



BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC

BULLETIN OF DRUG INFORMATION

SỐ 1 - NĂM 2025



ĐƠN VỊ DƯỢC LÂM SÀNG VÀ THÔNG TIN THUỐC - BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÊ LINH

📍 Địa chỉ: thôn 1, xã Yên Lãng, Hà Nội

MỤC LỤC

Chủ biên
DS.CKII. Ngô Thuỳ Linh
Hiệu đính
DSDH. Phùng Thị Ngân
Biên soạn
DSDH. Bùi Thị Oanh
DSDH. Nguyễn Thị Ngọc Yến
DSCĐ. Ngô Hà Linh
DSDH. Đỗ Thị Thùy Linh
DSDH. Nguyễn Thị Huệ

NỘI DUNG	Số trang
Giới thiệu về khoa Dược – Bệnh viện đa khoa Mê Linh	2
Tổng kết công tác Dược 6 tháng đầu năm 2025	6
Chuyên mục cảnh giác dược	9
Thông tin thuốc cho bệnh nhân: Vai trò insulin và một số lưu ý khi sử dụng trên người bệnh đái tháo đường	17
Phân tích danh mục thuốc sử dụng theo phương pháp ABC-VEN tại bệnh viện đa khoa Mê Linh năm 2025	21
Cấp phát thuốc ngoại trú: Tác phong mới – nâng cao sự hài lòng của người bệnh.	24
Trò chơi ô chữ bí mật	26
Giải đáp thắc mắc và trả lời câu hỏi	28



GIỚI THIỆU VỀ KHOA DƯỢC – BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÊ LINH

Bệnh viện đa khoa Mê Linh là Bệnh viện hạng II trực thuộc Sở Y tế thành phố Hà Nội (là đơn vị điều trị cấp cơ bản). Hiện tại, Bệnh viện được giao 330 giường bệnh kế hoạch, thực kê 394 giường với tổng số cán bộ công nhân viên là 334 cán bộ; có 04 phòng chức năng; 05 khoa cận lâm sàng; 13 khoa lâm sàng và 02 đơn nguyên. Khoa Dược là 01 trong 5 khoa cận lâm sàng.

Khoa Dược được thành lập ngày 12 tháng 12 năm 2015, trên cơ sở tách ra từ khoa Dược-Kiểm soát nhiễm khuẩn. Khoa Dược với chức năng quản lý, tham mưu cho Giám đốc Bệnh viện về toàn bộ công tác dược trong Bệnh viện nhằm đảm bảo cung cấp đầy đủ, kịp thời thuốc chất lượng và tư vấn, giám sát việc thực hiện sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

Hiện nay khoa Dược có 22 Dược sĩ gồm 01 DSCCKII; 07 DSDH và 14 DSCĐ.

Trưởng khoa Dược là DSCCKII: Ngô Thùy Linh.



Phó khoa Dược là DSDH: Nguyễn Thị Ngọc Yến.





Ảnh chụp cán bộ công nhân viên khoa Dược (Tháng 3 năm 2025)

Trong các năm qua tập thể khoa Dược với phương châm hoạt động “ **Kịp thời- Chính xác- Hợp tác- Hiệu quả**”, khoa Dược thực hiện các nhiệm vụ như sau:

1. Lập kế hoạch, cung ứng thuốc bảo đảm đủ số lượng, chất lượng cho nhu cầu điều trị
2. Quản lý, theo dõi việc nhập thuốc, cấp phát thuốc cho nhu cầu điều trị và các nhu cầu đột xuất khác khi có yêu cầu.
3. Đầu mối tổ chức, triển khai hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị.
4. Bảo quản thuốc theo đúng nguyên tắc “Thực hành tốt bảo quản thuốc”.
5. Thực hiện công tác dược lâm sàng, thông tin, tư vấn về sử dụng thuốc, tham gia công tác cảnh giác dược, theo dõi, báo cáo thông tin liên quan đến tác dụng không mong muốn của thuốc.
6. Quản lý, theo dõi việc thực hiện các quy định chuyên môn về dược tại các khoa trong bệnh viện.
7. Nghiên cứu khoa học và đào tạo; là cơ sở thực hành của các trường Đại học, Cao đẳng và Trung học về dược.

8. Phối hợp với khoa cận lâm sàng và lâm sàng theo dõi, kiểm tra, đánh giá, giám sát việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý đặc biệt là sử dụng kháng sinh và theo dõi tình hình kháng kháng sinh trong bệnh viện.

9. Tham gia chỉ đạo tuyến.

10. Tham gia hội chẩn khi được yêu cầu.

11. Tham gia theo dõi, quản lý kinh phí sử dụng thuốc.

12. Quản lý hoạt động của Nhà thuốc bệnh viện theo đúng quy định.

13. Thực hiện nhiệm vụ cung ứng, theo dõi, quản lý, giám sát, kiểm tra, báo cáo về vật tư y tế tiêu hao (bông, băng, cồn, gạc) khí y tế

Khoa Dược với định hướng phát triển tập trung các nội dung sau:

1. Tập trung phát triển công tác dược lâm sàng, hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả. Với mô hình lấy người bệnh là trung tâm, tham gia tích cực vào đội ngũ chăm sóc đa ngành bác sĩ - dược sĩ - điều dưỡng, cùng đồng hành tối ưu hiệu quả sử dụng thuốc với những hoạt động, dịch vụ Dược lâm sàng đặc thù, kết hợp giữa lâm sàng, đào tạo và nghiên cứu khoa học
2. Nâng cao chất lượng quản lý sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế tiêu hao trong Bệnh viện.
3. Tăng cường công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học.

TỔNG KẾT CÔNG TÁC DƯỢC 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2025

DS. Đỗ Thị Thuý Linh

I. Công tác đấu thầu, cung ứng thuốc:

1. Công tác đấu thầu

Trong 6 tháng đầu năm 2025, Khoa Dược đã chủ động đảm bảo cung ứng thuốc và đáp ứng kịp thời cho bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện nội trú và ngoại trú. Khoa dược đã khẩn trương hoàn thiện các thủ tục liên quan công tác đấu thầu, mua sắm thuốc, VTTH&HC Cụ thể:

Hình thức đấu thầu	Thuốc	Vị thuốc cổ truyền	Vắc xin	Vật tư/Hóa chất
Đấu thầu tập trung cấp Quốc gia (gói thầu từ năm 2024)	03 gói			
Đấu thầu tập trung cấp địa phương (gói thầu từ năm 2024)	03 gói			
Đấu thầu rộng rãi		01 gói	01 gói	11 gói
Mua sắm trực tiếp	02 gói			
Chỉ định thầu rút gọn				06 gói
Mua cấp thiết			03 gói	

Bảng 1: Số liệu các gói thầu

	Kinh phí Hình thức cung ứng	Kế hoạch	Kết quả đấu thầu	Thực mua
Đấu thầu mua thuốc	Đấu thầu rộng rãi	3.152.676.653	2.897.211.878	698.915.208
	Đấu thầu tập trung cấp địa phương	8.962.065.600	6.229.778.400	5.027.371.248
	Đấu thầu tập trung cấp quốc gia	7.529.646.260	7.529.646.260	1.463.588.904
	Mua sắm trực tiếp	437.683.200	437.683.200	408.761.685

Đấu thầu mua HC-VT-YT	Mua 20%	-	1.279.735.290	1.190.422.446
	Mua 30% theo kết quả được phê duyệt	-	155.786.280	155.194.920
	Mua cấp thiết	-	137.362.500	137.362.500
	Đấu thầu rộng rãi	12.187.669.912	12.495.552.886	3.179.152.070
	Chỉ định thầu rút gọn	162.233.310	238.567.070	218.827.070
	Chỉ định thầu thông thường	-	76.333.760	76.333.760

(Đơn vị tính: đồng)

Các gói thầu đã xây dựng, hoàn thiện và trình phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu năm 2025-2026: Gói số 1: Gói thầu thuốc generic: 214 khoản trị giá 20.140.950.400 VNĐ; Gói số 2: Gói thầu thuốc biệt dược gốc: 21 khoản, Tổng giá trị: 2.687.888.600 VNĐ; Gói số 3: Gói thầu thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền: 11 khoản, Tổng giá trị: 2.817.600.000 VNĐ.

2. Cung ứng thuốc

Đơn vị: đồng

	Tồn đầu	Nhập	Xuất	Nhập lại	Tồn cuối
Thuốc	8.636.228.872	12.421.830.524	14.220.357.545	189.706.030	7.027.407.882
VTTH & HC	3.389.606.968	4.713.168.318	6.338.603.384	32.554.801	1.764.171.902

Nhận xét: Số lượng thuốc thực hiện chậm hơn với tiến độ cung ứng theo hợp đồng. Số lượng VTTH & HC thực hiện đạt 36,79% so với tiến độ cung ứng theo hợp đồng. Cung ứng thuốc kịp thời, đúng nhu cầu, không để xảy ra thiếu thuốc điều trị cấp cứu.

II. Công tác quản lý, bảo quản và cấp phát thuốc:

1. Công tác kiểm nhập thuốc

Nội dung	Số lượng	Ghi chú
Tổng số mặt hàng nhập trong quý I.2025	195	
Tổng số mặt hàng nhập trong quý II.2025	210	
Tổng số lô hàng nhập trong quý I.2025	286	
Tổng số lô hàng nhập trong quý II.2025	430	
Tổng số lô hàng có phiếu kiểm nghiệm	716	
Số lô hàng nằm trong danh sách cơ sở sản xuất vi phạm chất lượng	Không	
Tổng số lô hàng không nhập kho do không đảm bảo chất lượng	Không	

Kiểm soát chất lượng thuốc hàng tháng: Cuối tháng tiến hành kiểm kê, đánh giá chất lượng cảm quan hàng hóa (Thuốc và vật tư y tế tiêu hao) tại các kho bảo quản khoa Dược.

2. Kiểm soát thu hồi thuốc

Nội dung	Số lượng
Tổng số công văn thông báo thu hồi, rút số đăng ký thuốc	15
Tổng số lô hàng thông báo thu hồi, rút số đăng ký	17

3. Công tác bảo quản thuốc

Đáp ứng yêu cầu bảo quản nhà sản xuất và thực hiện qui trình kiểm nhập, xuất thuốc và bảo quản đáp ứng qui trình cơ bản bảo quản thuốc tốt GSP. Các thiết bị bảo quản và theo dõi được kiểm định hàng năm

III. Công tác Dược lâm sàng – Thông tin thuốc:

1. Thông tin thuốc

Gửi thông tin thuốc mới, thuốc thay thế, thuốc cận hạn tới các khoa phòng, bác sĩ thông qua hình thức gửi mail khoa, nhóm zalo

Tổng hợp thuốc đình chỉ lưu hành và thu hồi quý I, quý II/2025 tới các khoa phòng.

Định kỳ hàng tháng, Tổ dược lâm sàng tổ chức các buổi sinh hoạt chuyên môn bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên toàn bệnh viện hàng tháng. Các chuyên đề Dược đã tổ chức thông tin có tính sát thực tế và hiệu quả cao, ví dụ như:

- Tập huấn kê đơn thuốc theo thông tư 26/2025/TT-BYT.



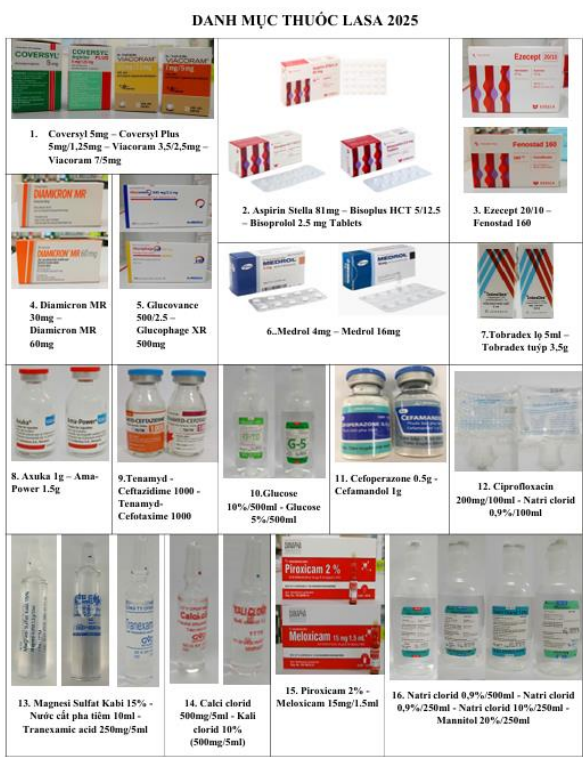
- Tổ chức buổi sinh hoạt chuyên môn chủ đề “Dược lâm sàng trong quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện” với hai bài báo cáo do DSKII. Ngô Thủy Linh – Trưởng khoa Dược BVĐK Mê Linh và PGS.TS Nguyễn Hoàng Anh – Giám đốc Trung tâm DI&ADR Quốc gia.



- Thông tin thuốc hết, thuốc mới, tác dụng dược lý của thuốc, an toàn sử dụng thuốc, thuốc thay thế, thuốc mới, thuốc đình chỉ lưu hành

- Thông tin thuốc cận hạn, hết hạn, thuốc thay thế.

- Ban hành và tập huấn danh mục thuốc nhìn giống nhau, đọc giống nhau năm 2025 (LASA: Look Alike Sound Alike).



- Hướng dẫn pha tiêm, tiêm truyền một số loại kháng sinh tại bệnh viện năm 2025.

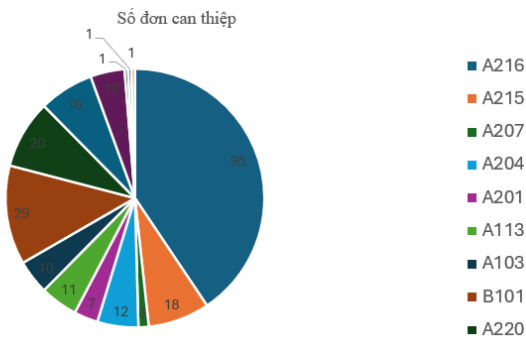
2. Dược lâm sàng

2.1. Ngoại trú:

Rà soát đơn thuốc ngoại trú hàng ngày: Quý II/2025

+ Duyệt đơn ngoại trú: 28.622 đơn/78 ngày (~367 đơn/ngày)

+ Tư vấn can thiệp:



Nội dung tư vấn/ can thiệp		Số đơn	Ý kiến BS
Lựa chọn thuốc	Thiếu chỉ định thuốc	123	Đồng ý
	Lập thuốc/hoạt chất/trùng nhóm	1	Đồng ý
	Sai thuốc	4	Đồng ý
Y lệnh dùng thuốc	Không rõ thời điểm dùng	1	Đồng ý
	Không rõ cách dùng	3	Đồng ý
Liều dùng/tần suất dùng thuốc không phù hợp	Liều 1 lần quá thấp	48	Đồng ý
	Liều 1 lần quá cao	1	Đồng ý
	Tần suất dùng thấp hơn khuyến cáo	14	Đồng ý
	Tần suất dùng cao hơn khuyến cáo	12	Đồng ý
Chống chỉ định		0	
Tổng		207	

2.2. Giám sát kê đơn nội trú:

Giám sát được 122 bệnh án:

Khoa HSCCTC&CD: Thiếu chỉ định thuốc Aspirin 81; Quá nhiều thuốc cho cùng một chỉ định (Không cần thiết chỉ định Desloratin 5mg cho BN có tiền sử Hen đang có viêm phổi đờm nhiều, ran ẩm, ran nổ đã được dùng Medrol 16mg/ ngày); Sử dụng Gentamicin liều thấp và kéo dài hơn so với khuyến cáo; BN có chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm phổi nhưng không được dùng kháng sinh

Ngoại tổng hợp: Thiếu chỉ định thuốc Vintanil 1000; Y lệnh nước cất, ringerlactat chưa rõ rang; Levofloxacin chưa được hiệu chỉnh liều theo chức năng thận, chưa ghi rõ các thuốc đang dùng của BN; BN không ghi nhận xét diễn biến trong 3 ngày liên tiếp; Thuốc điều trị bệnh mới chưa có ghi diễn biến, nhận xét và chẩn đoán sơ bộ; Bệnh nhân đổi thuốc kháng sinh sau 01 ngày dùng không ghi nhận xét và diễn biến đổi thuốc; Tần suất dùng pantoprazol 40mg trong điều trị vi khuẩn HP chưa đủ. Khuyến cáo 2lần/ ngày.

Phụ sản: Tần suất Cephalexin chưa đủ theo khuyến cáo. Cần tăng từ 500mg/ lần x 2 lần/ ngày lên 500mg/lần x 4 lần/ ngày; Y lệnh ghi

không rõ số lần tiêm trong ngày; Y lệnh thuốc dùng cho con lại vào y lệnh thuốc dùng cho mẹ.

Truyền nhiễm: Chưa hiệu chỉnh liều KS trên BN suy giảm chức năng thận; Y lệnh pha tiêm Axuka chưa đủ lượng nước pha tiêm theo khuyến cáo (20ml); Cần chỉ định rõ hơn nước cất pha tiêm

3. Đào tạo, học tập nghiệp vụ dược:

Công tác đào tạo, học tập, cập nhật kiến thức là vô cùng quan trọng. Trong 6 tháng đầu năm 2025, các Dược sĩ lâm sàng tích cực tham gia nhiều buổi Cập nhật kiến thức y khoa liên tục do Sở Y tế Hà Nội và các Bệnh viện đầu ngành tổ chức. Trong đó các buổi tập huấn được đánh giá chất lượng, hiệu quả như:

- Hội thảo Dược lâm sàng “Dược lâm sàng trong sử dụng thuốc” ngày 22/5/2025.

- Hội thảo Dược lâm sàng Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2025 ngày 19/06/2025

- Học tập dược lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang theo mô hình chị em do Sở Y tế Hà Nội tổ chức và phân công.

4. Công tác nghiên cứu khoa học

Thông qua 2 đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở:

+ Phân tích các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị tại bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh

+ Phân tích thực trạng bảo quản thuốc tại khoa Dược – Bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh năm 2025.

5. Công tác báo cáo ADR

Tổ dược lâm sàng duy trì công tác theo dõi, giám sát và báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR). Các nhân viên y tế, bác sỹ, điều dưỡng của Bệnh viện thường xuyên phối hợp thông báo các trường hợp ADR xảy ra tại khoa phòng tới các dược sỹ. Ngay khi nhận được các thông tin, các dược sỹ lâm sàng đã khẩn trương xuống khoa phòng ghi nhận, đánh giá, và hướng dẫn

cho bệnh nhân. Khoa Dược cũng đã tạo mã quét riêng của Bệnh viện giúp thuận tiện cho việc Báo cáo các ca ADR.

Mã QR code: danh sách tổng hợp các báo cáo ADR
(dành riêng khoa Dược và cơ quan quản lý)

(hoặc link truy cập:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1JIMXCNQ0De2DMGWP-YOMmpRxrrejbf-p23OE7UvrrZc/edit#gid=805821109>)



Hình ảnh mã QR báo cáo phản ứng có hại của thuốc.

Các trường hợp đã gặp dị ứng tại viện cũng được cảnh báo thông tin trên phần mềm bệnh viện bằng cách hiện đỏ mã BN của từng bệnh nhân, điều này giúp cho các Y bác sỹ nắm được tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân mỗi khi bệnh nhân quay lại bệnh viện thăm khám và điều trị. Từ đó phòng tránh, giảm thiểu các trường hợp dị ứng thuốc cho bệnh nhân.

Hành chính khoa	Tổ điều trị
Mã KCB (F5): 2500163471	Mã BN: 0000002620
Số BA: 25KCC_032	Ngày EK: 22/09/2025 06:48
Tên BN: TRẦN VĂN QUÊ	GT: Nam NS: 01/01/1953 Tuổi: 72 tuổi DT: Kinh Địa ch
Đối tượng: BHYT	Số thẻ: HT 2 01 0128718130 KP: Hạn thế: 01/01/2021 31/12/2025

6. Công tác nhà thuốc:

Nhà thuốc bệnh viện đa khoa Mê Linh được thành lập từ năm 2008, đã hoạt động hơn 10 năm. Nhà thuốc đã công khai toàn bộ các văn bản, giấy chứng nhận do Sở Y tế cung cấp. Điều này giúp tăng uy tín, sự minh bạch và đảm bảo đầy đủ các quy định của Bộ Y tế đối với cơ sở bán lẻ thuốc.

Nhà thuốc bệnh viện luôn luôn chấp hành nghiêm các quy định về quản lý giá thuốc; giá bán ra theo đúng quy định mức thặng số bán lẻ thuốc tại Nghị định số 54/2017/NĐ-CP của Chính phủ; thực hiện niêm yết giá đầy đủ, đúng quy định, giá bán không cao hơn giá đã niêm yết; giám sát chặt chẽ nguồn gốc xuất xứ, hạn dùng, chất lượng và điều kiện lưu hành, đảm bảo tất cả các mặt hàng thuốc kinh doanh tại nhà thuốc trong bệnh viện có nguồn gốc, xuất

xử rõ ràng, còn hạn dùng, đảm bảo chất lượng và được cấp phép lưu hành theo quy định.



Dược sỹ phụ trách kiêm người làm công tác dược lâm sàng tại nhà thuốc là Dược sỹ Phùng Thị Ngân vẫn tích cực, thường xuyên giám sát theo dõi tình hình kê đơn thuốc an toàn, hợp lý đồng thời tổ chức tập huấn việc kê đơn, bán thuốc theo các bác sỹ toàn Bệnh viện.

7. Công tác quản lý chất lượng thuốc:

Tổ quản lý chất lượng thuốc thường xuyên kiểm tra, đánh giá chất lượng thuốc. Kiểm soát công tác kiểm nhập, đầu vào, đầu ra theo đúng quy định. Căn cứ các công văn thuốc bị thu hồi do kém chất lượng, thuốc giả của Sở Y tế, Cục QLCL thông báo đều không có lưu hành và sử dụng tại Bệnh viện. Các thuốc được cảnh báo thu hồi bao gồm:

Viên bao tan trong ruột Rabewell-20 (Rabeprazole Natri)



Số GĐKLH: VN-13640-11

Số lô: ME23A40, NSX: 18/01/2023, HD: 17/01/2026

Sản xuất: Công ty cổ phần Dược phẩm Trường Thọ Công ty Dược phẩm Madras (Ấn Độ)

Nhập khẩu: Công ty TNHH Dược phẩm Á Mỹ

Lí do thu hồi: không đạt yêu cầu chất lượng chỉ tiêu Định lượng

Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà Nội

Cốm pha hỗn dịch uống Pyfactor Kid (Cefaclor 125mg)



Số GĐKLH: VD-26427-17

Số lô: 330823, NSX: 210823, HD: 210826 và số lô: 050124, NSX: 250124, HD: 250127

Sản xuất: Công ty cổ phần Dược phẩm Pymepharco

Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất lượng về chỉ tiêu Tính chất, Định lượng (vi phạm mức độ 3)

Phạm vi thu hồi: Thu hồi toàn quốc

Dược liệu Hoàng Kỳ



Số lô DL0030424

Sản xuất: Công ty TNHH Đông Dược Văn Hương

Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất lượng (vi phạm mức độ 1)

Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà Nội

Viên nén nhai Akmont 4 (Montelukast (dưới dạng Montelukast natri) 4mg)



Số GĐKLH: VN-22600-20

Số lô: ATD279, NSX: 09/09/2023, HD: 08/09/2026,

Sản xuất: Công ty Akriti Pharmaceuticals Pvt. Ltd (Ấn Độ) sản xuất

Nhập khẩu: Công ty cổ phần Dược –
TBYT Đà Nẵng nhập khẩu
Lý do thu hồi: không đạt yêu cầu chất
lượng chỉ tiêu Tạp chất liên quan
Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà
Nội

Vitamin B2 (Riboflavin 2mg)



Số GĐKLH: VD-27874-17
Số lô: 020523; NSX: 050523; HD:
050525
Sản xuất: Công ty Cổ phần Dược phẩm Hà
Nội sản xuất
Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất
lượng về chỉ tiêu Hình thức.
Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà
Nội

**Thuốc Viên nén bao đường Silygamma
(Silymarin 150mg)**



Số GĐKLH: VN-16542-13
Số lô: 428584; NSX: 06/2024; HD:
05/2027
Nhập khẩu: do Công ty TNHH Dược
phẩm và Thiết bị Y tế Hoàng Đức
Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất
lượng về chỉ tiêu Định lượng
Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà
Nội

**Thuốc Viên nén Tegrucil -1
(Acenocoumarol 1mg)**



Số GĐKLH: VD-27453-17
Số lô: 241600; NSX: 01/07/2024; HD:
01/07/2027
Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất
lượng đối với chỉ tiêu Đồng đều hàm
lượng
Sản xuất: Công ty CPDP Đạt Vi Phú
Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà
Nội

**Dung dịch thuốc nhỏ mắt, tai Ofleye
Drops (Ofloxacin 0,3%)**



Số GĐKLH: 893115586524 (SĐK cũ:
VD-32740-19)
Số lô: 011024; Ngày SX: 25/10/2024;
Hạn dùng: 24/10/2027
Lí do thu hồi: không đạt tiêu chuẩn chất
lượng về chỉ tiêu Tính chất và Độ trong (vi
phạm mức độ 3)
Sản xuất: Công ty cổ phần dược
Medipharco
Phạm vi thu hồi: Thu hồi trên địa bàn Hà
Nội

Khoa dược tham dự đầy đủ các buổi tập huấn
về công tác quản lý chất lượng thuốc do Sở Y tế
và Trung tâm kiểm nghiệm Hà Nội tổ chức
nhằm nâng cao năng lực quản lý đảm bảo chất
lượng an toàn khi sử dụng thuốc.

EMA: Cập nhật về việc sử dụng paracetamol ở phụ nữ có thai



Paracetamol (còn gọi là acetaminophen) có thể được sử dụng để hạ sốt, giảm đau trong thai kỳ khi cần thiết. Theo thông tin sản phẩm của paracetamol đang lưu hành tại châu Âu, dữ liệu quy mô lớn thu thập từ phụ nữ mang thai sử dụng paracetamol trong thai kỳ cho thấy không có nguy cơ dị tật ở thai nhi đang phát triển hoặc ở trẻ sơ sinh.

Năm 2019, EMA đã tiến hành đánh giá ảnh hưởng của phơi nhiễm paracetamol trong thai kỳ đến sự phát triển thần kinh của trẻ dựa trên các bằng chứng hiện có tại thời điểm đó. Kết quả cho thấy chưa xác định được mối liên quan giữa paracetamol với các rối loạn phát triển thần kinh ở trẻ. Theo đó, khi cần thiết, paracetamol có thể được sử dụng trong thai kỳ. Cho đến thời điểm hiện tại, chưa có bằng chứng mới nào cho thấy cần thay đổi các khuyến cáo về việc sử dụng paracetamol đã và đang hiện hành tại châu Âu.

“Paracetamol vẫn là một lựa chọn quan trọng để giảm đau và hạ sốt ở phụ nữ có thai. Kết luận này của chúng tôi dựa trên một đánh giá nghiêm ngặt từ những dữ liệu hiện có và chúng tôi không tìm thấy bằng chứng nào cho thấy việc sử dụng paracetamol trong thai kỳ gây ra

chứng tự kỷ ở trẻ em.” - Giám đốc Y khoa của EMA, Steffen Thirstrup

Khuyến cáo dành cho bệnh nhân:

- Lưu ý nên sử dụng paracetamol ở liều thấp nhất có hiệu quả, trong thời gian ngắn nhất có thể và với tần suất ít nhất có thể.
- Phụ nữ mang thai cần tham khảo ý kiến của nhân viên y tế khi sử dụng bất kỳ loại thuốc nào trong thời kỳ mang thai.

EMA và các cơ quan có thẩm quyền tại châu Âu sẽ tiếp tục theo dõi độ an toàn của các thuốc có chứa paracetamol, đánh giá khi có bất kỳ dữ liệu mới nào xuất hiện và đưa ra các biện pháp quản lý nguy cơ khi cần thiết để bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Nguồn:

<https://www.ema.europa.eu/en/news/use-paracetamol-during-pregnancy-unchanged-eu>

HAS: Cảnh báo về sai sót gây hậu quả nghiêm trọng khi sử dụng lidocain đường tiêm và colchicin



Mới đây, Cơ quan Y tế Quốc gia Pháp (HAS) đã ghi nhận được một số báo cáo ca về các sai sót trong sử dụng thuốc tiêm lidocain và colchicin gây hậu quả nghiêm trọng trên bệnh nhân. Cụ thể như sau:

Ca lâm sàng 1

Sai sót trong pha chế lidocain dẫn đến ngừng tim - hô hấp

Bệnh nhân khoảng 80 tuổi, nhập viện tại khoa cấp cứu do ngất xỉu, mất ý thức và giảm độ bão hoà oxy máu. Trong quá trình xử trí cơn nhịp

nhanh thất, bệnh nhân bị ngừng tim - hô hấp. Sau yêu cầu hội chẩn từ bác sĩ cấp cứu, bác sĩ tim mạch đến khoa và kê đơn “100mg Xylocard (lidocain) tiêm tĩnh mạch (IV)”. Đơn thuốc ngay lập tức được chuyển từ bác sĩ cấp cứu tới điều dưỡng viên cũng đang có mặt tại đó. Sau khi tiêm, bệnh nhân đột ngột xuất hiện một cơn ngừng tim - hô hấp thứ hai. Bệnh nhân được tiến hành hồi sức tim - phổi ngay lập tức và hồi phục nhanh chóng. Sau đó, bệnh nhân được chuyển đến khoa hồi sức.

Nguyên nhân trực tiếp

Bệnh nhân được tiêm 500mg lidocain thay vì 100mg trong đơn kê, do điều dưỡng đã pha 10mL Xylocard hàm lượng 50mg/mL thay vì 10mL Xylocaine có hàm lượng 10mg/mL.

Nguyên nhân sâu xa

- Biệt dược lidocain được bác sĩ tim mạch kê là Xylocard (50mg/mL) không được sử dụng thường xuyên tại khoa cấp cứu và không nằm trong danh mục thuốc của khoa (điều dưỡng đã lấy thuốc từ phân khoa chăm sóc tim mạch đặc biệt).

- Bác sĩ cấp cứu kê đơn “Tiêm tĩnh mạch trực tiếp 10mL chứa 100mg Xylocard (lidocain)”, dựa trên biệt dược có hàm lượng 10mg/mL có sẵn tại khoa cấp cứu.

- Điều dưỡng đã kết hợp đơn thuốc của bác sĩ tim mạch (biệt dược) và bác sĩ cấp cứu (thể tích sử dụng), cả hai đều được kê qua lời nói với điều dưỡng.

- Điều dưỡng đã trình diện ống tiêm lidocain mà cô ấy đã chuẩn bị cho các bác sĩ có mặt tại buồng bệnh nhân (2 bác sĩ cấp cứu và 1 bác sĩ tim mạch) và nhận được chấp thuận sử dụng từ một trong số họ.

- Nhóm nhân viên y tế rất căng thẳng khi xử trí tình huống cấp cứu đe dọa tính mạng trên bệnh nhân này.

Ca lâm sàng 2

Sai sót trong pha chế lidocain dẫn đến cơn co giật

Bệnh nhân khoảng 30 tuổi, nhập viện tại khoa hồi sức sau một tai nạn giao thông. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não mức độ trung bình và than đau đầu dữ dội dù đã dùng morphin liều cao. Bốn ngày sau, bác sĩ kê đơn tiêm tĩnh mạch lidocain với liều nạp 50mg và liều duy trì qua

bơm tiêm điện để điều trị đau đầu. Điều dưỡng chuẩn bị liều nạp cùng một bác sĩ nội trú để sử dụng qua bơm tiêm điện.

Sau khi tiêm được một nửa ống tiêm, bệnh nhân than ù tai dữ dội và đột nhiên mất ý thức. Bệnh nhân được chẩn đoán bị co giật. Sau khi tiêm nhũ tương lipid và clonazepam, bệnh nhân hết co giật kết thúc và hồi phục ý thức, không để lại di chứng.

Nguyên nhân trực tiếp

Bệnh nhân được tiêm 250mg lidocain thay vì 50mg trong đơn kê, do điều dưỡng đã chuẩn bị ống tiêm 50mL hàm lượng 10mg/mL thay vì 1mg/mL.

Nguyên nhân gốc rễ

- Các bác sĩ nội trú và các bác sĩ có thâm niên làm việc trong hai môi trường khác nhau (phòng phẫu thuật và khoa hồi sức), và thói quen sử dụng lidocain ở hai nơi khác nhau:

- Lidocain tiêm tĩnh mạch mới bắt đầu sử dụng trong phòng phẫu thuật gần đây, nhưng chưa được sử dụng tại khoa hồi sức;

- Đơn thuốc dựa trên một dạng nồng độ của lidocain không có trong tủ thuốc của phòng hồi sức;

- Đơn thuốc lidocain chưa đầy đủ (không rõ nồng độ,...)

- Điều dưỡng chưa từng sử dụng lidocain tĩnh mạch,

- Không có quy trình sử dụng lidocain phù hợp.

- Chuẩn bị thuốc tiêm theo thể tích mà không tính đến nồng độ.

- Điều dưỡng đã hai lần hỏi bác sĩ nội trú có nên tiêm toàn bộ ống tiêm 50mL cho liều nạp hay không, và đều được xác nhận.

- Khối lượng công việc lớn trong ngày hôm đó, và đặc biệt bao gồm việc hướng dẫn một sinh viên điều dưỡng.

Ca lâm sàng 3

Kê đơn thuốc có tương tác chống chỉ định (colchicin và clarithromycin) khiến bệnh nhân phải chuyển vào hồi sức

Bệnh nhân khoảng 70 tuổi, nhập viện do một cơn gout cấp và được kê đơn điều trị bằng colchicin. Một tháng rưỡi sau, bệnh nhân tái nhập viện do viêm ngoài màng ngoài tim cấp. 15 ngày sau đó, bệnh nhân nhập viện vì viêm màng ngoài tim tái phát, nghi ngờ nguyên nhân

niễm trùng do Chlamydia. Bệnh nhân xuất viện vào ngày hôm sau với đơn thuốc gồm colchicin, clarithromycin và atorvastatin. 2 tuần sau, bệnh nhân đến khoa cấp cứu vì cơn đau bụng lan toả, nôn không ra máu, táo bón, suy nhược trầm trọng cũng như chán ăn. Cận lâm sàng cho thấy tiêu cơ vân không ảnh hưởng đến thận, kèm theo tổn thương gan ly giải tế bào và tổn thương huyết học. Bệnh nhân được chuyển vào phòng hồi sức để theo dõi và tình trạng lâm sàng đã cải thiện sau 2 ngày.

Nguyên nhân trực tiếp

Kê đơn có tương tác thuốc chống chỉ định giữa colchicin và clarithromycin.

Nguyên nhân sâu xa

- Bác sĩ không biết về tương tác thuốc của colchicin.
- Nhiều cảnh báo trong phần mềm hỗ trợ kê đơn nhưng không đủ để phân biệt hoặc chặn, và không có khả năng lọc.
- Không thực hiện bình đơn sau khi kê đơn clarithromycin, do thiếu được sĩ tại cơ sở y tế.
- Trong lúc cấp phát thuốc tại nhà thuốc, dược sĩ không phát hiện tương tác thuốc chống chỉ định.
- Số lượng nhập viện rất cao trong thời gian bệnh nhân nằm viện, gây quá tải công việc cho khoa.
- Bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

Sau khi những báo cáo này được gửi tới Cơ quan Quản lý Dược phẩm và Sinh phẩm ý tế Pháp (ANSM), danh sách các biến cố “không bao giờ được xảy ra” (never events) đã được cập nhật, bao gồm quá liều lidocain đường tĩnh mạch, cũng như sai sót trong sử dụng colchicin. Nhằm hỗ trợ phòng ngừa các biến cố bất lợi liên quan đến chăm sóc y tế, các biện pháp sau đây được khuyến cáo:

Đối với lidocain tiêm và colchicin:

- Xác định lidocain và colchicin là thuốc nguy cơ cao, cần được lưu ý dù là trong quá trình bảo quản tại các khoa lâm sàng hay khi xây dựng phần mềm hỗ trợ kê đơn và cấp phát. Phổ biến danh mục thuốc nguy cơ cao đến các nhân viên y tế.

Đối với lidocain tiêm:

- Bảo quản lidocain an toàn:

+ Chỉ nên có chế phẩm lidoacin với một hàm lượng duy nhất phù hợp cho mỗi đơn vị và thông báo cho các nhân viên y tế nếu các hàm lượng khác nhau theo khu vực/khoa;

+ Sắp xếp rõ ràng, chuẩn hoá, có nhãn dán với tên hoạt chất theo INN và các thông tin liên quan, có sự thống nhất với các nhân viên y tế sử dụng.

+ Loại bỏ các chế phẩm lidocain 50 mg/mL khỏi xe đẩy thuốc cấp cứu, chỉ để lại loại ống tiêm 20 mg/mL dùng tiêm bolus tĩnh mạch trực tiếp.

- Tuân thủ các quy định thực hành kê đơn tốt: sử dụng liều lượng được khuyến cáo; ghi rõ nồng độ cũng như liều dùng và thể tích sử dụng.

- Trong trường hợp trao đổi miệng (ví dụ như kê đơn cấp cứu), áp dụng quy tắc giao tiếp 3 bước nhằm đảm bảo tính nhất quán của thông tin giữa các nhân viên y tế (truyền đạt, nhắc lại và xác nhận).

- Xây dựng quy trình sử dụng thuốc điều trị cho điều dưỡng (PTMI) nhằm chuẩn hóa thực hành chuyên môn và tránh sai sót khi tính liều.

- Giám sát nhân viên chưa có kinh nghiệm khi chuẩn bị thuốc có nguy cơ cao.

Đối với colchicin:

- Tuân thủ các phác đồ liều dùng (cơn gout cấp, dự phòng cơn gout cấp ở bệnh nhân gout mạn tính, đặc biệt là khi bắt đầu điều trị hạ acid uric) cân nhắc chức năng gan, thận.

- Tối ưu hoá các cảnh báo trong phần mềm hỗ trợ kê đơn và cấp phát, đặc biệt tăng nhận dạng thuốc và chặn khi có chống chỉ định tuyệt đối.

- Ưu tiên bình đơn thuốc chứa colchicin (phác đồ liều, tương tác thuốc).

Nguồn: [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/flash_securite_patient_-_evenements_medicamenteux_qui_ne_devraient_jamais_arriver_never_events.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/flash_securite_patient -](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/flash_securite_patient_-_evenements_medicamenteux_qui_ne_devraient_jamais_arriver_never_events.pdf)

[evenements_medicamenteux_qui_ne_devraient_jamais_arriver_never_events.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/flash_securite_patient_-_evenements_medicamenteux_qui_ne_devraient_jamais_arriver_never_events.pdf)

CẢNH BÁO VỀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN TIÊU HÓA KHI SỬ DỤNG THUỐC CHỦ VẬN THỤ THỂ GLP-1: THÔNG TIN TỪ CƠ QUAN QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM NEW ZEALAND (MEDSAFE)

Thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 được chỉ định trong điều trị đái tháo đường típ 2 và kiểm soát cân nặng. Các thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 có cơ chế tác dụng tương tự hormone GLP-1, gây kích thích tăng tiết insulin, ức chế tiết glucagon và làm chậm quá trình tháo rỗng dạ dày. Nhóm thuốc này có thể được sử dụng đơn trị liệu hoặc kết hợp với các nhóm thuốc khác trong điều trị đái tháo đường típ 2.

Rối loạn tiêu hóa là các phản ứng có hại thường gặp, nhưng ít nghiêm trọng liên quan đến các thuốc chủ vận thụ thể GLP-1. Tuy nhiên, trong một số trường hợp các triệu chứng như buồn nôn, nôn và tiêu chảy có thể kéo dài vài ngày trong quá trình điều trị, đặc biệt là ở giai đoạn khởi đầu điều trị. Các biến cố bất lợi trên hệ tiêu hóa kéo dài có thể dẫn đến tình trạng mất nước, nguy cơ tổn thương thận cấp hoặc làm trầm trọng thêm các bệnh thận mạn tính.

Từ thời điểm các thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 được cấp phép tại New Zealand vào tháng 5/2007 đến ngày 31/03/2025, Medsafe đã ghi nhận được 111 báo cáo rối loạn tiêu hóa liên quan thuốc chủ vận thụ thể GLP-1. Trong đó, 63 báo cáo về dulaglutid, 38 báo cáo về liraglutid, 5 báo cáo về semaglutid (hiện không được lưu hành) và 5 báo cáo về exenatid (đã hết hạn lưu hành). Các phản ứng được báo cáo thường xuyên nhất bao gồm buồn nôn (29 báo cáo), nôn (24 báo cáo) và tiêu chảy (20 báo cáo). Ngoài ra, 11 báo cáo ghi nhận tổn thương thận, trong đó thuốc nghi ngờ bao gồm: dulaglutid (7 báo cáo), liraglutid (3 báo cáo) và exenatid (1 báo cáo).

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Khuyến cáo bệnh nhân cần bổ sung đủ nước trong suốt quá trình điều trị bằng các thuốc chủ vận GLP-1.
- Cảnh báo bệnh nhân về các nguy cơ tiềm ẩn của tình trạng mất nước và thông báo cho nhân viên y tế ngay khi các biến cố trên tiêu hóa nghiêm trọng hoặc kéo dài dai dẳng.
- Cân nhắc trì hoãn việc tăng liều thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 theo kế hoạch, thậm chí giảm liều duy trì khi bệnh nhân xuất hiện các biến cố nghiêm trọng trên tiêu hóa.

- Cân nhắc trì hoãn sử dụng thuốc chủ vận GLP-1 trong trường hợp bệnh nhân có các tình trạng tiêu hóa cấp tính vào ngày dự kiến 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.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Khuyến cáo không chỉ định azithromycin đường uống trong điều trị mụn trứng cá mức độ trung bình, diệt trừ vi khuẩn Helicobacter pylori và dự phòng các đợt hen cấp có/không kèm theo tăng bạch cầu ái toan.
- Cập nhật cảnh báo mới về nguy cơ gia tăng đề kháng kháng sinh trong thông tin sản phẩm của azithromycin
- Cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, dịch tễ kháng thuốc tại cơ sở, các thuốc lựa chọn ưu tiên khác trước khi kê đơn azithromycin.

ANSM: Cập nhật cảnh báo nguy cơ nhiễm toan ceton và hoại tử Fournier khi sử dụng các thuốc ức chế SGLT-2.

Canagliflozin là thuốc thứ 3 thuộc nhóm gliflozin được cấp phép lưu hành tại Pháp, bắt đầu từ tháng 1/2024. Tương tự dapagliflozin và empagliflozin, các thuốc có thành phần chứa canagliflozin cũng liên quan đến nguy cơ nhiễm toan ceton và hoại tử Fournier (hay viêm cân hoại tử vùng tầng sinh môn).

Trước đó, thông qua đánh giá các báo cáo ca trong cơ sở dữ liệu Cảnh giác Dược, EMA đã chỉ ra có mối liên quan giữa nguy cơ nhiễm toan ceton đái tháo đường và hoại tử Fournier đối với việc sử dụng các thuốc ức chế SGLT-2 trong năm 2016 và 2018.

Do đó, nhân viên y tế cần cảnh báo cho bệnh nhân về các nguy cơ này khi kê đơn các thuốc ức chế SGLT-2, bao gồm canagliflozin.

Nguy cơ nhiễm toan ceton

Cần lưu ý nguy cơ nhiễm toan trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện những triệu chứng không đặc hiệu như: buồn nôn, nôn, chán ăn, đau bụng, khát nhiều, khó thở, lú lẫn, mệt mỏi bất thường hoặc buồn ngủ.

Nếu các triệu chứng này xuất hiện, cần ngay lập tức kiểm tra tình trạng nhiễm toan ceton trên bệnh nhân, bất kể mức đường huyết.

Bệnh nhân cần ngay lập tức đến cơ sở y tế để thăm khám trong trường hợp xuất hiện dấu hiệu và triệu chứng nhiễm toan chuyển hoá.

- Cần phải ngừng điều trị với thuốc ức chế SGLT-2 ngay trên bệnh nhân có nghi ngờ hoặc chẩn đoán nhiễm toan ceton.
- Không khuyến cáo tái điều trị với thuốc ức chế SGLT-2 trên bệnh nhân có tiền sử nhiễm toan

ceton khi dùng thuốc này, trừ trường hợp có yếu tố khởi phát khác đã được xác định rõ ràng và xử lý.

- Cần ngừng điều trị trên bệnh nhân nhập viện để thực hiện các can thiệp phẫu thuật lớn hoặc điều trị bệnh lý cấp tính nghiêm trọng. Trong hai trường hợp này, có thể cân nhắc tái điều trị với gliflozin khi nồng độ ceton đã trở về bình thường và tình trạng bệnh nhân đã ổn định.

Nguy cơ hoại tử Fournier

Hiện đã có các trường hợp hoại tử Fournier (viêm cân hoại tử vùng tầng sinh môn) được báo cáo có liên quan đến việc điều trị với thuốc ức chế SGLT-2. Hoại tử Fournier là một tình trạng nhiễm trùng hiếm gặp, nhưng nghiêm trọng và có khả năng đe dọa tính mạng. Bệnh nhân có thể xuất hiện một nhiễm trùng đường niệu - sinh dục hoặc áp-xe tầng sinh môn trước viêm cân mạc hoại tử.

Bệnh nhân cần ngay lập tức đến cơ sở y tế để thăm khám trong trường hợp xuất hiện các triệu chứng sau: đau dữ dội, nhạy cảm khi chạm vào, đỏ hoặc sưng tại vùng sinh dục hoặc tầng sinh môn, kèm sốt hoặc mệt mỏi.

Nếu nghi ngờ hoại tử Fournier, cần ngừng điều trị với gliflozin và sớm thực hiện các can thiệp xử trí, bao gồm sử dụng kháng sinh và phẫu thuật cắt lọc.

TGA: Nguy cơ quá liều khi sử dụng kem bôi da chứa prilocain và lidocain ở trẻ nhỏ



Cơ quan Quản lý Dược phẩm Úc (TGA) đã ghi nhận 2 trẻ nhỏ gặp biến cố bất lợi nghiêm trọng sau khi bôi kem gây tê tại chỗ chứa prilocain và lidocain (Biệt dược: EMLA). Trong đó, cả hai trường hợp trên đều được đánh giá là có thể liên quan đến việc sử dụng quá liều. Kem bôi da prilocain/lidocain được sử dụng để gây tê tại chỗ trước khi thực hiện các tiểu phẫu.

Quá liều prilocain/lidocain có thể gây ra các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, bao gồm methemoglobin huyết là một tình trạng làm giảm khả năng vận chuyển oxy của hồng cầu. Một số trường hợp tiến triển nặng, methemoglobin huyết có thể dẫn đến co giật hoặc tử vong. Các triệu chứng của methemoglobin huyết có thể bao gồm: đau đầu, chóng mặt, khó thở, buồn nôn, giảm phổi hợp vận động, da nhợt nhạt hoặc tím tái. Ngoài ra, một số biến chứng nghiêm trọng có thể xuất hiện như co giật và rối loạn nhịp tim.

TGA đã phối hợp với các nhà sản xuất các chế phẩm kem bôi da chứa prilocain/lidocain để cập nhật đầy đủ thông tin về nguy cơ quá liều trong thông tin sản phẩm của các chế phẩm này.

Khuyến cáo dành cho cha mẹ và người chăm sóc

- Lưu ý rằng quá liều kem bôi da prilocain/lidocain có thể gây các biến cố bất lợi nghiêm trọng ở trẻ đặc biệt là trẻ nhỏ dưới 3 tháng tuổi.

- Tuân thủ các hướng dẫn về liều và cách dùng khi sử dụng thuốc trước phẫu thuật cắt bao quy đầu ở trẻ, cụ thể liều khuyến cáo là 1 g bôi lên bao quy đầu, trong tối đa 1 giờ.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Hướng dẫn cẩn thận cho bố mẹ và người chăm sóc về việc sử dụng bất kỳ loại thuốc gây tê tại chỗ nào, đặc biệt khi dùng cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

- Nhấn mạnh với cha mẹ và người chăm sóc về tầm quan trọng của việc tuân thủ đúng liều lượng và thời gian sử dụng để phòng ngừa nguy cơ quá liều.

Nguồn:

<https://www.tga.gov.au/safety-and-shortages/safety-monitoring-and-information/safety-alerts/risk-overdose-babies-when-using-prilocainlidocaine-cream-emla-and-generic-brands>

EMA: Nguy cơ sốc tuần hoàn khi sử dụng kháng sinh cotrimoxazol (sulfamethoxazol và trimethoprim)



Cotrimoxazol là một kháng sinh kê đơn, được chỉ định trong điều trị nhiễm khuẩn do nhiều loại chủng vi khuẩn.

Trên lâm sàng đã ghi nhận những trường hợp xuất hiện sốc tuần hoàn, thường kèm theo sốt và không đáp ứng với phác đồ tiêu chuẩn để xử trí các phản ứng quá mẫn khi sử dụng cotrimoxazol. Hầu hết, các trường hợp này được báo cáo ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Sau khi đánh giá các bằng chứng hiện có từ y văn và CSDL EudraVigilance, Ủy ban Đánh giá Nguy cơ Cảnh giác Dược (PRAC) của Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA) khuyến cáo bổ sung tác dụng không mong muốn là sốc tuần hoàn (circulatory shock) với tần xuất không rõ vào thông tin sản phẩm đối thuốc kháng sinh cotrimoxazol (sulfamethoxazol và trimethoprim). Đồng thời, khuyến cáo bệnh nhân liên hệ ngay với cơ sở y tế gần nhất để được xử trí kịp thời khi có những dấu hiệu của sốc tuần hoàn như sốt, huyết áp tụt hay tăng nhịp tim sau khi sử dụng cotrimoxazol.

Nguồn:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/382839/9789240115521->

[eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Hiệu quả của thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid trên bệnh nhân lọc máu mạn tính: Thông tin từ Bản tin của Hiệp hội Dược lý và Điều trị Pháp



Bệnh nhân lọc máu mạn tính là đối tượng có nguy cơ cao gặp các biến cố trên tim mạch, tuy nhiên cho đến nay, chưa có liệu pháp nào làm giảm nguy cơ này. Lọc máu, thông qua nhiều cơ chế phức tạp, gây rối loạn chức năng nội mô, thúc đẩy xơ hóa cơ tim và dẫn đến rối loạn chức năng thất trái. Trên lý thuyết, các thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) gây ức chế tác dụng của aldosteron, từ đó có thể làm giảm xơ hóa, cải thiện chức năng của tim, tình đàn hồi mạch máu và hạn chế nguy cơ rối loạn nhịp tim. Do đó, ba nghiên cứu gần đây, trong đó có hai phân tích gộp, được công bố trên *The Lancet* đã tập trung làm rõ vấn đề này.

Nghiên cứu đa trung tâm ALCHEMIST do Rossignol và cộng sự thực hiện đã so sánh việc sử dụng spironolacton (liều 25 mg/ngày) với giả dược ở 644 bệnh nhân lọc máu mạn tính và có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch. Sau thời gian theo dõi trung bình 32,6 tháng, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về thời gian xuất hiện các biến cố tim mạch chính (tử vong do bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim, hội chứng mạch vành cấp, đột quỵ, nhập viện vì suy tim) (HR 1,00 [95% CI 0,73 - 1,36]; p = 0,98). Sau kết thúc nghiên cứu, các tác giả đã tích hợp dữ liệu này vào một phân tích gộp từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được trình bày trong bài báo gốc của ALCHEMIST. Kết quả cho thấy, việc sử dụng spironolacton không mang lại lợi ích có ý nghĩa thống kê nào, cả về tử vong do mọi nguyên nhân (OR 0,71 [95% CI 0,41 - 1,24]; p = 0,23; I² = 43%) và tử vong do tim mạch (OR 0,72 [95% CI 0,33 - 1,58]; p = 0,41; I² = 57%).

Nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm ACHIEVE của Walsh và cộng sự đã so sánh tỷ lệ tử vong

do tim mạch ở 3.565 bệnh nhân chạy thận nhân tạo mạn tính (≥ 45 tuổi hoặc ≥ 18 tuổi nếu có đái tháo đường) được điều trị bằng spironolacton (25 mg/ngày) với giả dược. Nghiên cứu đã dừng lại vào tháng 1 năm 2025 do lý do không hiệu quả. Sau thời gian theo dõi trung bình 1.8 năm, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (HR 0,92 [95% CI 0,78 - 1,09]; $p = 0,35$).

Cuối cùng, Pyne, Rossignol và cộng sự đã công bố kết quả cập nhật hơn của một phân tích gộp, bao gồm 19 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được công bố trong giai đoạn 2005 - 2025, trong đó có nghiên cứu ALCHEMIST và ACHIEVE. Trong 4 thử nghiệm được đánh giá là có nguy cơ sai lệch thấp, với tổng số 3.562 bệnh nhân chạy thận được điều trị bằng thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid hoặc giả dược, phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về tử vong do tim mạch (OR 0,98 [95% CI 0,80 - 1,20]; $I^2 = 0,0\%$).

Mặc dù có cơ sở sinh lý bệnh và dược lý học vững chắc, các thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid liều thấp dường như không làm giảm nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân lọc máu mạn tính và do đó không được khuyến cáo sử dụng thường quy. Tuy nhiên, cần triển khai thêm nghiên cứu để làm rõ lợi ích tiềm năng ở nhóm bệnh nhân cụ thể hoặc đánh giá các thuốc MRA thế hệ mới có tính chọn lọc cao hơn.

Nguồn:

<https://sfpt-fr.org/avis-de-la-sfpt/pharmacoflash/2220-fl14-antagonistes-des-recepteurs-mineralocorticoïdes-et-patients-dialyses-chroniques>

ANSM: Tăng cường cảnh báo về nguy cơ của thuốc chống viêm không steroid (NSAID) cho phụ nữ có thai



Nhằm tăng cường thông tin về các nguy cơ tiềm ẩn liên quan đến việc sử dụng các thuốc nhóm thuốc chống viêm không steroid (NSAID) cho phụ nữ có thai, ANSM đã yêu cầu nhà sản xuất điều chỉnh tờ thông tin sản phẩm và hướng dẫn sử dụng cho các thuốc này.

NSAID được sử dụng để giảm đau, hạ sốt và chống viêm, tuy nhiên, khi phơi nhiễm trong thai kỳ có thể gây biến cố bất lợi nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong cho thai nhi. Đặc biệt, NSAID chống chỉ định trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Trong suốt nhiều năm, ANSM đã phối hợp với các hiệp hội chuyên môn và các nhân viên y tế để tăng cường truyền thông và nâng cao nhận thức về nguy cơ liên quan đến việc sử dụng NSAID ở phụ nữ có thai. Tuy nhiên, trong giai đoạn 2018-2023, dữ liệu từ Hệ thống Dữ liệu Y tế Quốc gia (National Health Data System - SNDS) vẫn ghi nhận được hơn 700.000 phụ nữ có sử dụng NSAID trong thời kỳ mang thai, trong đó 26.000 phụ nữ sử dụng thuốc sau tháng thứ 5 của thai kỳ, mặc dù đã có chống chỉ định. Điều này có thể gây các biến cố nghiêm trọng cho thai nhi (độc tính trên tim phổi hoặc tổn thương thận), thậm chí dẫn đến tử vong cho thai nhi.

Để tăng cường thông tin về các nguy cơ này, ANSM tái hoạt động ủy ban khoa học thường trực về "Sinh sản, mang thai và cho con bú". ANSM nhấn mạnh cần điều chỉnh các cảnh báo nguy cơ đối với thai nhi để nổi bật và ngắn gọn hơn trong tờ hướng dẫn sử dụng đối với các NSAID đường toàn thân, đặc biệt là thông tin về chống chỉ định cho 3 tháng cuối thai kỳ do nguy cơ tử vong cho thai nhi.

Nguy cơ của NSAID đối với thai nhi

- Sảy thai
- Dị tật bẩm sinh: NSAID có thể gây dị tật tim và thành bụng bẩm sinh
- Tổn thương thận ở thai nhi: NSAID làm giảm lượng nước ối trong môi trường của thai nhi, dẫn đến suy thận trẻ sơ sinh, đặc biệt khi sử dụng NSAID kéo dài và ở giai đoạn cuối của thai kỳ
- Đóng sớm ống động mạch: Ống động mạch là mạch máu thiết yếu cho tuần hoàn máu của thai nhi. NSAID có thể gây đóng sớm ống động mạch, dẫn đến tăng áp động mạch phổi, thậm chí tử vong cho thai nhi
- Biến chứng trong quá trình sinh con: Sử dụng NSAID ở giai đoạn cuối của thai kỳ có thể làm kéo dài chuyển dạ và tăng nguy cơ biến chứng xuất huyết ở cả mẹ và bé.

Khuyến cáo dành cho phụ nữ có thai

- Không sử dụng NSAID khi đang mang thai từ tháng thứ 6 trở đi do NSAID có thể gây ra những biến cố bất lợi nghiêm trọng đối với thai nhi
- Trong 6 tháng đầu của thai kỳ, chỉ sử dụng NSAID khi được kê đơn.
- Sử dụng NSAID trong thời kỳ mang thai có thể gây sảy thai; dị tật bẩm sinh, tổn thương thận ở thai nhi, đóng sớm ống động mạch. Ngoài ra, một số biến chứng khác khi sinh có thể gặp như kéo dài chuyển dạ và tăng nguy cơ xuất huyết cho cả mẹ và bé.



Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Chống chỉ định sử dụng NSAID cho phụ nữ mang thai trong 3 tháng cuối của thai kỳ, kể cả khi không sử dụng thường xuyên.

- Thận trọng khi kê đơn và cấp phát NSAID cho phụ nữ mang thai trong 6 tháng đầu của thai kỳ do nguy cơ sảy thai, dị tật thai nhi, suy giảm chức năng thận hoặc co thắt ống động mạch khi phơi nhiễm thuốc trong thai kỳ
- Kiểm tra tuổi thai trước khi kê đơn hoặc cấp phát NSAID cho phụ nữ đang mang thai. Paracetamol là lựa chọn đầu tay cho chỉ định giảm đau, hạ sốt và chống viêm ở phụ nữ có thai.

Nguồn: <https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-chez-les-femmes-enceintes-ameliorer-linformation-sur-les-risques-pour-un-meilleur-usage>

Health Canada: Nguy cơ vỡ lách khi sử dụng thuốc chống đông đường uống

Sau khi thực hiện đánh giá, Health Canada đã xác nhận nguy cơ vỡ lách có thể liên quan đến việc sử dụng các thuốc chống đông đường uống. Health Canada đang phối hợp với các nhà sản xuất để cập nhật bổ sung nguy cơ vỡ lách không do chấn thương trên tờ thông tin sản phẩm của các thuốc này tại Canada.



THUỐC CHỐNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG

Thuốc chống đông đường uống là các thuốc ngăn ngừa quá trình đông máu, và được chỉ định trong các trường hợp:

- Ngăn ngừa hình thành cục máu đông sau phẫu thuật thay khớp gối hoặc hông.
- Giảm nguy cơ đột quỵ hoặc thuyên tắc hệ thống ở bệnh nhân rung nhĩ.
- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi, đồng thời giảm nguy cơ tái phát.

Hiện nay, các thuốc chống đông đường uống đang lưu hành tại Việt Nam, bao gồm: apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban và warfarin, acenocoumarol.

Đánh giá mối liên quan nguy cơ vỡ lách (splenic rupture) và sử dụng thuốc chống đông

Health Canada đã tiến hành đánh giá dựa trên các y văn hiện có và dữ liệu từ cơ sở dữ liệu Canada Vigilance. Health Canada đã tiến hành phân tích trên 42 trường hợp (3 người Canada và 39 trường hợp trên thế giới) gặp biến cố vỡ lách khi sử dụng thuốc chống đông đường uống, trong đó có 39 bệnh nhân ghi nhận từ các y văn đã công bố. Trong số 42 bệnh nhân, mối liên quan giữa thuốc và biến cố vỡ lách được đánh giá là có khả năng (1 bệnh nhân), có thể (21 bệnh nhân gồm 1 người Canada), không chắc chắn (16 bệnh nhân) và 4 trường hợp không thể đánh giá do thiếu thông tin (gồm 2 người Canada). Hơn nữa, ngoài việc sử dụng thuốc chống đông, biến cố vỡ lách không thể giải thích bằng tình trạng bệnh lý khác trên 9 trong 21 bệnh nhân với mối liên quan ở mức có thể. Tuy nhiên, Health Canada cũng nhận định nguy cơ vỡ lách không do chấn thương đôi khi vẫn có thể xảy ra.

Cùng với đó, tăng nguy cơ xuất huyết cũng là biến cố đã ghi nhận đối với nhóm thuốc chống đông. Vì vậy, bệnh nhân sử dụng các thuốc này có thể gây nguy cơ xuất huyết tại lách, dẫn đến vỡ bao lách (lớp ngoài bao quanh lách).

Health Canada cũng đã xem xét kết quả từ một nghiên cứu khảo sát hơn 27.000 báo cáo quốc tế về các phản ứng có hại nghi ngờ liên quan đến thuốc chống đông đường uống. Kết quả nghiên cứu cho thấy các biến cố vỡ lách được báo cáo thường xuyên hơn so với kỳ vọng đối với các thuốc này, điều này càng củng cố mối liên quan này.

Khuyến cáo của Health Canada

Đánh giá của Health Canada xác định có mối liên quan giữa sử dụng thuốc chống đông đường uống và nguy cơ vỡ lách không do chấn thương. Health Canada sẽ phối hợp các nhà sản xuất để bổ sung nguy cơ này trên các tờ thông tin sản phẩm tại Canada (CPM) cho tất cả các thuốc chống đông đường uống. Health Canada khuyến khích người bệnh và các nhân viên y tế báo cáo bất kỳ tác dụng không mong muốn nào liên quan đến việc sử dụng thuốc chống đông đường uống hoặc các sản phẩm y tế khác.

Health Canada sẽ tiếp tục giám sát về an toàn của các thuốc chống đông đường uống, cũng như tất cả các sản phẩm y tế khác có mặt trên thị trường Canada. Health Canada tiếp tục phát hiện và đánh giá các nguy cơ tiềm tàng, đồng thời, thực hiện các biện pháp xử trí thích hợp nếu có biến cố bất lợi mới.

Nguồn: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-health-products/medeffect-canada/health-product-infowatch/march-2025.html#a1.5>

ANSM: Tầm quan trọng của việc sử dụng kháng sinh fluoroquinolon hợp lý

Từ năm 2014 đến năm 2023, sau khi áp dụng các biện pháp quản lý sử dụng kháng sinh, mức tiêu thụ fluoroquinolon tại Pháp đã giảm đáng kể. Tuy nhiên, tình trạng dùng thuốc bất hợp lý vẫn tái diễn, tiềm ẩn nguy cơ gặp các phản ứng có hại của thuốc trên người bệnh. Các hoạt chất thuộc nhóm fluoroquinolon bao gồm: ciprofloxacin, levofloxacin, ofloxacin, norfloxacin, moxifloxacin, lomefloxacin.



EPI-PHARE (nhóm nghiên cứu dịch tễ được học ANSM-CNAM tại Pháp) hợp tác với Inserm đã thực hiện một nghiên cứu về việc sử dụng fluoroquinolon trên lâm sàng dựa trên Hệ thống Dữ liệu Y tế Quốc gia (SNDS) giai đoạn 2014 - 2023. Kết quả cho thấy, sau nhiều năm áp dụng các biện pháp quản lý sử dụng kháng sinh, mức tiêu thụ fluoroquinolon tại Pháp đã giảm 50% từ năm 2014 đến năm 2023. Sự giảm tiêu thụ kháng sinh được ghi nhận ở mọi nhóm tuổi. Năm 2023, có 2,2 triệu đơn thuốc fluoroquinolon được kê cho 1,7 triệu người bệnh tại khu vực thành thị. Dù đã thấp hơn mức trung bình của châu Âu, tuy nhiên, mức sử dụng fluoroquinolon tại Pháp vẫn cao hơn so với một số quốc gia châu Âu khác.

Trong khuôn khổ giám sát sử dụng fluoroquinolon, ANSM đã yêu cầu các Trung tâm Cảnh giác Dược khu vực (CRPV) tại Paris và Marseille thực hiện các đánh giá dựa dữ liệu giai đoạn tháng 1/2017 đến 8/2023. Kết quả cho thấy các phản ứng có hại do fluoroquinolon là rất hiếm gặp nhưng thường gây ảnh hưởng nghiêm trọng, kéo dài và có thể không hồi phục đến cơ, khớp và hệ thần kinh (bệnh thần kinh ngoại biên). Tuy nhiên không có tín hiệu cảnh giác dược mới nào được phát hiện. Báo cáo ghi nhận một số phản ứng có hại nghiêm trọng gây tàn tật vĩnh viễn liên quan đến việc sử dụng thuốc ngoài chỉ định được cấp phép lưu hành trên thị trường (AMM) hoặc các khuyến cáo chuyên môn. Về vấn đề này, Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Pháp (SPILF) sẽ cập nhật Hướng dẫn sử dụng fluoroquinolon trong thời gian tới.

Trước những kết quả này, ANSM tiếp tục nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng fluoroquinolon hợp lý để giảm nguy cơ xuất hiện phản ứng có hại và hạn chế tình trạng kháng kháng sinh, do fluoroquinolon có liên quan nhiều đến tình trạng kháng thuốc. Để nâng cao nhận thức, ANSM đã triển khai nhiều biện pháp, bao gồm:

- Cảnh báo về tác dụng không mong muốn của fluoroquinolon và cách xử trí trên website.
- Bổ sung cảnh báo trên bao bì và kèm QR code về tài liệu hướng dẫn chi tiết của tất cả các chế phẩm chứa fluoroquinolon đang được cấp phép lưu hành trên thị trường (AMM).

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Chỉ kê đơn nhóm kháng sinh này khi có chỉ định, đồng thời thông báo cho bệnh nhân về lợi ích, các nguy cơ tiềm ẩn, cũng như hướng dẫn cách xử trí khi gặp phản ứng có hại của thuốc. Không sử dụng fluoroquinolon trong những trường hợp có thể lựa chọn các nhóm kháng sinh thay thế khác.
- Fluoroquinolon không nên được chỉ định trong:

- + Điều trị các nhiễm khuẩn không nghiêm trọng hoặc có thể tự khỏi.
- + Dự phòng tiêu chảy du lịch hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới tái phát.

+ Điều trị các nhiễm khuẩn không do vi khuẩn, như viêm tuyến tiền liệt mạn tính không do vi khuẩn

+ Điều trị các nhiễm khuẩn nhẹ đến trung bình (viêm bàng quang không biến chứng, đợt cấp viêm phế quản mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính COPD, viêm xoang cấp tính do vi khuẩn và viêm tai giữa cấp tính), trừ trường hợp các kháng sinh thường được khuyến cáo không còn phù hợp.

+ Bệnh nhân có tiền sử gặp các phản ứng có hại nghiêm trọng khi sử dụng kháng sinh quinolon/fluoroquinolon.

Lưu ý: Tránh sử dụng đồng thời corticosteroid với các kháng sinh fluoroquinolon do làm tăng đáng kể nguy cơ gặp phản ứng có hại trên gân.

Nguồn: <https://ansm.sante.fr/actualites/fluoroquinolones-nous-rappelons-limportance-du-bon-usage-de-ces-antibiotiques>

ISMP Canada: Nguy cơ sai sót khi sử dụng oxytocin trong quá trình chuyển dạ và sinh con

Oxytocin là thuốc có nguy cơ cao. Oxytocin truyền tĩnh mạch liều thấp được sử dụng được sử dụng để kích thích chuyển dạ, trong khi đó, ở liều cao hơn, oxytocin có thể được sử dụng để kiểm soát băng huyết sau sinh

Hệ thống Y tế Quốc gia tại Vương quốc Anh (National Health Service - NHS) đã ghi nhận được một số sai sót trong sử dụng oxytocin đường tĩnh mạch. Cụ thể:

- Nhầm lẫn giữa túi dịch truyền chứa oxytocin và túi dịch truyền tĩnh mạch thông thường, dẫn đến việc truyền nhầm oxytocin trong quá trình chuyển dạ với tốc độ truyền dành cho dung dịch thông thường.

- Nhầm lẫn giữa túi dịch truyền chứa oxytocin nồng độ cao dùng sau sinh và túi dịch truyền chứa oxytocin nồng độ thấp dùng trước và trong quá trình chuyển dạ, dẫn đến thiếu oxy cho thai nhi và nhau thai bong non.



Bối cảnh tại Canada

Sau các cảnh báo từ NHS, ISMP Canada đã tiến hành rà soát và phân tích các sai sót liên quan đến sử dụng oxytocin tại Canada. Tiếp đó, ISMP tiến hành thảo luận và xin thêm ý kiến chuyên gia về thực trạng của những sai sót tương tự như cảnh báo của NHS. Bản tin an toàn ISMP Canada đã công bố một số nghiên cứu liên quan đến các sai sót trong sử dụng oxytocin. Cụ thể, một nghiên cứu được thực hiện năm 2013 ghi nhận được 93 sai sót và một nghiên cứu khác vào năm 2019 phát hiện được 144 sai sót. Các nghiên cứu này chỉ ra yếu tố chính dẫn đến những sai sót là do việc ghi thiếu nhãn hoặc nhãn kém chất lượng trên các túi truyền dịch chứa oxytocin. Ngoài ra, một số yếu tố ảnh hưởng khác cũng được đề cập như thách thức trong bảo quản, thiết lập bơm và đường truyền tĩnh mạch, nhầm lẫn về tốc độ truyền, cũng như thiếu sót trong giao tiếp và ghi chép thông tin.

Ngoài ra, một phân tích về các sai sót liên quan đến oxytocin trong 5 năm qua (2020–2024) ghi nhận 65 sai sót. Một số báo cáo chỉ ra oxytocin được chuẩn bị sẵn để dùng sau sinh được đặt chung trong khu vực chăm sóc bệnh nhân trong chuyển dạ, và các túi truyền và ống tiêm chứa oxytocin thường không có nhãn.

Ví dụ sai sót

Một túi truyền không nhãn được cho là chứa dịch truyền thông thường đã được lấy để truyền cho bệnh nhân. Nhân viên y tế sau đó nhận thấy cơn co thắt tử cung ở người mẹ và nhịp tim thai giảm. Sau đó, túi truyền được phát hiện là chứa dung dịch oxytocin. Do đó, bệnh nhân phải tiến hành mổ lấy thai cấp cứu. Hay một trường hợp nhầm lẫn ống tiêm oxytocin và opioid không dán nhãn được đặt cùng nhau tại giường bệnh,

dẫn đến tiêm nhầm opioid. May mắn là không có phản ứng có hại nào được ghi nhận trên mẹ và bé.

Các chuyên gia y tế tại Canada đã xác nhận một số vấn đề trong thực hành có thể gây nguy cơ sai sót cao:

- Oxytocin thường được pha chế sẵn trước khi có y lệnh
 - Ống tiêm hoặc túi truyền dịch chứa oxytocin không có nhãn.
 - Oxytocin có sẵn trong khu vực chăm sóc bệnh nhân trước giai đoạn chuyển dạ dự kiến.
- Tại Canada, hầu hết các bệnh viện vẫn chuẩn bị túi và ống tiêm oxytocin trong khu vực chăm sóc bệnh nhân.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

Về quy trình:

- Đảm bảo luôn có các hướng dẫn, quy trình hỗ trợ cụ thể, bộ y lệnh liên quan đến sử dụng oxytocin đường tĩnh mạch
- Xác định vai trò và trách nhiệm cụ thể của từng thành viên trong nhóm đa ngành đối với việc kê đơn, pha chế, sử dụng và theo dõi hiệu quả điều trị của oxytocin
- Kết hợp các bước kiểm tra an toàn tiêu chuẩn trước và trong khi sử dụng oxytocin.
- Cung cấp hướng dẫn về thời điểm nên có oxytocin được pha chế sẵn tại khu vực chăm sóc bệnh nhân
- Ghi nhận đầy đủ thông tin vào hồ sơ bệnh án (như sự đồng ý của bệnh nhân, liều lượng và cách dùng, theo dõi liên tục)
- Yêu cầu kiểm tra chéo tại các bước dễ xảy ra sai sót liên quan đến oxytocin (ví dụ: khi chuẩn bị dung dịch truyền và khi thiết lập đường truyền)

Về chuẩn bị dung dịch đường tĩnh mạch:

- Tránh việc pha sẵn oxytocin tại bất kỳ khu vực chăm sóc bệnh nhân nào trước khi có y lệnh và thực sự cần thiết.
- Nếu có thể, nên chuẩn hóa nồng độ truyền oxytocin thành một nồng độ duy nhất để sử dụng trong các trường hợp khởi phát chuyển dạ, sinh và/hoặc sau sinh.
- Chuẩn hóa việc ghi nhãn các túi và ống tiêm chứa oxytocin đã pha sẵn. Dán nhãn rõ ràng cả hai mặt để phân biệt với các dung dịch truyền khác.

- Sử dụng các chế phẩm oxytocin đường tĩnh mạch dạng dùng ngay để giảm nguy cơ sai sót trong quá trình pha chế.

Về bảo quản và sử dụng:

- Sử dụng bơm tiêm truyền có tích hợp phần mềm giảm thiểu sai sót về liều lượng khi truyền oxytocin, cài đặt thông số an toàn cho từng chỉ định

- Nếu có thể, thiết lập việc quét mã vạch cho các sản phẩm chứa oxytocin trước khi sử dụng

- Trang bị sẵn các bộ dụng cụ xử trí băng huyết sau sinh tại tất cả các đơn vị lâm sàng có khả năng can thiệp (ví dụ: phòng sinh, phòng chăm sóc sau sinh); đảm bảo các bộ dụng cụ này ở vị trí dễ tiếp cận. Việc này đảm bảo oxytocin luôn sẵn sàng để xử lý băng huyết trong giai đoạn hai của chuyển dạ hoặc ngay sau sinh, đồng thời tránh nguy cơ nhầm lẫn với oxytocin được sử dụng trong quá trình chuyển dạ.

Giáo dục bệnh nhân:

- Trao đổi với bệnh nhân về lợi ích và nguy cơ của việc sử dụng oxytocin, đồng thời khuyến khích họ chủ động theo dõi và thông báo với nhân viên y tế khi cần thiết.

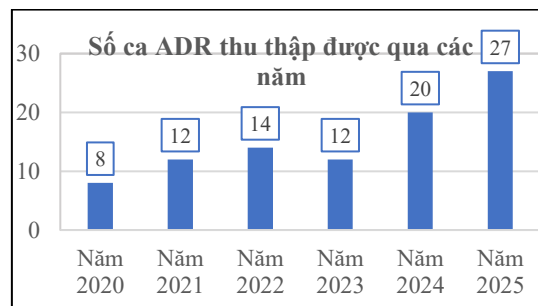
Nguồn: <https://ismpcanada.ca/bulletin/nhs-alert-oxytocin-overdose/>

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC 2025

Căn cứ quyết định số 29/QĐ-BYT ngày 05 tháng 01 năm 2022 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại cơ sở khám chữa bệnh Khoa Dược - BVĐK Mê Linh là đầu mối tổng hợp và báo cáo các phản ứng có hại của thuốc về Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc. Chúng tôi tổng kết tình hình thực hiện báo cáo phản ứng có hại của thuốc trong năm 2025 như sau:

Báo cáo ADR thu thập qua các năm từ

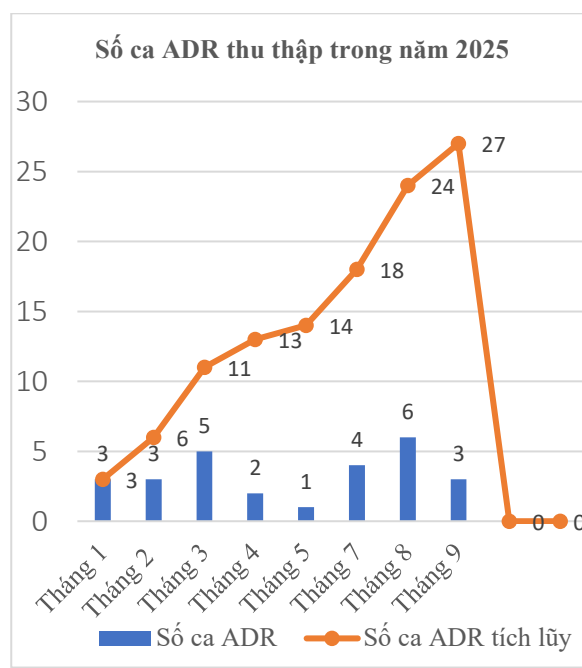
2020- 2025



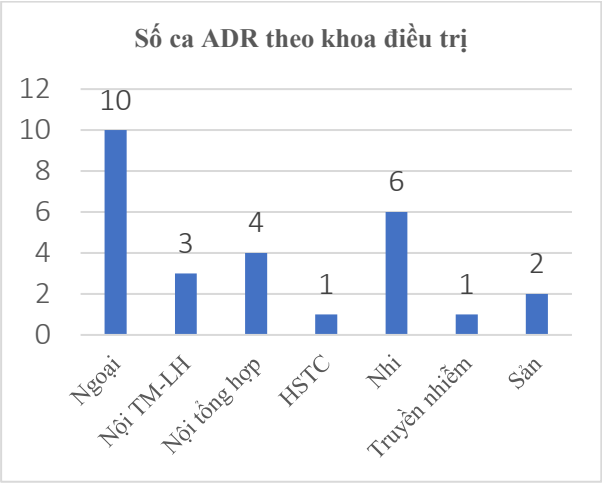
Số ca ADR thu thập được theo các năm có xu hướng tăng dần. Năm có số ca ADR thu thập ít nhất là 2020 với 8 ca. Năm có số ca ADR thu thập được nhiều nhất là 2025 là 27 ca.

Số lượng báo cáo ADR thu thập trong năm 2025

Tổng số ca ADR khoa Dược thu thập từ tháng 01/01/2025 đến hết 17/09/2025 là 27 ca. Trong đó tháng 8 ghi nhận có nhiều ca ADR nhất là 06 ca.



Số lượng ca ADR theo khoa điều trị



Khoa Ngoại là khoa báo cáo ADR tích cực nhất với 10/27 ca được báo cáo. Các khoa chuyên khoa chưa có báo cáo ADR trong năm 2025.

Thông tin về bệnh nhân trong các báo cáo ADR

Phân bố	Số lượng	Tỷ lệ % (n=27)
Tuổi		
≤ 1 tuổi	0	0%
> 1 -12 tuổi	5	18,5%
> 12 - 18 tuổi	1	3,7%
> 18 - 60 tuổi	10	37%
> 60 tuổi	11	40,7%
Giới		
Nam	13	48,1%
Nữ	14	51,9%
Tỷ lệ nam : nữ	1,08	

ADR thường được ghi nhận nhiều nhất ở nhóm đối tượng người cao tuổi (> 60 tuổi) (40,7%); tiếp theo là đối tượng người trưởng thành từ 18-60 tuổi (chiếm 37%); ADR ở trẻ em từ 1 đến 12 tuổi chiếm một tỷ lệ đáng lưu ý tương ứng là 18,5% và trẻ dưới 1 tuổi chưa có ca mắc. Nam giới được ghi nhận có tỷ lệ gặp ADR (51,9%) cao hơn so với nữ giới (48,1%).

Đặc điểm về tiền sử dị ứng, tiền sử bệnh của bệnh nhân

Số ca ADR xảy ra ở cả bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc và chưa có tiền sử dị ứng . Trong đó có 05 ca ADR xảy ra ở bệnh nhân đã từng có tiền sử dị ứng thuốc.

Tiền sử	Có	Không
Dị ứng thuốc	5	22
Dị ứng thức ăn/ thời tiết	2	25
Bệnh nền mạn tính	7	20

Các thuốc nghi ngờ gây ADR

STT	Hoạt chất	Số lần xuất hiện/ số ca bệnh	Tên thương mại
1	Amikacin	2	Amikacin 500mg/2ml (1); Amikan (1)
2	Amoxicilin + Acid clavunanic	2	Axuka (2)
3	Cefotaxim 1g	18	Tenamyd- Cefotaxim 1g (9) Cefotaxim 1g (5); Cefotaxim 1000 (4);
4	Ceftriaxon	3	Ceftriaxon 1000 (2); Medivemol 1g (1)
5	Ceftazidime	1	Ceftazidime 1g
6	Levofloxacin 500mg/100ml	1	Levofloxacin Cooper S.A
7	Metronidazol/ Spiramycin	1	Zidocin (1)
8	Trimethoprim/ Sulfamethoxazol	1	Cotrimoxazol 480mg
9	Drotaverin HCl	1	Vinopa 40mg/2ml (1)

Các ca ADR thu thập chủ yếu từ sử dụng các kháng sinh (8/9 hoạt chất, chiếm 89% các hoạt chất gây ADR năm 2025). Trong đó kháng sinh nghi ngờ gây ADR nhiều nhất là Cefotaxim 1g có mặt trong 18/27 ca gây ADR chiếm tỉ lệ 67% tổng số ca ADR được thu thập.

Phản ứng có hại xảy ra với cả thuốc đường uống và đường tiêm. Tuy nhiên, phản ứng có hại xảy ra khi dùng thuốc bằng đường tiêm, truyền tĩnh mạch chiếm tỉ lệ cao nhất 96%(26/27), đường uống chiếm 4%. (1/27).

Thông tin về các phản ứng có hại của thuốc

STT		ADR	Số lần xuất hiện/ ca bệnh	Tỉ lệ % (n= 27)
1	Phản ứng ngoài da	Ban da đỏ, mẩn ngứa	22	81
2	Tiêu hoá	Đau bụng/ tiêu chảy	4	15
		Buồn nôn, nôn	5	19
3	Tim mạch	Mạch nhanh	1	3.7
		Huyết áp tụt/ tăng	5	19
4	Hô hấp	Khó thở/ thở rít	10	37
5	Thần kinh	Tê bì môi, đầu lưỡi	1	3.7
		Giảm cảm giác da	1	3.7
6	Toàn thân	Rét run	1	3.7
		Vật vã/ kích thích	1	3.7
		Đau nhức mỏi toàn thân	2	7.4

Phản ứng có hại được ghi nhận nhiều nhất là trên da (dễ quan sát) xảy ra ở 22/27 ca bệnh chiếm tỉ lệ 81% triệu chứng có hại gặp phải trên tổng số ca ADR báo cáo, tiếp theo là triệu chứng khó thở trên đường hô hấp xảy ra ở 10/27 ca chiếm 37% triệu chứng có hại gặp phải trên tổng số ca ADR báo cáo. Các phản ứng khác về tiêu hóa, tim mạch, thần kinh gặp ít hơn. Chưa ghi nhận các ADR nào về cận lâm sàng. (Thực tế có thể ít gặp hoặc ít làm xét nghiệm kiểm tra theo dõi).

Có 24 ca ADR trong năm 2025 đều xảy ra trong vòng 2 giờ đồng hồ sau dùng thuốc. Mỗi liên quan giữa ADR và thuốc được khẳng định cao hơn. Có 03 ca ADR xảy ra trong thời gian từ 2-24 giờ sau dùng thuốc

Có 02 ca nghi ngờ ADR của thuốc tự giảm dần triệu chứng có hại sau khi BN ngừng thuốc mà không cần dùng thêm thuốc gì, chiếm 7.4%. Có 25 trường hợp phải điều trị tích cực tại viện, ổn định và ra viện chiếm 92.6%. Không có ca ADR của thuốc xử trí ban đầu tại viện và chuyển tuyến trên điều trị tiếp

Số lượng ca ADR khoa Dược thu thập được từ 1/1/2025 đến hết ngày 18/09/2025 là 27 ca. Tất cả các ca ADR đều đã được gửi đến Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc, đồng thời gửi báo cáo tới Sở Y tế theo mã quét QR.

Các ca ADR được phát hiện qua các biểu hiện lâm sàng bất thường của BN. Các ADR cận lâm sàng chưa phát hiện và báo cáo nhiều. Phản ứng có hại xuất hiện nhiều là ban đỏ da, mẩn ngứa chiếm 85% các ca ADR được phát hiện. 89% ADR của thuốc gặp trong 2h đầu dùng thuốc,

thuộc nhóm ADR cấp, tuýp B không liên quan đến liều lượng & tác dụng dược lý của thuốc, không dự đoán trước được. Khi xảy ra thường gây bệnh nặng và tỉ lệ tử vong cao nếu không xử trí kịp thời.

Các ca ADR khoa Dược thu thập được trong năm 2025 được phát hiện và xử trí kịp thời, 100% bệnh nhân điều trị ổn định và ra viện; và không có bệnh nhân phải chuyển lên tuyến trên hay tử vong

Khuyến nghị:

Nhằm hạn chế ADR của thuốc và đẩy mạnh công tác theo dõi & báo cáo ADR của thuốc, Khoa Dược xin đề nghị như sau:

- Nhân viên y tế theo dõi sát BN sau quá trình dùng thuốc. Khi phát hiện ADR của thuốc báo ngay cho BS điều trị/ BS trực biết. Nếu là sốc phản vệ phải xử lý ngay theo hướng dẫn của BHYT.
- Bác sĩ điều trị ghi lại thông tin tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân về tên thuốc, lô thuốc, biểu hiện và mức độ của ADR. Trước mỗi lần điều trị cho bệnh nhân Bác sĩ cần khai thác và tra cứu lại tiền sử dị ứng thuốc của bệnh nhân để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, tránh sử dụng lại các thuốc BN đã xác định là dị ứng hay dị ứng chéo.
- Các khoa lâm sàng khi phát hiện ADR cần ghi lại vào sổ ADR của khoa và liên hệ với khoa Dược là đầu mối tổng hợp báo cáo ADR của thuốc về Trung tâm quốc gia về thông tin thuốc và phản ứng có hại của thuốc
- Tùy theo ADR mà khi nhận được phản hồi từ Trung tâm quốc gia thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc, khoa Dược sẽ chuyển ngay phản hồi tới khoa lâm sàng hoặc trong vòng 05 ngày làm việc sau đó.
- Phối hợp chặt chẽ giữa khoa Dược và khoa lâm sàng để báo cáo ADR được đầy đủ, khai thác nhiều thông tin.

NẾU PHÁT HIỆN CÁC TRƯỜNG HỢP ADR NHƯ MÔ TẢ TRONG BÀI NẾU TRÊN, VUI LÒNG LIÊN HỆ VÀ BÁO CÁO

PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC VỚI TỔ ĐƯỢC LÂM SÀNG.

Khi phát hiện các biểu hiện lâm sàng bất thường của người bệnh ghi ngờ liên quan đến thuốc tại khoa lâm sàng, các bác sỹ điều trị, điều dưỡng có thể thực hiện quét mã QR Code báo cáo khẩn gọn nhanh nhất cho các dược sĩ lâm sàng hoặc liên hệ trực tiếp tổ dược lâm sàng (DS Ngân:0977.052.308)

Mã QR code: danh sách tổng hợp các báo cáo ADR
(dành riêng khoa Dược và cơ quan quản lý)

(hoặc link truy cập:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1JIMXCNQ0De2DMGWP-YOMmpRxrrejBF-p23OE7UvrrZc/edit#gid=805821109>)



Điền đầy đủ các nội dung khai báo theo forms mẫu: Họ tên bệnh nhân, số đơn thuốc hoặc thuốc đang sử dụng, tác dụng phụ gặp phải, các thuốc khác dùng đồng thời (nếu có), thuốc nghi ngờ và số điện thoại của bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo:

Tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc 2025 – Khoa Dược - Bệnh viện đa khoa Mê Linh.

THÔNG TIN THUỐC CHO BỆNH NHÂN

VAI TRÒ INSULIN VÀ MỘT SỐ LƯU Ý KHI SỬ DỤNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

DS. Nguyễn Thị Huệ, DS. Bùi Thị Oanh

Insulin là một hormon polypeptid được tổng hợp và bài tiết bởi các tế bào beta đảo tụy Langerhans phát hiện insulin vào năm 1921 do nỗ lực của một nhóm nghiên cứu người Canada có trụ sở tại Toronto là một trong những thành tựu vĩ đại mang tính bước ngoặt trong lịch sử y học.

Ngay sau khi được phát hiện Insulin đã trở thành hormon đầu tiên tinh chế sử dụng cho con người, loại hormon xác định trình tự axit amin, tổng hợp bằng kỹ thuật tái tổ hợp DNA và biến đổi trình tự axit amin để thay đổi thời gian tác dụng của thuốc.

Danh mục từ viết tắt
ĐTĐ: Đái tháo đường
THA: Tăng huyết áp
DNA: Deoxyribonucleic acid
NPH: Neutral Protamine Hagedorn
IU: Đơn vị quốc tế

1. Phân loại insulin:

Theo cấu trúc phân tử:

- Insulin người: regular insulin, NPH (được tổng hợp bằng phương pháp tái tổ hợp DNA, rất tinh khiết, cấu trúc giống hệt insulin nội sinh của con người).

- Insulin analog: aspart, lispro, glulisin, detemir, glargin, degludec (được tổng hợp bằng kỹ thuật tái tổ hợp DNA, nhưng thay đổi cấu trúc bằng cách thay thế một vài axit amin hoặc gắn thêm chuỗi biến đổi được tính).

Theo cơ chế tác dụng:

- Insulin tác dụng nhanh, ngắn: Insulin người (regular insulin); Insulin analog tác dụng nhanh (insulin aspart, lispro và glulisin).

- Insulin tác dụng trung bình, trung gian: NPH insulin.

- Insulin tác dụng chậm, kéo dài: insulin glargin, detemir, degludec.

- Insulin hỗn hợp: insulin hỗn hợp gồm 2 loại tác dụng nhanh và tác dụng chậm trong một lọ hoặc một bút tiêm.

Hiện tại, danh mục thuốc tại bệnh viện đa khoa Mê Linh có 4 loại Insulin chính như sau:

- Insulin tác dụng chậm, kéo dài: insulin glargin (biệt dược: Lantus Solostar) Thời gian khởi đầu là 1 - 1 giờ 30 phút, không có thời gian đỉnh, insulin được tiết một mức hằng định và thời gian hoạt động là 20 - 24 giờ.



- Insulin tác dụng nhanh, ngắn: Insulin người, regular insulin (biệt dược Scilin-R) là loại tinh thể insulin zinc hòa tan. Khi tiêm dưới da, regular insulin tạo thành hexamer làm chậm quá trình hấp thu. Liều càng cao thời gian tác dụng càng kéo dài. Regular insulin nên được tiêm dưới da khoảng 30 phút trước bữa ăn để hạn chế tăng glucose máu sau ăn. Điều này khiến nhiều người bệnh khó tuân thủ điều trị. Nhiều người bệnh thừa nhận thường xuyên dùng insulin 5 - 10 phút trước khi ăn, điều này dẫn đến tăng đáng kể glucose máu.



- Insulin tác dụng trung bình, trung gian: NPH insulin (*biệt dược Insunova N*) là loại thuốc tác dụng kéo dài nhờ phối hợp 2 phần insulin zinc hòa tan với 1 phần protamin zinc insulin. Thường cần tiêm 2 lần một ngày để đạt hiệu quả kéo dài. Liều lượng ảnh hưởng đến đặc tính dược động học của thuốc. Liều thấp tạo đỉnh tác dụng thấp hơn, sớm hơn, thời gian duy trì tác dụng ngắn hơn và ngược lại. Do NPH đỉnh tác dụng nên người bệnh có nguy cơ hạ glucose máu về đêm.



- Insulin hỗn hợp: gồm 2 loại tác dụng nhanh và tác dụng chậm trong một lọ (*biệt dược Diamisu 30/70; Mixtard 30*) thuốc sẽ có 2 đỉnh tác dụng, insulin tác dụng nhanh để chuyển hóa carbohydrat trong bữa ăn và insulin tác dụng kéo dài để tạo nồng độ insulin nền giữa các bữa ăn.

Insulin hỗn hợp thường được sử dụng hai lần mỗi ngày trước bữa sáng và bữa tối. Người bệnh thường xuyên quên liều insulin khi sử dụng phác đồ insulin nền/ nhanh (basal/bolus). Ưu điểm giúp Bệnh nhân dễ dàng tuân thủ y lệnh của Bác sĩ khi sử dụng 2 lần/ngày so với việc 4 lần/ngày. Tuy nhiên, tỷ lệ thành phần insulin hỗn hợp có cố định tác dụng ít giống sinh lý bài tiết insulin nội sinh trong cơ thể hơn insulin nền/ nhanh. Do đó, tăng nguy cơ hạ glucose máu khi sử dụng các chế phẩm insulin hỗn hợp so với insulin nền và insulin nhanh.



2. Vai trò của insulin trong điều trị ĐTĐ:

Insulin đóng vai trò rất quan trọng trong liệu pháp điều trị ĐTĐ, được nhắc đến nhiều hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế, Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ, Hiệp hội ĐTĐ Canada,... Điều trị nội khoa bằng insulin được chỉ định khi cơ thể sản xuất không đủ hoặc tăng nhu cầu insulin. Các chỉ định điều trị bằng insulin được FDA (Cơ quan Quản lý Dược phẩm Mỹ) chấp thuận như sau:

Điều trị ngoại trú:

- ĐTĐ típ 1;
- ĐTĐ típ 2: điều trị bằng insulin là cần thiết cho giai đoạn sau của ĐTĐ típ 2;
- ĐTĐ đơn gen thể MODY: là tình trạng di truyền trong đó các tế bào beta của tuyến tụy không thể tiết ra insulin do đột biến gen

Điều trị nội trú:

- Kiểm soát glucose máu ở người bệnh ĐTĐ típ 1 và 2 nhập viện vì các bệnh khác ngoài ĐTĐ: có thể truyền insulin dưới da hoặc tĩnh mạch;
- Nhiễm toan ceton do ĐTĐ và tăng glucose máu có tăng thẩm thấu;
- Tăng glucose máu liên quan đến stress ở những người bệnh không mắc bệnh ĐTĐ nghiêm trọng như: người bệnh ở khoa hồi sức, người bệnh phẫu thuật hoặc chấn thương, stress gây tăng glucose máu liên quan đến kết quả điều trị kém ở người bệnh nhập viện;
- Điều trị tăng kali máu: insulin tiêm truyền tĩnh mạch được sử dụng để kiểm soát tăng kali máu ở người bệnh mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối nhập viện.

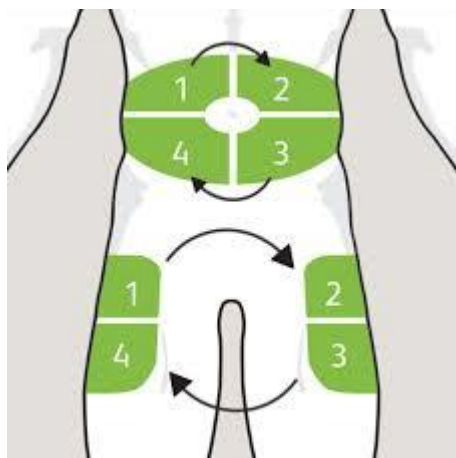
3. Một số lưu ý khi tiêm insulin

Vị trí tiêm: insulin chỉ được tiêm dưới da (ngoại trừ trường hợp cấp cứu). Các vị trí tiêm được khuyến cáo là mô dưới da bụng, đùi, cánh tay và mông như Hình 1. Insulin được hấp thu nhanh nhất ở bụng và chậm nhất ở đùi và mông. Insulin tác dụng ngắn thường được tiêm vào bụng, Insulin tác dụng kéo dài thường được tiêm vào đùi.



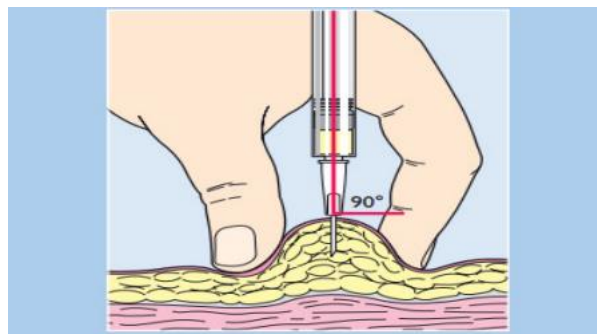
Hình 1: Một số vị trí tiêm insulin.

Tiêm nhiều lần ở cùng một vị trí lâu dài có thể dẫn đến loạn dưỡng mỡ, làm chậm quá trình hấp thu insulin. Để dự phòng tác dụng không mong muốn này người bệnh cần thay đổi vị trí tiêm. Nên sử dụng cùng một vùng trong ít nhất 1 tháng và luân phiên trong cùng một vùng. Không luân phiên đến các vùng khác nhau trong mỗi lần tiêm. Mỗi mũi tiêm phải cách mũi trước một ngón tay (2,5 cm). Ví dụ cách thay đổi vị trí tiêm mỗi lần tiêm được mô tả trong Hình 2.



Hình 2: Cách luân phiên vị trí tiêm insulin.

Cách véo da: nên véo da để đảm bảo thuốc không vào lớp cơ. Kỹ thuật véo da: sử dụng ngón cái và ngón trỏ/ngón giữa để nâng da và mô dưới da lên, để lại cơ.



Hình 3: Cách véo da.

Bảo quản:

Sự khác biệt bảo quản giữa insulin chưa sử dụng với lọ/bút tiêm đã mở nắp hộp. Insulin chưa sử dụng cần bảo quản trong ngăn mát tủ lạnh (2 - 8°C), không để đông lạnh thuốc, không để gần bộ phận làm lạnh hoặc cánh tủ lạnh, có thể bảo quản cho đến hết hạn sử dụng. Insulin đã mở nắp ở nhiệt độ phòng (< 30°C) trong 4 - 6 tuần tùy từng loại thuốc và không được để tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời.

4. Tác dụng không mong muốn

Insulin được phân loại tác dụng không mong muốn do chính thuốc gây ra và đường dùng thuốc.

Hạ glucose máu: là biến chứng phổ biến nhất của liệu pháp insulin, có thể gặp trong các trường hợp: tiêm quá liều insulin, bỏ bữa ăn hoặc ăn muộn sau tiêm insulin, vận động nhiều. Cần hướng dẫn người bệnh cách phát hiện các triệu chứng của hạ glucose máu, thể hiện Bảng bên dưới:

Mức	Tiêu chí glucose máu	Triệu chứng
1	3,0 - < 3,9 mmol/L (54 - < 70 mg/dL)	Đói, bồn chồn, hoa mắt, vã mồ hôi, tay chân lạnh; Triệu chứng cường giao cảm (tim đập nhanh, hồi hộp, đổ mồ hôi, lạnh run) và đối giao cảm (buồn nôn, đói).
2	< 3,0 mmol/L (< 54 mg/dL)	Triệu chứng thần kinh (như bút rớt, lú lẫn, nhìn mờ, mệt mỏi, nhức đầu, nói khó)
3	Mức độ nặng	Hôn mê, co giật, rối loạn ý thức

Cách phòng ngừa:

- Giáo dục người bệnh, người nhà, người chăm sóc nhận biết các triệu chứng phòng tránh các tình huống có thể hạ glucose máu.
- Không chọn liệu pháp insulin tích cực trong các trường hợp sau: người không có khả năng tự theo dõi glucose máu như người già, người không có máy thử glucose máu, rối loạn tâm thần, nhiều bệnh mắc kèm, biến chứng nặng (suy thận mạn giai đoạn cuối, tai biến mạch máu não,...).

Hiện tượng Somogyi (tăng glucose máu do phản ứng): do quá liều insulin, dẫn tới hạ glucose máu làm phóng thích nhiều hormon điều hòa ngược (catecholamin, glucagon,...) gây ra tăng glucose máu phản ứng. Hiện tượng có thể xảy ra bất kì trong ngày, nhưng thường vào giữa đêm và đo glucose máu sáng lúc đói là tăng cao. Có thể nhầm với thiếu liều insulin. Nếu đo glucose máu giữa đêm có thể thấy có lúc glucose máu hạ thấp trong hiện tượng Somogyi (ví dụ 3 giờ sáng glucose máu 40 mg/dL (2,22 mmol/L), 6 giờ sáng 400 mg/dL (22,2 mmol/L)), cần giảm liều insulin khi có hiện tượng này.

Dị ứng insulin: rất hiếm gặp. Với insulin người tái tổ hợp DNA.

Loạn dưỡng mô mỡ: teo mô mỡ hoặc phì đại mô mỡ. Phòng ngừa: luân chuyển vị trí tiêm.

Ngoài ra, các tác dụng không mong muốn khác có thể gặp như tăng cân và hiếm gặp rối loạn điện giải như hạ kali máu, đặc biệt khi sử dụng đồng thời các loại thuốc gây hạ kali máu khác (thuốc lợi tiểu, corticosteroid,...).

5. Một số biện pháp để hạn chế sai sót trong khi sử dụng insulin

- Kê đơn phải ghi rõ “đơn vị” không viết tắt U hoặc IU;

- Duy trì loại insulin (theo tên biệt dược) người bệnh quen sử dụng. Khi người bệnh nhận ăn, cần hỏi bác sĩ để xem lại đơn thuốc trước khi sử dụng insulin;

- Kiểm tra bút tiêm (nếu dùng bút tiêm) để phát hiện các lỗi gặp phải từ quá trình sản xuất;

- Trước mỗi lần tiêm, dùng 2 đơn vị insulin trong bút có gắn kim để đuổi không khí và đảm bảo đúng liều thuốc;

- Bút và lọ thuốc insulin đang sử dụng được bảo quản ở nhiệt độ phòng trong 21 - 28 ngày;

- Không được rút insulin ra khỏi bút tiêm để sử dụng, làm tăng nguy cơ quá liều và có thể gây hỏng bút, nguy cơ nhiễm khuẩn insulin;

- Bút tiêm, ống tiêm dùng riêng từng người bệnh. Cần dán nhãn ghi thông tin trên vỏ thuốc.

- Kiểm tra thuốc 5 Đúng khi cấp phát cho người bệnh để đảm bảo insulin được sử dụng tại nhà phù hợp và chính xác.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2, ban hành kèm theo quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020.
2. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc được Bộ Y tế phê duyệt.
3. Bulletin Of Drug Information No.1 – 2023 (Bach Mai Hospital).

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG THEO PHƯƠNG PHÁP ABC-VEN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÊ LINH NĂM 2025

DS. Phùng Thị Ngân

1. Cơ sở phân tích ABC/VEN

Căn cứ thông tư 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013 của Bộ Y tế quy định về tổ chức và hoạt động Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện trong đó có hướng dẫn phân loại thuốc theo nhóm A, B, C như sau:

- + Hạng A: Gồm những sản phẩm chiếm 75 - 80 % tổng giá trị tiền;
- + Hạng B: Gồm những sản phẩm chiếm 15 - 20 % tổng giá trị tiền;
- + Hạng C: Gồm những sản phẩm chiếm 5 - 10 % tổng giá trị tiền.

Căn cứ Thông tư số 19/2018/TT-BYT ngày 30/8/2018 của Bộ Y tế về danh mục thuốc thiết yếu và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh để phân loại thuốc theo V, E, N

- + Thuốc V (Vital drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp cấp cứu hoặc các thuốc quan trọng, nhất thiết phải có để phục vụ công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện.
- + Thuốc E (Essential drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp bệnh ít nghiêm trọng hơn nhưng vẫn là các bệnh lý quan trọng trong mô hình bệnh tật của bệnh viện.
- + Thuốc N (Non-Essential drugs) - là thuốc dùng trong các trường hợp bệnh nhẹ, bệnh có thể tự khỏi, có thể bao gồm các thuốc mà hiệu quả điều trị còn chưa được khẳng định rõ ràng hoặc giá thành cao không tương xứng với lợi ích lâm sàng của thuốc.

2. Đối tượng và phương pháp phân tích

Đối tượng : Danh mục thuốc sử dụng của Bệnh viện đa khoa Mê Linh từ ngày 01/07/2024 đến ngày 30/6/2025.

Phương pháp phân tích: Xử lý số liệu trên phần mềm Exel 2020

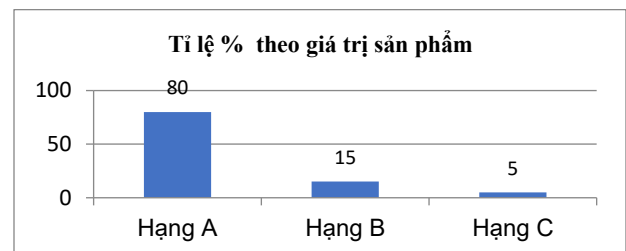
3. Kết quả:

3.1. Phân hạng sản phẩm A, B, C

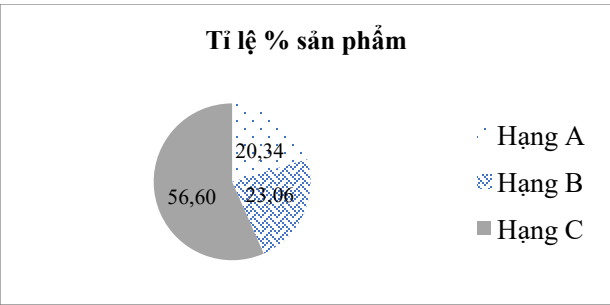
Bảng 3.1: Phân hạng sản phẩm thuốc theo phương pháp phân tích ABC

Phân hạng	Số lượng khoản mục		Giá trị sử dụng	
	N	Tỷ lệ	Trị giá (triệu đồng)	Tỷ lệ
A	97	20.34%	17.807	80%
B	110	23.06%	3.346	15%
C	270	56.60%	1.114	5%
Tổng	477	100%	22.267	100%

Biểu đồ 1: Tỷ lệ % theo giá trị sản phẩm nhóm ABC



Biểu đồ 2: Tỷ lệ % theo số lượng sản phẩm nhóm ABC



Nhận xét: Các thuốc nhóm A chiếm 20.34% về số lượng nhưng chiếm tới 80% giá trị. Trong khi nhóm C chiếm tới 56.06% về số lượng nhưng chỉ chiếm 5% về giá trị. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo chung về danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện.

3.2. Phân nhóm VEN

Bảng 3.2: Phân hạng sản phẩm thuốc dùng tại viện theo phương pháp phân tích VEN

Phân nhóm	Số lượng khoản mục		Giá trị sử dụng	
	N	Tỷ lệ	Trị giá (triệu đồng)	Tỷ lệ
V	154	32.28%	8.935	40.13%
E	293	62.43%	10.773	48.38%
N	30	6.29%	2.558	11.49%
Tổng	477	100%	22.267	100%

Nhận xét: Các thuốc nhóm E chiếm tỷ trọng cao nhất cả về số lượng và giá trị với 62.43% và 48.38%; thuốc nhóm N thấp nhất về số lượng với 6.29% và giá trị 11.49%.

3.3. Phân tích ABC/VEN:

Kết hợp phân tích ma trận ABC/VEN thu được kết quả như sau:

Bảng 3.3: Phân tích ma trận ABC/VEN

	A	B	C	SL	Tỉ lệ	Nhóm
V	35	28	91	216	45.28%	I
E	52	71	170	252	52.83%	II
N	10	11	9	9	1.89%	III
Tổng	97	110	270	477	100%	

	A	B	C	Trị giá (triệu đồng)	Tỉ lệ
V	7.747	821	368	18.996	85.32%
E	7.888	2.184	700	3.225	14.48%
N	2.172	341	45	45	0.20%
Tổng	17.807	3.346	1.113	22.266	100%

Nhận xét: Theo ma trận ABC/VEN, nhóm thuốc quan trọng nhất chỉ chiếm 45.28% số lượng nhưng chiếm chủ yếu giá trị sử dụng với 85.32%. Nhóm thuốc ít quan trọng chỉ chiếm 0.2% về giá trị sử dụng.

Bảng 3.4: Cơ cấu thuốc nhóm A, B, C theo phân loại VEN				
Phân loại	Số khoản	Tỉ lệ	Giá trị (Triệu đồng)	Tỉ lệ
AE	52	10.90%	7.888	35.43%
AN	10	2.1%	2.172	9.75%
AV	35	7.33%	7.747	34.79%
BE	71	14.88%	2.184	9.81%
BN	11	2.31%	341	1.53%
BV	28	5.87%	821	3.69%
CE	170	35.64%	700	3.14%
CN	9	1.89%	45	0.20%
CV	91	19.10%	368	1.65%
Tổng	477	100%	22.266	100%

Nhận xét:

- Nhóm I (VA, VB, VC, EA, EB, EC): Là các thuốc cấp cứu, thuốc điều trị không thể thiết cần ưu tiên để giữ ổn định ngân sách hàng năm, đảm bảo trữ lượng tồn kho hàng năm và giám sát đưon hàng chặt chẽ hơn nhóm N. Nhóm thuốc AV có giá trị tiền sử dụng cao nhưng là các thuốc cấp cứu, số lượng sử dụng hay dao động lớn liên quan tới các ca bệnh nặng nên cần trữ lượng tồn trong kho đủ dùng từ 3-4 tháng. Nhóm thuốc AE, BE là các thuốc cần thiết cho điều trị, giá trị tiền sử dụng lớn nhưng số lượng sử dụng dao động ít hơn các thuốc nhóm AV nên trữ lượng tồn kho không để quá nhiều, đủ dùng 2-3 tháng

- Nhóm II (NA, NB, NC): Là các thuốc không bắt buộc phải có trong điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên có những bệnh không có thuốc điều trị đặc hiệu cần sử dụng nhóm thuốc này để điều trị. Nhóm thuốc NA, NB có giá trị tiền sử dụng

cao nên chỉ để trữ lượng tồn kho đủ dùng trong 1-2 tháng, khoa Dược làm đầu mối lập kế hoạch gọi hàng hàng tháng.

- Nhóm I có 447 khoản mục chiếm giá trị tiền 88.51 %. Nhóm II có 30 khoản mục chiếm giá trị tiền 11.49%. Hội đồng thuốc và điều trị sẽ xem xét lại danh mục thuốc nhóm II để giảm bớt giá trị tiền nhóm II, ưu tiên dành cho nhóm I, đặc biệt các thuốc thuộc nhóm NA (Thuốc không ưu tiên chiếm giá trị tiền cao)

- Danh mục cụ thể nhóm NA:

STT	Tên thuốc	Đơn vị tính	Số lượng	Thành tiền
1	Atiliver Diệp Hạ Châu	Viên	294.120	573.534.001
2	Vitamin 3B Extra	Viên	345.086	343.493.893
3	Hydan	Viên	2.311.832	300.538.522
4	Pracetam 800	Viên	185.703	227.486.175
5	Phong tê thấp Hy đan	Túi	51.261	166.854.555
6	Vina-AD	Viên	262.142	150.993.791
7	V.phonte	Viên	149.996	124.496.681
8	Boganic Forte	Viên	62.849	113.128.199
9	Kacetam 800mg	Viên	174.060	86.159.705
10	Biofil 4g	Ống	34.144	85.359.832
	Tổng : 10 khoản			2.172.045.355

CẤP PHÁT THUỐC NGOẠI TRÚ: TÁC PHONG MỚI – NÂNG CAO SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH

DS. Ngô Hà Linh

Bệnh viện đa khoa Mê Linh đã xây dựng hình ảnh đội ngũ bác sĩ, dược sĩ dày dặn kinh nghiệm về chuyên môn, tận tâm, nhiệt tình tư vấn khám chữa bệnh và cấp phát thuốc cho bệnh nhân. Danh mục thuốc xây dựng để cấp phát cho những đối tượng là cán bộ hưu trí, người có công với cách mạng và bệnh nhân bảo hiểm đến khám chữa bệnh tại cơ sở. Tại khu vực cấp phát thuốc ngoại trú, Dược sĩ làm việc liên tục từ 7 giờ 15 đến 17 giờ 00, trung bình mỗi ngày cấp phát 400 đơn. Ngày thứ 7 hàng tuần bệnh viện tổ chức khám bệnh và cấp thuốc tạo sự thuận lợi cho người bệnh đi làm hành chính được khám chữa bệnh cấp thuốc mà không ảnh hưởng đến công việc. Bệnh nhân luôn được lĩnh thuốc đúng, đầy đủ số lượng ngay sau khi hoàn tất thủ tục thanh toán khám chữa bệnh, không phải xếp hàng chờ đợi hoặc lùi lại ngày hôm sau.



Ảnh: khu vực chờ cấp phát thuốc bảo hiểm.

Kho cấp phát thuốc ngoại trú tại tầng 1 nhà A thuận lợi cho người bệnh vì ngay sát khu vực thanh toán sau khi lĩnh thuốc người bệnh ra về luôn. Kho cấp thuốc ngoại trú được trang bị đầy đủ các trang thiết bị: điều hòa, quạt trần âm kế bảo quản thuốc ở nhiệt độ đúng quy định, không có trường hợp thuốc bị hư hỏng, chảy nước do không đảm bảo về nhiệt độ, một tủ bảo quản lạnh các thuốc tiêm Insulin,

....thuốc được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp sạch sẽ. Kho được phân chia khu vực để thuốc theo nhóm điều trị hợp lý, đảm bảo 5S. Các qui trình bảo quản theo dõi theo tiêu chí thực hành bảo quản kho thuốc tốt(GSP)



Ảnh: Cấp phát và lĩnh thuốc BHYT ngoại trú.

Với khẩu hiệu “Trao một viên thuốc, nhận một niềm tin”, nhân viên cấp phát thuốc luôn có thái độ niềm nở, hòa nhã giải đáp mọi thắc mắc của người bệnh về đơn thuốc, hướng dẫn người bệnh cách sử dụng thuốc, bảo quản và các vấn đề bất thường có thể xảy ra khi sử dụng thuốc... Dược sĩ Đinh Thị Ngọc Lan – Thủ kho có kinh nghiệm trên 10 năm cấp phát thuốc ngoại trú tại bệnh viện cho biết: “Từ đầu năm 2025 tới nay, có nhiều ngày chúng tôi cấp phát tới hơn 500 đơn thuốc nhưng do có nhiều cải tiến trong quy trình cấp phát nên không gây ùn tắc, người bệnh không phải chờ đợi lâu khi lĩnh thuốc. Tôi cảm thấy rất hạnh phúc khi được trực tiếp cấp phát, hướng dẫn bệnh nhân và càng vui hơn khi nhìn thấy sự phát triển của bệnh viện ”.

Thông qua những ý kiến đóng góp thẳng thắn từ người bệnh mà bệnh viện đa khoa Mê Linh ngày một hoàn thiện quy trình, phát triển hơn đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh và lĩnh

thuốc hàng ngày của bệnh nhân. Bệnh viện mong muốn là địa chỉ tin cậy cho mọi người bệnh khi đau ốm. Nhằm xây dựng hình ảnh

đẹp bệnh viện đa khoa Mê Linh “Tận Tâm - Tận Lực - Tinh Thân – Trách Nhiệm ” trong mắt người bện

Ô CHỮ BÍ MẬT

DS Nguyễn Thị Bích Hà



1. Nội dung câu hỏi:

Lưu ý: Từ khóa của ô chữ bí mật được thay đổi trật tự và sắp xếp ngẫu nhiên.

Câu 1: Tên biệt dược có chứa thành phần chính là kháng sinh Cefuroxim 500mg do công ty SANDOZ* sản xuất và phân phối đang sử dụng tại bệnh viện hiện nay?

Câu 2: Triệu chứng phổ biến của bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là gì?

Câu 3: Để sẽ hạn chế những sự cố đáng tiếc xảy ra khi thuốc cho người bệnh. Nhân viên y tế cần tuân thủ nguyên tắc nào?

Câu 4: Bộ tài liệu do Bộ Y Tế trực tiếp ban hành, là cơ sở dữ liệu uy tín về thông tin thuốc, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả cho cán bộ y tế là gì?

Câu 5: Các thuốc quản lý đặc biệt nhóm opioid như Morphin, Fentanyl, Codeine... thuộc danh mục thuốc gì ?

Câu 6: Nguyên liệu làm thuốc có nguồn gốc tự nhiên từ thực vật, động vật, khoáng vật và đạt tiêu chuẩn làm thuốc gọi là gì?

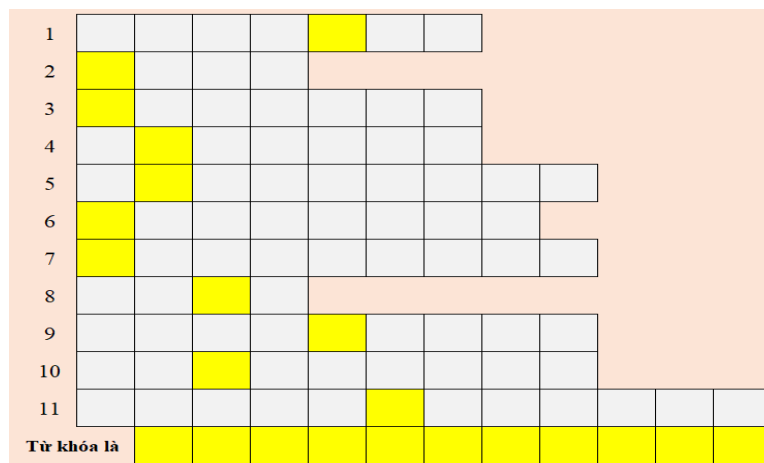
Câu 7: Hoạt chất thuộc nhóm kháng Histamin H1 có số thứ tự 109 theo Thông tư 20/TT-BYT-2022 là gì?

Câu 8: Danh mục thuốc nhìn giống nhau - đọc giống nhau viết tắt (tiếng Anh) là gì?

Câu 9: Tên một nhóm thuốc phải đánh số thứ tự ngày dùng thuốc? Quy định tại thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc trong các cơ sở y tế có giường bệnh.

Câu 10: Quá trình hoàn tan dung môi pha tiêm với bột thuốc pha tiêm được gọi là gì?

Câu 11: Trường hợp người bệnh không được sử dụng thuốc, thủ thuật hoặc phẫu thuật vì các biện pháp điều trị này có thể gây nguy hiểm cho người bệnh được gọi là gì?



2. Thể lệ và giải thưởng:

Phần "Ô chữ bí mật": Trả lời chính xác tất cả từ hàng ngang và tìm ra từ khóa hàng dọc.

Giải thưởng: 10 cá nhân trả lời chính xác và sớm nhất sẽ nhận được phần quà đặc biệt từ nhóm biên soạn.

Địa chỉ nhận câu trả lời: (ghi rõ họ tên và đơn vị công tác). Câu trả lời gửi về Khoa Dược theo hòm thư điện tử: duocbvml@gmail.com hoặc gửi bản giấy trực tiếp đơn vị Dược lâm sàng và Thông tin thuốc - Khoa Dược - tầng 5 nhà D.

Thời gian nhận câu trả lời: Ngày 30/10/2025 (Đáp án được đăng tải trên số Bản tin Thông tin thuốc tiếp theo.)

*** Sandoz là công ty hàng đầu thế giới với bề dày lịch sử 135 năm hình thành và phát triển, thế mạnh công ty là về các thuốc Generic nhóm tim mạch, tiểu đường, hô hấp, ung thư, đặc biệt là kháng sinh, với hơn 50 loại thuốc phục vụ hơn 200 triệu bệnh nhân mỗi năm. Các thuốc của Sandoz được sản xuất hoàn toàn tại châu Âu, theo tiêu chuẩn chất lượng cao nhất, đáp ứng các yêu cầu khắt khe của tập đoàn.**

Sứ mệnh của Sandoz là tiên phong giúp nhiều bệnh nhân được tiếp cận thuốc chất lượng cao với chi phí và giá thành hợp lý. Tầm nhìn của Sandoz là trở thành công ty thuốc sinh học và generic hàng đầu và có giá trị nhất thế giới.

CHUYÊN MỤC: GIẢI ĐÁP THẮC MẮC VÀ TRẢ LỜI CÂU HỎI

Chuyên mục Dược sỹ giải đáp thắc mắc về thuốc, thiết bị y tế của độc giả quan tâm!

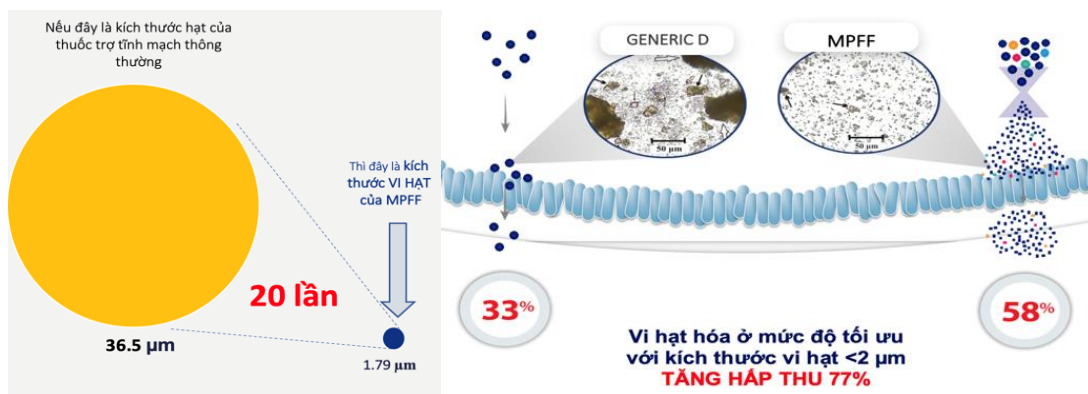
Câu hỏi: Chị NTT, nhân viên y tế đang công tác tại bệnh viện thắc mắc: “Tôi đang mang thai tháng thứ 6, tôi có thể sử dụng thuốc Daflon để điều trị trĩ được không? Hiện trên thị trường có 2 loại 500mg và 1000mg thì nên sử dụng hàm lượng nào phù hợp? Nếu tôi khám tại bệnh viện thì có được lĩnh thuốc Daflon trong danh mục bảo hiểm bệnh viện hay không?”

Dược sỹ trả lời: Kết quả từ các thử nghiệm cho thấy thuốc Daflon 500 không gây hại cho phụ nữ mang thai. Tuy vậy bệnh nhân cần tham khảo ý kiến của bác sĩ chuyên khoa Ngoại (tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây) trước khi quyết định sử dụng. Theo đó Daflon 500mg là thuốc không kê đơn, có thể mua dưới sự hướng dẫn của các dược sỹ tại nhà thuốc, còn Daflon 1000mg là thuốc kê đơn, nên cần có đơn của bác sỹ khi mua. Trong trường hợp bị trĩ, hoàn toàn có thể sử dụng Daflon 500mg để điều trị vì đây là chỉ định chính của thuốc, liều khuyến cáo trong điều trị trĩ cấp của Daflon 500 là 4 ngày đầu, mỗi ngày 6 viên; sau đó mỗi ngày dùng 4 viên, trong 3 ngày tiếp theo.

Hiện nay, Daflon thuộc nhóm danh mục biệt dược gốc và có trong danh mục BHYT của bệnh viện. Do đó bạn được thăm khám điều trị đầy đủ thuốc chất lượng, hiệu quả tốt

Câu hỏi: Chị Hoàng Minh T, dược sỹ đặt câu hỏi: Biệt dược gốc Daflon có ưu điểm gì tiêu biểu so với các thuốc Generic khác có chứa thành phần tương tự?

Biệt dược gốc Daflon có ưu điểm là được áp dụng công nghệ tạo vi hạt độc đáo giúp hấp thu vượt trội so với thuốc Generic khác (Theo nghiên cứu Garner R. C. et al, doi: 10.1002/jps.1168).



Khả năng phân rã của Daflon so với các thuốc generic được bào chế dưới dạng “vi hạt hóa” do Ukraina sản xuất cho kết quả Daflon có khả năng phân rã tốt hơn nhiều so với thuốc tương tự. (Theo Nghiên cứu Zupanets- Ukraina)./.

Chuyên mục trả lời câu hỏi, giải đáp thắc mắc là chuyên mục của đơn vị thông tin thuốc của tổ Dược Lâm Sàng nhiệm vụ chính: thu thập tiếp nhận, trả lời đầy đủ các câu hỏi thông tin thuốc cho bác sỹ, điều dưỡng, nhân viên y tế và người bệnh (Theo tiêu chí C9.5), nhằm đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn hiệu quả và kinh tế.

Địa chỉ nhận câu hỏi: (ghi rõ họ tên và đơn vị công tác). Câu hỏi gửi về Khoa Dược theo email: duocbvml@gmail.com hoặc đặt câu hỏi trực tiếp qua.