái phát. Nếu viêm tái phát từ 4 lần trở lên trong 1 năm thì cần có thái độ điều trị dự phòng. Khi viêm kéo dài hoặc hay tái phát để lại nhiều sẹo xơ được chẩn đoán là viêm bàng quang mạn tính
- Đối với thể viêm bàng quang cấp có nguyên nhân thuận lợi biến chứng thì tiên lượng dè dặt hơn. Bên cạnh việc điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn, cần điều trị loại bỏ nguyên nhân thuận lợi nếu có thể điều trị được thì mới có tiên lượng tốt. Liệu pháp kháng sinh chống nhiễm khuẩn đòi hỏi dài ngày hơn

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO ADR NĂM 2024

Tổng quan về hoạt động báo cáo ADR – Phản ứng có hại của thuốc

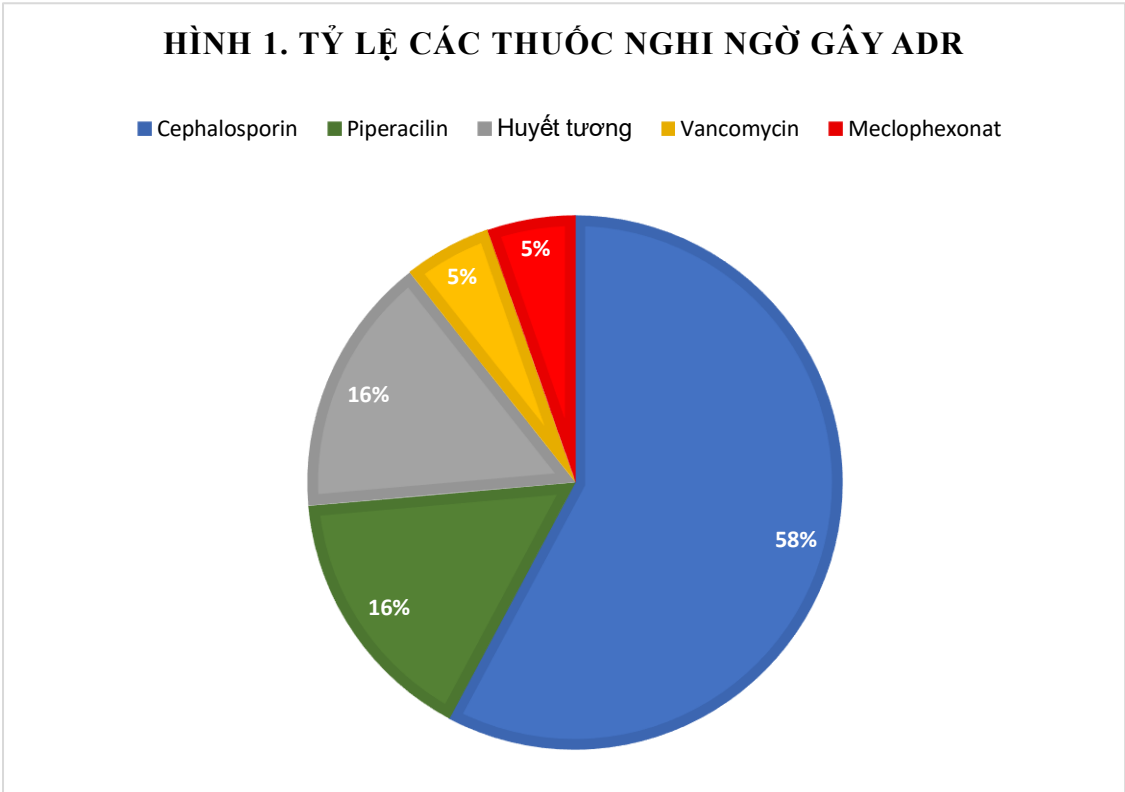
Năm 2024, Bệnh viện Đa khoa Diên Châu đã triển khai tích cực công tác Cảnh giác Dược, tập trung vào việc thu thập và đánh giá các báo cáo phản ứng có hại của thuốc.

Bảng 4. Kết quả báo cáo ADR năm 2024

	ADR năm 2024
Tổng số báo cáo ADR	19 báo cáo
ADR nghiêm trọng	0 ca
Tỷ lệ báo cáo được điền đầy đủ thông tin	95%
Số báo cáo gửi lên Cảnh Giác Dược (Trung tâm DI & ADR Quốc Gia)	19 báo cáo

Tỷ lệ các thuốc nghi ngờ gây ADR

Mức độ xuất hiện ADR chủ yếu gặp phải khi sử dụng các nhóm thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch. Điều này biểu hiện rất rõ qua hình 1



Từ hình 1, ta có thể thấy rất rõ nhóm kháng sinh Cephalosporin chiếm tỷ lệ cao nhất (58%), hơn một nửa số ca ADR được báo cáo và gửi về khoa Dược. Theo thống kê cuối năm của Dược, kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 chiếm 42% tổng số ca xuất hiện ADR và thường là các thuốc chứa hoạt chất Cefotaxime 2 gram. Ngoài ra, kháng

sinh Piperacilin cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ là 16%. Cả hai đều thuộc nhóm Beta-lactam - rất phổ biến trên thị trường, thường là lựa chọn đầu tay trong điều trị nhiễm khuẩn với cơ chế là ức chế tổng hợp vách tế bào vi khuẩn.

Phân bố theo khoa lâm sàng

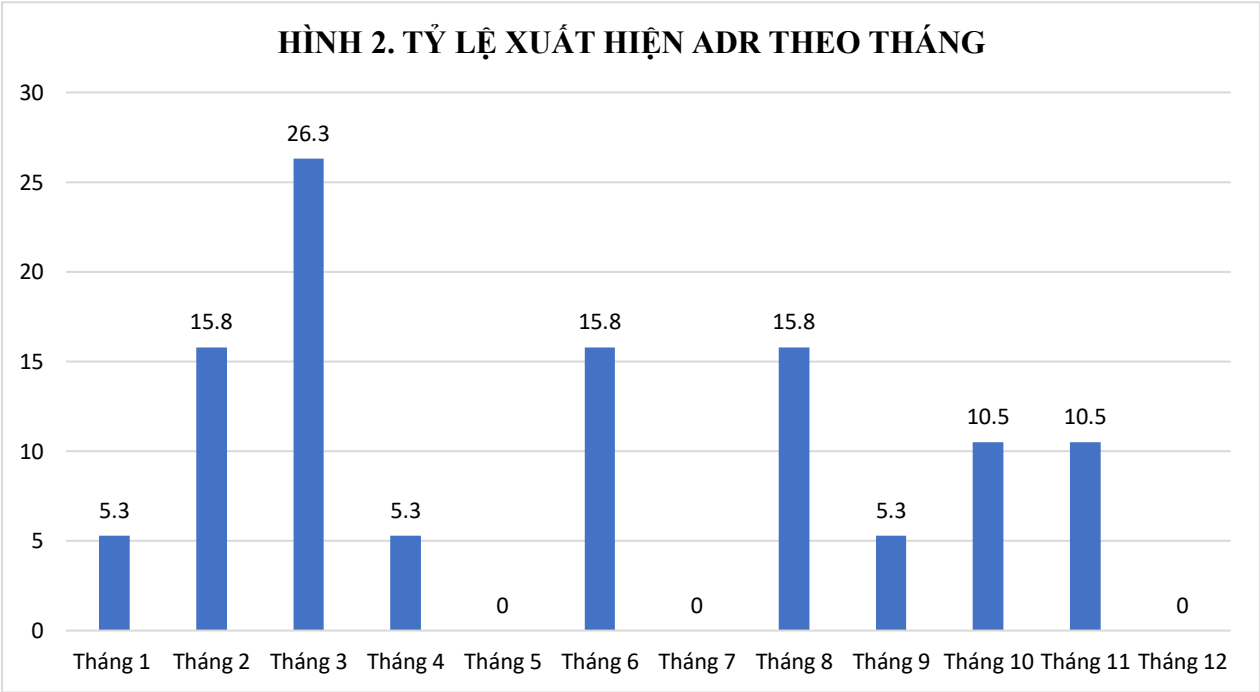
Các khoa phòng khá chủ động trong việc gửi báo cáo ADR về khoa Dược. Các báo cáo ADR thường phân bố không đồng đều giữa các khoa lâm sàng, phản ánh mức độ phức tạp của phác đồ điều trị, khả năng hấp thu và chuyển hóa khác nhau.

Bảng 5. Số báo cáo của các khoa gửi về khoa Dược năm 2024

Khoa	Số lượng báo cáo
3 Chuyên khoa	1
Hội sức cấp cứu - Chống độc	5
Ngoại	3
Nhi	2
Nội	3
Sản	1
Truyền nhiễm	4
Y học cổ truyền	0

Khoa Cấp Cứu và Truyền nhiễm là nơi thường xuyên sử dụng các thuốc đường tiêm, thuốc có nguy cơ cao, dẫn đến số lượng báo cáo cao.

Phân bố theo tháng



Cách xử trí và kết quả xử trí

Các ca ADR tại bệnh viện chủ yếu là phản vệ độ 1 và độ 2. Khi xuất hiện ADR, các nhân viên y tế thực hiện đúng quy trình và xử lý kịp thời theo thông tư 51/2017/TT-BYT quy định về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ

- Hồi phục hoàn toàn: 19 ca (100%)
- Hồi phục có di chứng: 0 ca
- Tử vong: 0 ca

Thư cảm ơn

100% các ca ADR được gửi báo cáo lên trung tâm DI & ADR Quốc Gia. Nhưng đôi khi do trục trặc kĩ thuật nên theo thông báo kèm theo thư cảm ơn, trung tâm đã tiếp nhận từ Bệnh viện đa khoa Diễn Châu là 18/ 19 ca. Dưới đây là hình ảnh thư cảm ơn của trung tâm năm 2024 (hình 3 và hình 4)



Hình 3. Thư cảm ơn

388	Thanh Hóa	Bệnh viện Lao và bệnh phổi Thanh Hóa	39
389	Thanh Hóa	Bệnh viện Nhi Thanh Hóa	79
390	Thanh Hóa	Bệnh viện Nội tiết Thanh Hóa	3
391	Thanh Hóa	Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa	16
392	Thanh Hóa	Bệnh viện Ung Bướu tỉnh Thanh Hóa	16
393	Nghệ An	Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Nghệ An	12
394	Nghệ An	Bệnh viện Đa khoa Bảo Sơn - Nghệ An	1
395	Nghệ An	Bệnh viện Đa khoa Cửa Đông	2
396	Nghệ An	Bệnh viện Đa khoa Đô Lương	7
397	Nghệ An	Bệnh viện Đa khoa huyện Diễn Châu	18
398	Nghệ An	Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu	6

Hình 4. Số báo cáo ADR trung tâm DI & ADR Quốc Gia tổng hợp

Kết luận và Kiến nghị

Kết luận: Năm 2024, công tác Cảnh giác Dược của Bệnh viện đã có những bước tiến đáng kể về số lượng và chất lượng báo cáo. Hầu hết các phản ứng ADR ở dạng

mức độ không nghiêm trọng: xuất hiện nổi ban mẩn ngứa ở tay, cổ,... hoặc toàn bộ trên cơ thể. Một số trường hợp nặng hơn xuất hiện kích ứng, phù mạch, nhịp tim nhanh, khó thở và tụt huyết áp.

Bệnh nhân được xử lý thuốc theo hướng dẫn của Bộ Y tế; thay đổi kháng sinh hoặc ngừng dùng thuốc nghi ngờ. Sau phản ứng hồi phục không di chứng.

Kiến nghị và kế hoạch hành động năm 2025

- Nâng cao giám sát: đề xuất đưa Kháng sinh Beta-Lactam và Thuốc cản quang vào danh mục thuốc cần giám sát đặc biệt.
- Cải tiến quy trình: ngoài báo cáo giấy, khoa Dược lập báo cáo nhanh trên google form để các khoa dễ tiếp cận hơn và thuận tiện trong công tác báo cáo ADR.
- Tăng cường báo cáo: triển khai, khuyến khích các nhân viên y tế tích cực tham gia báo cáo, đặc biệt ở các khoa nội trú