

BẢN TIN

THÔNG TIN THUỐC

DƯỢC LÂM SÀNG

Chỉ đạo chuyên môn:

BSCK1. Lê Thành Quang

BSCK1. Đoàn Trí Dũng

Tổ thông tin thuốc –DLS:

DSCK1. K’ Brội

DS. Phan Thị Diệu Trâm

DS. Lê Thị Hoàng Huyền

NỘI DUNG

MỞ ĐẦU

☞ Mọi quan hệ giữa bác sỹ, dược sỹ và điều dưỡng

ĐIỂM TIN – CẢNH GIÁC DƯỢC

- ☞ Cập nhật thông tin liên quan đến tính an toàn của kháng sinh nhóm quinolon và fluoroquinolon
- ☞ Khuyến cáo từ cơ quan quản lý dược của Úc(TGA): Lạm dụng và lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin
- ☞ Health Canada: Sản phẩm chứa Ginkgo giloba và nguy cơ loạn nhịp tim
- ☞ Khuyến cáo từ cơ quan Quản lý Dược phẩm New Zealand(Medsafe): Nguy cơ tử vong do quá liều và các trường hợp ngộ độc colchicin

SỬ DỤNG THUỐC HỢP LÝ, AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ

- ☞ Sử dụng hợp lý, an toàn thuốc ức chế Bơm proton
- ☞ Hướng dẫn pha chế và thực hiện một số thuốc kháng sinh đường tiêm truyền
- ☞ Tương tác thuốc thường gặp trên lâm sàng
- ☞ Hướng dẫn tra cứu tương hợp, tương kỵ thuốc tiêm

THÔNG TIN KHÁC

- ☞ Vaccine Covid-19: Phụ nữ có thai và cho con bú

THƯ GIẢN

Mối quan hệ giữa bác sĩ, dược sĩ và điều dưỡng

Ở góc nhìn vĩ mô, một hệ thống y tế trong đó các cơ quan, đơn vị phối hợp nhịp nhàng thì chất lượng chăm sóc y tế mới cải thiện nhanh chóng. Ở góc nhìn vi mô, việc làm việc nhóm ăn ý, tương hỗ nhau giữa các nhân viên y tế, đặc biệt là giữa 3 thành tố nòng cốt là bác sĩ – dược sĩ – điều dưỡng, đóng vai trò thiết yếu để có thể chăm sóc y tế cho bệnh nhân được tối ưu.

Bác sĩ là người chịu trách nhiệm cao nhất để đưa ra quyết định chẩn đoán và điều trị. Bác sĩ là người có nền tảng kiến thức bao quát nhất (từ giải phẫu, sinh lý, bệnh lý, chẩn đoán, điều trị) chịu trách nhiệm thu thập tất cả các thông tin liên quan đến bệnh nhân để có thể đưa ra quyết định điều trị hợp lý nhất. Các thông tin thu thập đến từ trao đổi với bệnh nhân, thu thập từ đơn thuốc, bệnh án, cũng như trao đổi thông tin từ dược sĩ và điều dưỡng.

Dược sĩ là một chuyên gia được đào tạo chuyên sâu về thuốc, chịu trách nhiệm tìm hiểu sâu việc tối ưu dùng thuốc cho từng bệnh nhân cụ thể: như chọn thuốc, liều dùng, đường dùng, hướng dẫn cách dùng và theo dõi – kiểm soát tác dụng có hại của thuốc. Việc dùng thuốc đang ngày càng trở nên phức tạp do số lượng thuốc trên thị trường ngày càng phong phú về chủng loại, dạng bào chế; bệnh nhân thường phải dùng nhiều thuốc điều trị một lúc nên nguy cơ gặp tương tác giữa các thuốc rất cao; số lượng bệnh nhân mạn tính đòi hỏi dùng thuốc điều trị cả đời có xu hướng tăng nhanh trong khi việc sử dụng thuốc hợp lý ở đối tượng này còn rất nhiều sai sót. Vì vậy, vai trò của người dược sĩ trong việc hỗ trợ bác sĩ, điều dưỡng cũng như bệnh nhân trong việc tư vấn sử dụng thuốc hợp lý ngày càng được đề cao. Tại Mỹ, kể từ năm 1997, toàn bộ các Trường đại học dược Mỹ bắt buộc phải chuyển đổi từ hệ đào tạo cử nhân (hệ

5 năm) sang hệ đào tạo PharmD (hệ 6 năm) nếu muốn được cấp chứng chỉ hành nghề dược. Và trong chương đào tạo dược sĩ, các môn học lâm sàng và sử dụng thuốc được tăng cường tối đa. Các dược sĩ tại Mỹ sau khi tốt nghiệp đa số làm việc tại nhà thuốc, phần còn lại làm việc tại các bệnh viện.

Ở Việt Nam, chương trình đào tạo dược sĩ hiện tại vẫn duy trì đào tạo 5 năm. Thời gian học các môn lâm sàng và sử dụng thuốc cũng có xu hướng tăng lên giống như của thế giới, tuy có chậm hơn. Tuy nhiên, để bảo đảm đào tạo dược sĩ có năng lực lâm sàng và kiến thức về thuốc đủ vững để có thể làm việc nhóm với bác sĩ, điều dưỡng, và bệnh nhân, trong chương trình đào tạo dược sĩ cần phải: tăng hơn nữa thời gian dạy các môn lâm sàng và sử dụng thuốc, tăng thời gian đi thực tập tại nhà thuốc và bệnh viện, áp dụng các phương pháp học tích cực (thảo luận nhóm, học dựa theo tính huống – vấn đề).

Điều dưỡng là người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân nhiều nhất, chịu trách nhiệm chăm sóc y tế, cho bệnh nhân dùng thuốc và tư vấn cho bệnh nhân. Khối lượng công việc của một điều dưỡng thường nặng nề, vất vả và áp lực. Do đó, điều dưỡng có lẽ là thành viên dễ bị tổn thương nhất trong nhóm nhân viên y tế. Vì vậy, người điều dưỡng rất cần sự hợp tác chặt chẽ của bác sĩ và dược sĩ để có thể hoàn thành tốt công việc của mình. Mặt khác, bác sĩ và dược sĩ cũng rất cần điều dưỡng vì điều dưỡng là người tiếp xúc bệnh nhân nhiều nhất, có thể cung cấp cho bác sĩ và dược sĩ nhiều thông tin quan trọng.

Nếu ví hệ thống y tế giống như lĩnh vực hàng không, để có thể lái chiếc máy bay đưa bệnh nhân từ nơi nguy hiểm tính mạng đến nơi an toàn (khỏi bệnh và không

bị tác dụng có hại của thuốc), thì không thể thiếu sự hợp tác giữa bác sĩ đóng vai trò là một phi công trưởng, dược sĩ (phi công phụ lái) và các điều dưỡng (các nữ tiếp viên). Để có thể làm việc nhóm được nhịp nhàng, hiệu quả, thì mỗi thành viên của nhóm phải:

- Hiểu được sứ mệnh chung của mỗi thành viên là sự an toàn và hiệu quả điều trị cho người bệnh.
- Tôn trọng vai trò, năng lực và đóng góp của các thành viên khác nhau trong nhóm. Không phân biệt đối xử về vị trí công tác giữa các thành viên, giữa những người giỏi hoặc kém hơn mình.
- Giao tiếp, trao đổi thông tin thường xuyên, cởi mở với nhau. Duy trì sự đối thoại tích cực trên tinh thần xây dựng trong công việc hàng ngày như hội chẩn, sinh hoạt chuyên môn khoa học, trao đổi những vấn đề liên quan người bệnh.
- Có thiện chí giải quyết, hỗ trợ về mọi vấn đề trong quá trình làm việc.

Để có thể đạt được điều đó, trong chương trình đào tạo ở nhiều nước đã triển khai dạy chung một số môn cho cả sinh viên y, dược, điều dưỡng. Các bạn sinh viên được giao các bài tập nhóm để làm chung. Qua đó, các bạn sinh viên sớm làm quen với nhau, biết được vai trò – điểm mạnh – điểm yếu của nhau cũng như tập các kỹ năng làm việc nhóm. Các nghiên cứu đều cho thấy với phương pháp đào tạo chung này đã có tác dụng tích cực nâng cao khả năng làm việc nhóm của các sinh viên này sau khi ra trường.

Trong nghề y, việc phối hợp giữa các nhân viên y tế, đặc biệt giữa bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng có ý nghĩa quan trọng nhằm cứu chữa người bệnh một cách kịp thời và có hiệu quả cao nhất. Là nhân viên y tế, dù ở bất kỳ lĩnh vực nào cũng mang trong mình mong muốn cao nhất và duy nhất là mỗi lần bệnh nhân sử dụng dịch vụ y tế, cũng giống như đi một chuyến máy bay đều có một chuyến bay an toàn và bình yên.

Nguồn: *Nhịp cầu dược lâm sàng*

CẬP NHẬT THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN TÍNH AN TOÀN CỦA KHÁNG SINH NHÓM QUINOLON VÀ FLUOROQUINOLON

(Đính kèm theo công văn số 5785/QLD-ĐK ngày 24 tháng 5 năm 2021 của Cục quản lý Dược Bộ Y tế)

1. Nguy cơ hạ đường huyết nghiêm trọng và ảnh hưởng lên sức khỏe tâm thần

Ngày 10/07/2018, Cơ quan Quản lý Thuốc và Thực phẩm Hoa Kỳ (US.FDA) thông báo cần tăng cường các cảnh báo về nguy cơ hạ đường huyết nghiêm trọng và ảnh hưởng bất lợi lên sức khỏe tâm thần trong thông tin kê đơn của các kháng sinh nhóm fluoroquinolon tác dụng toàn thân sử dụng theo đường uống hoặc tiêm truyền. Nồng độ đường huyết thấp là nguyên nhân dẫn đến một số vấn đề nghiêm trọng, bao gồm cả hôn mê, đặc biệt ở người cao tuổi và bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị bằng thuốc hoặc insulin. US.FDA yêu cầu thông tin về các tác dụng bất lợi trên cần được thể hiện nổi bật hơn trên nhãn thuốc và nội dung cần nhất quán giữa các thuốc trong nhóm. Quyết định này được đưa ra sau một cuộc rà soát gần đây của US.FDA cho thấy có một loạt báo cáo về hạ đường huyết đe dọa tính mạng, trong đó, một số trường hợp có thêm cả tác dụng bất lợi trên tâm thần khi sử dụng các kháng sinh fluoroquinolon. Trên thế giới, nguy cơ hạ đường huyết nghiêm trọng và ảnh hưởng sức khỏe tâm thần cũng đã được Cơ quan Quản lý Dược phẩm Australia (TGA) cảnh báo.

2. Nguy cơ tác dụng bất lợi nghiêm trọng, gây tàn tật và không hồi phục

Ngày 15/11/2018, Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA) thông báo kết thúc cuộc rà soát về tác dụng bất lợi nghiêm trọng, gây tàn tật và không hồi phục liên quan đến việc sử dụng kháng sinh quinolon và fluoroquinolon tác dụng

toàn thân theo đường uống, tiêm truyền hoặc dạng hít. EMA kết luận ngừng giấy phép lưu hành các kháng sinh quinolon bao gồm Cinoxacin, flumequin, acid nalidixic và acid pipemidic do các kháng sinh này chỉ được phê duyệt chỉ định điều trị một số ít loại nhiễm khuẩn mà hiện không còn sử dụng. Với các kháng sinh fluoroquinolon, EMA khẳng định việc sử dụng cũng nên được giới hạn. Theo đó, không sử dụng kháng sinh fluoroquinolon trong các trường hợp:

- Điều trị nhiễm khuẩn có thể cải thiện mà không cần điều trị hoặc các nhiễm khuẩn không nghiêm trọng;
- Điều trị các nhiễm trùng không do vi khuẩn như viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn (mạn tính);
- Dự phòng tiêu chảy khi đi du lịch hoặc nhiễm khuẩn đường niệu dưới tái phát;
- Điều trị các nhiễm khuẩn từ nhẹ đến trung bình nặng trừ khi các kháng sinh được khuyến cáo phổ biến khác không sử dụng được.

Đặc biệt lưu ý tránh sử dụng các kháng sinh fluoroquinolon ở bệnh nhân có tiền sử gặp tác dụng bất lợi nghiêm trọng với fluoroquinolon hoặc quinolon. Đặc biệt thận trọng khi sử dụng kháng sinh này ở người cao tuổi, bệnh nhân có bệnh thận, bệnh nhân đã ghép tạng hoặc người được điều trị bằng corticosteroid do các bệnh nhân này có nguy cơ cao bị tổn thương gân. Khuyến cáo của Hội đồng Thuốc sử dụng cho người của EMA (CHMP) đã được gửi đến Ủy ban Châu Âu và Ủy ban Châu Âu đã có quyết định pháp lý cuối

cùng áp dụng trên toàn Châu Âu vào tháng 3/2019.

Trước đó, để giảm thiểu nguy cơ xảy ra phản ứng có hại nghiêm trọng có khả năng không hồi phục và gây tàn tật liên quan đến gân, cơ, xương và thần kinh trung ương do sử dụng các kháng sinh nhóm fluoroquinolon, US.FDA đã thông báo giới hạn sử dụng các thuốc này trong điều trị viêm xoang, viêm phế quản và nhiễm khuẩn đường niệu không phức tạp. Tại Việt Nam, Cục Quản lý Dược cũng đã có Công văn số 5748/QLD-ĐK ngày 27/4/2016 yêu cầu cập nhật thông tin dược lý đối với thuốc chứa kháng sinh fluoroquinolon theo khuyến cáo của US.FDA.

3. Nguy cơ đứt hoặc rách động mạch chủ

Ngày 20/12/2018, US.FDA cảnh báo tăng nguy cơ đứt hoặc rách động mạch chủ ở bệnh nhân điều trị bằng kháng sinh fluoroquinolon tác dụng toàn thân sử dụng theo đường uống hoặc tiêm truyền. US.FDA đã rà soát các báo cáo biến cố bất lợi và 4 nghiên cứu quan sát được công bố chỉ ra nguy cơ phình động mạch chủ và tách thành động mạch chủ tăng liên quan đến việc sử dụng fluoroquinolon. Nguy cơ

nền biến cố phình động mạch chủ được ước tính dao động từ 9 biến cố/100.000 người/năm trong quần thể chung và đến 300 biến cố/100.000 người/năm ở quần thể có nguy cơ cao nhất. Động mạch chủ bị rách hay còn gọi là tách thành động mạch chủ, hoặc đứt phình động mạch chủ có thể dẫn tới xuất huyết nghiêm trọng, thậm chí tử vong. Do nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguy cơ nguy cơ đứt và rách thành động mạch chủ tăng trên 2 lần ở những người sử dụng fluoroquinolon, US.FDA xác định vấn đề này cần cảnh báo cho cán bộ y tế và bệnh nhân. Theo đó, không nên sử dụng các kháng sinh fluoroquinolon ở bệnh nhân có nguy cơ cao gặp biến cố bất lợi trên trừ khi không có biện pháp điều trị thay thế. Các bệnh nhân có nguy cơ cao gặp biến cố này bao gồm: tắc nghẽn hoặc phình động mạch chủ hoặc các mạch máu khác, tăng huyết áp, các rối loạn gen liên quan đến thay đổi mạch máu và người cao tuổi. US.FDA yêu cầu bổ sung cảnh báo về nguy cơ trên vào thông tin sản phẩm và hướng dẫn cho bệnh nhân của tất cả các kháng sinh fluoroquinolon tác dụng toàn thân. Trên thế giới, nguy cơ đứt hoặc rách động mạch chủ cũng đã được Cơ quan Quản lý Dược phẩm Australia (TGA) và Singapore (HSA) cảnh báo.

Nguồn: Cảnh giác dược

Cảnh báo Đặc biệt từ TGA: Lạm dụng và lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin



Cảnh báo Đặc biệt lưu ý nguy cơ sử dụng pregabalin sai mục đích, đồng thời lưu ý nguy cơ lạm dụng hoặc lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin. Những nguy cơ kể trên có thể dẫn tới tác dụng không mong muốn nghiêm trọng và đe dọa tính mạng. Nguy cơ xảy ra tác dụng không mong muốn càng tăng lên nếu sử dụng phối hợp cùng thuốc có tác dụng an thần, bao gồm cả các opioid.

Cơ quan Quản lý Dược phẩm Australia (TGA) yêu cầu các nhà sản xuất bổ sung mục Cảnh báo Đặc biệt vào tờ hướng dẫn sử dụng của các sản phẩm chứa pregabalin và gabapentin và khuyến cáo nhân viên kê đơn cần đánh giá nguy cơ sử dụng pregabalin sai mục đích và nguy cơ lạm dụng hoặc lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin trước khi kê các thuốc trên, đồng thời cần phải theo dõi bệnh nhân thường xuyên trong quá trình điều trị.

Quyết định bổ sung Cảnh báo Đặc biệt này được đưa ra sau khi TGA tiến hành nghiên cứu các báo cáo về tình trạng sử dụng pregabalin sai mục đích và tình trạng lạm dụng hoặc lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin trong thời gian dài ở Australia. Pregabalin và gabapentin được sử dụng để điều trị đau thần kinh (đau do bất thường hoặc tổn thương dây thần kinh) và động kinh. Các thuốc trên có thể được sử dụng đơn lẻ hoặc sử dụng phối hợp với các thuốc khác. Pregabalin được lưu hành ở Australia dưới tên biệt dược Lyrica và một vài dạng thuốc generic. Gabapentin được

lưu hành dưới tên biệt dược Neurontin và một vài dạng thuốc generic.

Như với bất kỳ thuốc nào, chuyên gia y tế và bệnh nhân phải đánh giá nguy cơ và lợi ích khi sử dụng pregabalin và gabapentin dựa trên tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Nếu sau khi cân nhắc các tác dụng phụ có thể xảy ra liên quan tới pregabalin và gabapentin mà chuyên gia y tế quyết định sử dụng các thuốc trên, thì thuốc cần được sử dụng với liều tối thiểu có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

PI là tài liệu được viết bởi công ty dược phẩm chịu trách nhiệm về sản phẩm (còn gọi là ‘sponsor’) và đã được TGA chấp thuận. Tài liệu cung cấp thông tin khách quan về chất lượng, an toàn và hiệu quả của thuốc, với mục đích hỗ trợ bác sĩ, dược sĩ và các chuyên gia y tế khác trong việc kê đơn và cấp phát thuốc. Tương tự, CMI thông tin cho người sử dụng về cách sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả. PI và CMI của tất cả các thuốc kê đơn trong Danh mục Thuốc Australia (Australia Register of Therapeutic Goods) đều có trên website của TGA.

Nghiên cứu của TGA

TGA đã nghiên cứu các báo cáo trong thời gian dài về tình trạng sử dụng pregabalin sai mục đích và tình trạng lạm dụng hoặc lệ thuộc vào pregabalin và gabapentin ở Australia và đã tham khảo ý kiến chuyên gia của Hội đồng Cố vấn Y học (Advisory Committee for Medicines.)

Hệ thống Thông tin Pháp y Quốc gia (National Coronial Information System) cho biết số trường hợp tử vong liên quan tới pregabalin đã tăng từ 16 trường hợp vào năm 2013 lên 121 trường hợp vào năm 2016. Đại đa số các trường hợp tử vong này xảy ra ngoài ý muốn. Hơn nữa, một nghiên cứu vào năm 2018 về dữ liệu xe cứu thương của Tạp chí Y học Australia (Medical Journal of Australia) đã chỉ ra tần suất sử dụng xe cứu thương liên quan tới pregabalin đã tăng gấp 10 lần kể từ năm 2012, chủ yếu do bệnh nhân thường xuyên sử dụng nhầm lẫn pregabalin với các thuốc an thần khác.

Tính đến ngày 19 tháng 01 năm 2021, Cơ sở dữ liệu về Báo cáo Biến cố bất lợi của TGA (Database of Adverse Event Notifications) đã ghi nhận lần lượt 184 và 18 báo cáo về trường hợp nghi ngờ lạm dụng, sử dụng sai mục đích hoặc lệ thuộc vào các sản phẩm chứa pregabalin và gabapentin. Có 111 ca tử vong và 110 ca trong số đó xác định pregabalin là thuốc nghi ngờ.

Thông tin dành cho người sử dụng

Nếu bạn hoặc người mà bạn chăm sóc sử dụng pregabalin hoặc gabapentin, xin hãy lưu ý rằng các thuốc trên tiềm ẩn nguy cơ lạm dụng và lệ thuộc vào thuốc. Những nguy cơ này có thể dẫn tới tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng, và nguy cơ có thể càng tăng lên nếu các thuốc trên được sử dụng đồng thời với các thuốc an thần khác và/hoặc đồ uống có cồn.

Hãy trình bày với bác sĩ nếu bạn có tiền sử sử dụng sai cách, lạm dụng hoặc lệ thuộc vào thuốc, vì điều này sẽ giúp bác sĩ cân nhắc liệu các thuốc trên có phù hợp với bạn hay không.

Hãy tuân thủ nghiêm ngặt hướng dẫn của bác sĩ điều trị, đặc biệt là các hướng dẫn

về liều dùng, và tuyệt đối không chia sẻ thuốc của bạn với bất kỳ ai khác. Tuyệt đối không được ngừng uống thuốc đột ngột hoặc trước khi tham khảo ý kiến bác sĩ.

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc lo ngại nào về các vấn đề nêu trên, hãy trình bày với bác sĩ điều trị. Họ là người ở vị trí tốt nhất để cung cấp cho bạn các khuyến cáo lâm sàng dựa trên hoàn cảnh của cá nhân bạn.

Thông tin dành cho chuyên gia y tế

Rà soát tiền sử rối loạn sử dụng chất kích thích và dấu hiệu lạm dụng hoặc lệ thuộc vào thuốc trước khi kê đơn thuốc pregabalin hoặc gabapentin.

Theo dõi bệnh nhân thường xuyên trong quá trình điều trị, đặc biệt là các bệnh nhân đang hoặc đã từng sử dụng các opioid và/hoặc các benzodiazepin. Đặc biệt theo dõi việc tăng liều sử dụng hoặc hành vi tìm kiếm thuốc.

Thận trọng khi kê đơn thuốc pregabalin hoặc gabapentin phối hợp với các opioid do nguy cơ ức chế thần kinh trung ương. Phối hợp với các opioid có thể dẫn tới tình trạng an thần quá mức, ức chế hô hấp, hôn mê và tử vong. Trên các bệnh nhân cần thiết phải phối hợp pregabalin hoặc gabapentin với các thuốc ức chế thần kinh trung ương, bao gồm cả các opioid, cần phải theo dõi chặt chẽ dấu hiệu ức chế thần kinh trung ương, như lơ mơ, an thần và ức chế hô hấp. Hạn chế liều và thời gian sử dụng tới mức tối thiểu cần thiết để đạt được hiệu quả điều trị.

Đã phát hiện các triệu chứng cai thuốc sau khi ngừng điều trị ngắn hạn hoặc dài hạn trên một số bệnh nhân. Các triệu chứng sau đã được báo cáo: mất ngủ, đau đầu, buồn nôn, lo lắng, tăng tiết mồ hôi và tiêu chảy. Việc ngừng điều trị nên được thực hiện dần dần trong vòng tối thiểu một tuần.

Nguồn: Cảnh giác Dược

HEALTH CANADA: SẢN PHẨM CHỨA GINKGO BILOBA VÀ NGUY CƠ LOẠN NHỊP TIM

Thông tin chính

- ☞ Một số trường hợp loạn nhịp tim nghi ngờ do sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo biloba* đường uống được báo cáo ở Canada và trên thế giới.
- ☞ Cán bộ y tế cần hỏi bệnh nhân về tiền sử sử dụng sản phẩm có nguồn gốc từ thiên nhiên chứa *Ginkgo biloba*.
- ☞ Cán bộ y tế nên báo cáo các trường hợp loạn nhịp tim nghi ngờ do sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo biloba* để Cơ quan quản lý tiếp tục theo dõi và đánh giá nguy cơ.

Lá của cây *Ginkgo biloba* được dùng để cải thiện tư duy và trí nhớ ở người lớn và hỗ trợ lưu thông máu.



Tính đến ngày 30/06/2020, Health Canada nhận được 15 báo cáo ghi nhận phản ứng có hại trong nước về triệu chứng loạn nhịp tim nghi ngờ liên quan đến sản phẩm chứa *Ginkgo biloba*; trong đó có 10 báo cáo nghiêm trọng. Những thông tin cung cấp trong các báo cáo này chưa đủ để đánh giá mối quan hệ nhân quả giữa triệu chứng loạn nhịp tim và việc sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo*

biloba.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã điều tra vấn đề trên và công bố một tóm tắt tín hiệu an toàn trong WHO Pharmaceuticals Newsletter. Tính đến ngày 11/09/2019, trong cơ sở dữ liệu của WHO có 162 báo cáo đến từ 18 nước trên thế giới về trường hợp loạn nhịp tim liên quan đến sản phẩm chứa *Ginkgo biloba* được phân tích. 92/162 (57%) báo cáo chỉ ra *Ginkgo biloba* là thuốc nghi ngờ duy nhất. Các phản ứng bất lợi thông thường là hồi hộp, nhịp tim nhanh, mất ý thức, ngất và nhịp tim chậm. Hạn chế chính được xác định gồm khả năng nhiễu bởi chỉ định và yếu tố bệnh lý nền. Bản tóm tắt tín hiệu của WHO kết luận có thể nghi ngờ có mối liên quan giữa *Ginkgo biloba* và loạn nhịp tim.

Trong y văn cũng đã có báo cáo các trường hợp loạn nhịp tim liên quan đến *Ginkgo biloba*. Các phản ứng bất lợi chủ yếu gồm rối loạn nhịp thất, nhịp nhanh thất và rung nhĩ kịch phát. Trong tất cả các trường hợp trên, bệnh nhân cải thiện khi ngừng sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo biloba*.

Cơ chế gây loạn nhịp tim của *Ginkgo biloba* chưa được làm rõ.

Cán bộ y tế cần lưu ý về nguy cơ xảy ra phản ứng bất lợi trên tim ở bệnh nhân sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo biloba*. Cán bộ y tế cần hỏi bệnh nhân về tiền sử sử dụng *Ginkgo biloba* và các sản phẩm có nguồn gốc từ thiên nhiên. Cán bộ y tế nên báo cáo các ca loạn nhịp tim nghi ngờ do sử dụng sản phẩm chứa *Ginkgo biloba* để tiếp tục theo dõi và đánh giá nguy cơ.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/1886/Health-Canada-san-pham-chua-Ginkgo-biloba-va-nguy-co-loan-nhip-tim.htm>

Medsafe: Nguy cơ tử vong do quá liều và các trường hợp ngộ độc colchicin



Thông điệp chính

- Colchicin là thuốc có khoảng điều trị hẹp. Quá liều colchicin dẫn đến nguy cơ tử vong cao và hiện chưa có phương pháp điều trị hiệu quả cho trường hợp ngộ độc colchicin nặng.
- Trung tâm Chất độc Quốc gia của New Zealand chỉ ra một số nguyên nhân phổ biến dẫn đến ngộ độc colchicin
- Trao đổi cụ thể với người bệnh về sử dụng đúng liều, bảo quản an toàn và xử lý thuốc còn thừa phù hợp nhằm giảm nguy cơ gây hại của thuốc

Chỉ định và liều dùng colchicin

Colchicin được chỉ định điều trị cơn gout cấp khi các thuốc chống viêm non-steroid không có tác dụng, không dung nạp được hoặc chống chỉ định.

Liều được chấp thuận cho điều trị gout là 1 mg (2 viên) khi có dấu hiệu khởi phát đầu tiên, tiếp theo là 0,5 mg (1 viên) 1 giờ sau đó. Liều cao hơn không cho thấy tăng hiệu quả điều trị. Liều tối đa được khuyến cáo khi điều trị cơn gout cấp là 1,5 mg (3 viên) trong khoảng thời gian 1 giờ. Một đợt điều trị colchicin không nên lặp lại trong vòng 3 ngày.

Colchicin có thể gây tử vong khi quá liều

Colchicin có khoảng điều trị hẹp. Khác biệt giữa liều tác dụng và liều gây độc hiện vẫn chưa được xác định rõ.

Các báo cáo đơn lẻ và chuỗi báo cáo cho thấy nguy cơ tử vong phụ thuộc liều dùng tăng lên đáng kể trong phạm vi liều colchicin hẹp từ 0,5-1 mg/kg khi sử dụng trong thời gian ngắn. Ngay cả với mức liều dưới 0,5 mg/kg (thấp nhất là 0,18 mg/kg) cũng được xác định có liên quan đến các trường hợp tử vong tại New Zealand, với nhiều ca vô tình quá liều.

Tử vong do độc tính của colchicin xảy ra ở người trưởng thành với liều thấp như 7mg khi sử dụng với mục đích điều trị.

Nguy cơ gây độc tăng lên khi sử dụng đồng thời với các thuốc ức chế cytochrome P450 CYP3A4 hoặc P-glycoprotein, và có bệnh mắc kèm như suy gan, suy thận.

Hiện chưa có thuốc giải độc khi ngộ độc colchicin. Thường điều trị hỗ trợ và dùng than hoạt ở giai đoạn sớm. Ngộ độc colchicin có tỉ lệ tử vong cao.

Ngộ độc colchicin tại New Zealand

Từ 01/01/2016 đến 14/01/2021, Trung tâm chống độc quốc gia (NPC) nhận được 56 trường hợp đặc biệt liên quan đến ngộ độc colchicin.

43% trường hợp có độ tuổi từ 1 đến 4 tuổi, 36% từ 20 đến 75 tuổi.

Thông tin chi tiết về các trường hợp ngộ độc:

Trẻ sử dụng thuốc vì tò mò: 43% trường hợp ngộ độc colchicin là trẻ mới biết đi và trẻ nhỏ (từ 1 đến 4 tuổi) sử dụng thuốc không được giám sát. Do trẻ còn nhỏ nên chỉ 1 lượng ít colchicine (1 hoặc 2 viên) cũng có nguy cơ gây độc – cần chuyển tuyến để đánh giá tình trạng bệnh.

- Sai sót trong điều trị: 35% trường hợp là người trưởng thành phơi nhiễm với liều

trên mức điều trị. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân hiểu sai cách sử dụng colchicin hoặc cố gắng tăng hiệu quả điều trị để giảm bớt các triệu chứng của gout.

- Tự đầu độc có chủ ý: bất kỳ trường hợp nào cố ý phơi nhiễm với colchicin đều có thể phải cấp cứu y tế, căn cứ vào mức độ ngộ độc nghiêm trọng và tỷ lệ tử vong cao liên quan đến quá liều colchicin.

Giảm thiểu tác hại của colchicin trong cộng đồng

- Trao đổi với bệnh nhân về tầm quan trọng của việc bảo quản thuốc tránh xa tầm nhìn và tầm với của trẻ nhỏ

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/1950/Medsafe-nguy-co-tu-vong-do-qua-lieu-va-cac-truong-hop-ngo-doc-colchicin-tai-New-Zealand.htm>

- Khuyến khích bệnh nhân trả lại thuốc dùng thừa hoặc hết hạn cho nhà thuốc để có biện pháp xử lý phù hợp

- Khi cấp phát colchicin, trao đổi với bệnh nhân về bao bì chống trẻ em nếu người bệnh đồng ý.

- Đảm bảo người bệnh hiểu thời gian sử dụng và cách sử dụng colchicin.

SỬ DỤNG HỢP LÝ, AN TOÀN THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON

Thuốc ức chế bơm proton (PPI) là một trong những thuốc được sử dụng rộng rãi nhất trong thực hành lâm sàng. PPI có hiệu quả cao trong việc làm giảm các triệu chứng gây ra do tăng tiết acid dịch vị và nhìn chung được dung nạp khá tốt. Tuy nhiên, không nên kê đơn PPI vô thời hạn mà không đánh giá lại người bệnh. PPI nên được dùng ở liều thấp nhất có hiệu quả và trong thời gian ngắn nhất có thể. Việc sử dụng “khi cần” có thể phù hợp hơn việc dùng hàng ngày với một số bệnh nhân. Bệnh nhân nên được cảnh báo về hiện tượng tăng tiết acid hồi ứng thường xuất hiện thậm chí trong vòng 4 tuần sau khi ngừng điều trị. Nhiều bệnh nhân có thể kiểm soát các triệu chứng sau khi ngừng thuốc này bằng các thuốc thay thế khác như antacid.

Sử dụng PPI

Việc điều trị các triệu chứng liên quan đến tăng tiết acid dịch vị đã bắt đầu từ thời Hy Lạp cổ đại với việc sử dụng bột san hô (calci carbonat) để làm giảm chứng khó tiêu. Trong những năm 1970 và 1980, các thuốc đối kháng thụ thể H₂, như ranitidin đã ra đời, tiếp đó là các thuốc ức chế bơm proton (PPI) có hiệu quả cao hơn trong giảm tiết acid dịch vị. Hiện PPI đã thay thế phần lớn các thuốc đối kháng thụ thể H₂ trong thực hành, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhiều bệnh nhân. Lợi ích này là nguyên nhân khiến PPI được dùng rộng rãi hơn trong chăm sóc sức khỏe ban đầu so với các nhóm thuốc khác trong điều trị các bệnh lý liên quan đến tăng tiết acid dịch vị.

Các PPI chính sử dụng trong thực hành lâm sàng

Ở New Zealand, có 3 thuốc PPI được bảo hiểm xã hội chi trả hoàn toàn trong Danh mục thuốc: omeprazol, lansoprazol và pantoprazol. 3 thuốc này cũng có thể mua với số lượng hạn chế, không cần kê đơn tại các hiệu thuốc. Rabeprazol hiện chưa được bảo hiểm chi trả và cần được kê đơn.

Tại Việt Nam, hiện có đầy đủ cả 6 loại PPI được dùng rộng rãi trong thực hành là omeprazole, lansoprazole, dexlansoprazol, pantoprazole, rabeprazole và esomeprazole.

Chỉ định của các PPI

- Điều trị bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GORD), bao gồm cả bệnh thực quản Barrett.
- Dự phòng loét dạ dày - tá tràng liên quan đến NSAIDs.
- Điều trị loét dạ dày - tá tràng lành tính.
- Diệt *Helicobacter pylori* (phối hợp với kháng sinh).
- Điều trị hội chứng Zollinger – Ellison.

Tính an toàn của PPI

Tỷ lệ gặp tác dụng bất lợi liên quan đến PPI tương đối thấp. Tất cả các PPI đều có thể gây đau đầu và các biến cố bất lợi trên tiêu hóa, như buồn nôn, nôn, đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy hoặc táo bón. Các biến cố bất lợi trên tiêu hóa của PPI đôi khi có thể bị nhầm lẫn với triệu chứng của GORD, làm cho bác sĩ điều trị tăng liều PPI đang dùng cho bệnh nhân vì cho

rằng thuốc chưa đạt hiệu quả mong đợi. Ở mức độ ít gặp hơn, dùng PPI có thể gây khô miệng, phù ngoại vi, hoa mắt, rối loạn giấc ngủ, mệt, rối loạn cảm giác, đau khớp, đau cơ, phát ban, ngứa và viêm thận kẽ. Chưa phát hiện mối liên quan giữa PPI và tăng tỷ lệ dị tật thai nhi trên người. Do đó, PPI được coi là an toàn trong thai kỳ. Có thể cân nhắc đến các liệu pháp khác phù hợp cho phụ nữ mang thai cần thuốc ức chế acid bao gồm antacid (calci carbonat, alginat) hoặc ranitidin trước. Nếu những thuốc này không đạt hiệu quả mong muốn thì cân nhắc sử dụng PPI. Nên tránh dùng PPI liều cao hơn ở bệnh nhân có bệnh gan mức độ trung bình hoặc nặng, do giảm chuyển hóa ở gan có thể gây tích lũy thuốc.

Tăng nguy cơ nhiễm trùng

Tác dụng ức chế tiết acid dịch vị của PPI làm tăng nguy cơ nhiễm trùng từ các căn nguyên ở đường tiêu hóa hay hô hấp, dù nguy cơ khá thấp. Nguy cơ cao hơn được cho là do giảm tác dụng bảo vệ dạ dày của “bức tường acid”, khiến các mầm bệnh sống có thể di chuyển lên hoặc xuống trong đường tiêu hóa và xâm lấn đường hô hấp dưới. Nếu có thể, cân nhắc trì hoãn sử

dụng PPI cho bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng tăng, như bệnh nhân cao tuổi có người nhà bị cúm, bệnh nhân đang dùng kháng sinh.

Kém hấp thu các chất dinh dưỡng

Acid dịch vị làm tăng độ tan của các chất ở dạng muối không tan (như calci, sắt) và giúp hấp thu các vitamin liên kết với protein (như vitamin B12). Do đó, việc giảm tiết acid dịch vị có thể làm giảm hấp thu một số chất dinh dưỡng, dẫn đến tăng tỷ lệ bệnh liên quan đến kém hấp thu. Tuy nhiên, mối liên quan này hiện vẫn còn đang tranh cãi. Ở đa số trường hợp, bệnh nhân có thể yên tâm rằng chế độ ăn uống cân bằng, đầy đủ, chứa các chất thiết yếu và chất khoáng (như calci, sắt, folat, magnesi) là đủ để loại trừ nguy cơ này.

Dùng PPI kéo dài liên quan đến tăng nhẹ nguy cơ gãy xương. Tăng nguy cơ loãng xương nên được cân nhắc ở phụ nữ sau mãn kinh sử dụng PPI kéo dài, đặc biệt nếu bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khác, như tiền sử gia đình có người bị loãng xương hoặc sử dụng corticoid kéo dài. Khi đó, có thể làm giảm nguy cơ này bằng cách dùng PPI ở liều thấp nhất có hiệu quả, hoặc dùng “khi cần” nếu phù hợp.

Hạ magnesi máu nặng liên quan đến việc sử dụng PPI trên một số ít bệnh nhân, có thể cải thiện khi ngừng PPI. Bệnh nhân đang sử dụng PPI, có tiền sử nghiện rượu, có nguy cơ hạ magnesi máu tăng lên do tác dụng hiệp đồng của sử dụng ethanol mạn tính đến chức năng chuyển hóa. Sử dụng thuốc lợi tiểu, ciclosporin hoặc kháng sinh aminoglycosid đồng thời với PPI làm tăng nguy cơ hạ magnesi máu. Các triệu chứng của hạ magnesi máu thường không rõ ràng, có thể bao gồm chuột rút, yếu cơ, dễ bị kích thích hoặc lú lẫn. Không khuyến cáo xét nghiệm magnesi định kỳ ở bệnh nhân dùng PPI. Trong trường hợp bệnh nhân đang sử dụng PPI kéo dài và có các triệu chứng không rõ nguyên nhân, tương tự các triệu chứng của hạ magnesi máu thì nên cân nhắc xét nghiệm magnesi máu. Tăng sử dụng đồ ăn giàu magnesi, ví dụ các loại hạt, rau mồng tơi, lúa mì, hoặc thực phẩm bổ sung có chứa magnesi có thể giúp cải thiện nồng độ magnesi máu trong quá trình điều trị bằng PPI.

Thiếu hụt vitamin B12 liên quan đến sử dụng PPI ở bệnh nhân cao tuổi. Một số nghiên cứu cho thấy PPI làm giảm hấp thu vitamin B12 trong thức ăn. Ở bệnh nhân cao tuổi có chế độ dinh dưỡng kém, đang dùng PPI kéo dài, cần cân nhắc xét nghiệm vitamin B12 định kỳ.

Giảm natri máu liên quan đến việc sử dụng PPI gặp ở rất ít bệnh nhân, và thường gặp hơn ở người cao tuổi.

Viêm thận kẽ cấp tính liên quan đến PPI

Viêm thận kẽ có thể dẫn đến tổn thương thận vĩnh viễn. Các triệu chứng và dấu hiệu gợi ý viêm thận kẽ bao gồm: sốt, nổi ban, tăng bạch cầu ái toan, khó chịu, đau cơ, đau khớp, giảm cân, thay đổi lượng nước tiểu, đái ra máu hoặc mủ có kèm hoặc không kèm theo tăng huyết áp. NSAID cũng được biết đến khá rõ về nguy cơ gây độc thận, do đó, nên chú ý nghi ngờ hơn khả năng viêm thận kẽ ở bệnh nhân đang sử dụng NSAID có xuất hiện các triệu chứng này. Các yếu tố nguy cơ gây viêm thận kẽ khác bao gồm kháng sinh beta lactam (penicilin, cephalosporin), sulfonamid, thuốc lợi tiểu, bệnh lý nhiễm trùng, rối loạn miễn dịch hoặc ung thư. Trong trường hợp nghi ngờ viêm thận kẽ, cần soi nước tiểu và kiểm tra chức năng thận. Bệnh nhân cũng nên được gửi khám chuyên khoa thận. Để chẩn đoán xác định viêm thận kẽ, bắt buộc phải sinh thiết thận.

Tương tác thuốc

Quan ngại về khả năng tương tác giữa omeprazol và clopidogrel không chắc chắn có ý nghĩa lâm sàng. Do đó, không cần thiết phải thay đổi chế độ điều trị cho bệnh nhân đang sử dụng đồng thời một thuốc PPI và clopidogrel. Tuy nhiên, nếu bác sĩ đang cân nhắc kê đơn PPI và clopidogrel, thì khuyến cáo nên chọn pantoprazol do ít có tác dụng ức chế enzym CYP2C19 hơn so với omeprazol và lansoprazol. PPI có thể làm tăng nhẹ tác dụng chống đông của warfarin hoặc giảm tác dụng này khi ngừng PPI. Bệnh nhân đang dùng warfarin nên được đánh giá trị số INR thường xuyên hơn khi bắt đầu dùng, hoặc ngừng PPI để đảm bảo không gặp tương tác có ý nghĩa lâm sàng.

Nguồn: <http://magazine.canhgiacduoc.org.vn>

HƯỚNG DẪN PHA CHẾ VÀ THỰC HIỆN MỘT SỐ THUỐC KHÁNG SINH ĐƯỜNG TIÊM TRUYỀN

TT	Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng	Tên hoạt chất	Dạng bào chế	Dung môi tương hợp	Tiêm bắp	Tiêm tĩnh mạch		Truyền tĩnh mạch		Tương kỵ với thuốc/dung môi thực hiện cùng	Chú ý bảo quản, lưu ý đặc biệt)
						Cách pha	Tốc độ	Cách pha	Tốc độ		
I. NHÓM BETA-LACTAM											
1	Claminat 1,2 g	Amoxicilin + acid clavulanic	Bột pha tiêm	Natri clorid 0,9%	Không khuyến cáo sử dụng	Hòa tan với 20ml NCPT	3-4 phút	- Hoàn nguyên với 20ml NCPT - Pha loãng với 100ml NCPT hoặc Nacl 0,9%	30-60 phút	Glucose 5%; Kaliclorid; Aminoglycosid; Ciprofloxacin; Midazolam	Nên truyền trong vòng 3-4h sau khi pha loãng ở 25°C, bảo quản được ở 5°C trong 8h; - Không được trộn lẫn amoxicillin với aminoglycosid trong cùng bơm tiêm hoặc chai truyền; - Không được tiêm chung đường TM. Khi phối hợp với một kháng sinh aminoglycosid cần tiêm ở vị trí khác nhau.
2	Bicefzidim 1g	Ceftazidim	Bột pha tiêm	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%;Ringer lactat,Nacl -Glucose,	Hòa tan mỗi 1g với 4ml NCPT hoặc lidocain 1%	Hòa tan 1g/10ml NCPT	3-5 phút	Hòa nguyên: 1g/10ml NCPT Pha loãng với dm tương hợp: đến nồng độ 10mg-20mg/ml	15-30 phút	Natri bicarbonate; Amikacin; Amiodaron; Clarithromycin; Fluconazol; Gentamicin Midazolam; Pantoprazol; Tobramycin; Propofol	Khi hòa tan, sẽ tạo thành CO2, cần chờ 1-2 phút để loại hết CO2 trước khi sử dụng, sử dụng ngay sau khi pha hoặc 24h ở 2-8°C -Khi phối hợp với kháng sinh nhóm aminoglycosid(Gentamycin, tobramycin, amikacin) nên tiêm ở 2 vị trí khác nhau không được trộn lẫn cùng bơm tiêm hoặc chai truyền.

3	Cefotaxim 1g	Cefotaxim	Bột pha tiêm	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%	Hòa tan 1g/4ml NCPT -Liều trên 2g nên được tiêm ở 2 vị trí khác nhau.	Hòa tan 1g/10ml NCPT	3-5 phút	Hòa tan: 4ml NCPT pha loãng: 50- 100ml Glu 5% hoặc NaCl 0.9%	20-60 phút	Natri bicarbonate; Amikacin; Azithromycin; Fluconazol; Gentamicin Midazolam; Pantoprazol; Tobramycin;	Sử dụng ngay sau khi mở hoặc pha loãng. Dung dịch sau khi hoàn nguyên hoặc pha loãng có thể bảo quản ở 2-8°C trong 24h.
4	Cefazolin Panpharma 1g	Cefazolin	Bột pha tiêm	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%; Ringer lactate.	Hòa tan 1g/3ml NCPT	Hòa tan 1g/10ml NCPT hoặc dm tương hợp	3-5 phút	Hoàn nguyên: 1g/10ml NCPT; Pha loãng dung dịch trong 50- 100 ml dung môi tương hợp	Truyền liên tục	Amiodaron; Calcium gluconat;	Dung dịch sau khi pha bảo quản được ở nhiệt độ phòng trong 24h hoặc bảo quản lạnh trong 10 ngày - Khi phối hợp với aminoglycoside là cách đơn nhất là không nên pha thuốc trong cùng một ống tiêm hoặc cùng dung dịch tiêm truyền do nguy cơ thuốc bị bất hoạt và nên tiêm thuốc tại các vị trí khác nhau trong khoảng cách 1 giờ.

5	Oxacillin 1g	Oxacilin	Bột pha tiêm	Natri clorid 0,9%	-Pha 5ml NCPT vào lọ 1g -Tiêm sâu vào khối cơ lớn	Hòa tan với 10ml NCPT hoặc NaCl 0,9% vào lọ 1g	≥10 phút	- Hòa tan bột thuốc với NaCl 0,9% hoặc dextrose 5% tới nồng độ 0,5- 40mg/ml	60-100 giọt/phút t trong 60-120 phút	Aminoglycosid và các tetracyclin	Dung dịch tiêm oxacilin đã pha giữ được ổn định trong 3 ngày ở nhiệt độ phòng hoặc 7 ngày khi để tủ lạnh 2 - 8°C. Khi pha để truyền tĩnh mạch với thuốc tiêm natri clorid 0,9% dung dịch oxacilin ổn định trong 3 ngày, và pha với thuốc tiêm dextrose 5%, dung dịch oxacilin ổn định trong 24 giờ ở nhiệt độ phòng.
---	-----------------	----------	--------------------	-------------------------	---	--	-------------	---	--	-------------------------------------	--

II. NHÓM AMINOGLYCOSID

6	Gentamicin Kabi 80mg/2ml	Gentamicin	Dung dịch tiêm	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%; Glucose-Natri clorid	Liều $\geq$ 4ml nên tiêm ở các vị trí khác nhau	Dùng trực tiếp	3-5 phút	Pha loãng 50-200ml Natri clorid 0,9% hoặc Glucose 5%	30-120 phút	Kháng sinh nhóm Btalactam; Furocemid; Heparine; Natri bicarbonate; Dopamin.	Dùng ngay sau khi pha có thể bảo quản ở 2-8 ⁰ C trong 24h. Dung dịch sau khi pha loãng ổn định trong 24h ở nhiệt độ phòng(25 ⁰ C) - Không được trộn lẫn với các thuốc khác, đặc biệt kháng sinh beta-lactam trong cùng bơm tiêm hoặc chai truyền; - Không được tiêm chung cùng đường TM. Khi phối hợp với một kháng sinh beta-lactam cần tiêm ở vị trí khác nhau.
---	--------------------------	------------	----------------	---	---	----------------	----------	--	-------------	---	---

III. NHÓM NITROIMIDAZOL

7	Metronidazol 500mg/100ml	Metronidazol	Dung dịch truyền tĩnh mạch	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%; Natri clorid - Glucose	Không khuyến cáo sử dụng	Không khuyến cáo sử dụng	Không khuyến cáo sử dụng	Không cần pha loãng vì ở dạng dịch truyền có sẵn.	Với điều trị nhiễm khuẩn kỵ khí $\geq$ 20 phút. Với dự phòng phẫu thuật: 30-60 phút	Amoxicillin-clavulanat; Glucose 10%; Benzylpenicillin; Filgrastim; Pantoprazol; Ciprofloxacin; Meropenem; Pemetrexed.	Không bảo quản lạnh để tránh kết tinh. Dùng ngay sau khi mở, nếu không dùng hết phải bỏ đi.
---	--------------------------	--------------	----------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--	---	---

IV. NHÓM FLOROQUINOLON

8	Ciprofloxacin Kabi 200mg/100ml	Ciprofloxacin	Dung dịch truyền tĩnh mạch	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%; Natri clorid - Glucose	Không khuyến cáo sử dụng	Không khuyến cáo sử dụng	Không khuyến cáo sử dụng	Không cần pha loãng vì ở dạng dịch truyền có sẵn.	Liều 200mg: $\geq$ 30 phút Liều 400mg: $\geq$ 60 phút	Amoxicillin; Natri bicarbonate; Ceftazidim; Cefuroxim; Dexamethasone; Furocemid; Hydrocortison; Methylprednisolon; Propofol	Dùng ngay sau khi mở, nếu không dùng hết phải bỏ đi.
---	--------------------------------	---------------	----------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--	---	--

V. NHÓM LINCOSAMID

9	Clindamycin Hameln-150mg/ml	Clindamycin	Dung dịch tiêm	Natri clorid 0,9%; Glucose 5%	Dùng trực tiếp	Không khuyến cáo sử dụng	Không khuyến cáo sử dụng	Pha loãng 50ml dung môi tương hợp tạo thành dung dịch cuối cùng $\leq$ 18mg/ml	10-60 phút tốc độ không quá 30mg /phút	Ceftriaxon; Ciprofloxacin; Ampicillin; aminophylline, barbiturat, canxi gluconate, magiê sulphate, phenytoin natri và ranitidine.	Dung dịch sau khi pha chế có thể bảo quản ở 2-8 ⁰ C và truyền TM ở (nhiệt độ phòng) trong vòng 24h.
---	-----------------------------	-------------	----------------	-------------------------------	----------------	--------------------------	--------------------------	--	--	---	--

TƯƠNG HỢP – TƯƠNG KỶ THUỐC TIÊM

TRUNG TÂM Y TẾ DI LINH		BẢNG TƯƠNG HỢP - TƯƠNG KỶ THUỐC TIÊM		
KHOA DƯỢC				
		Nguồn: S4 Safety drug administration. Drug compatibilities. Nursing Spectrum Drug Handbook 2010. Patricia Dwyer Schull. Biên soạn: Tổ Dược lâm sàng-TTT		
1	Acyclovir Na	1	Acyclovir Na	CHÚ THÍCH: X Tương kỵ Không có dữ liệu Dữ liệu không thống nhất Tương hợp Trong mọi trường hợp không nên trộn lẫn các thuốc với nhau; trong mọi trường hợp các thuốc có tương kỵ, không nên sử dụng chung một đường tiêm truyền Sau khi hòa tan thuốc có thể pha loãng với các dung dịch (NaCl 9%, Glucose 5%) tương hợp. Cách tra bảng: Tra theo hàng ngang sau đó đến hàng dọc tương ứng với mỗi thuốc; Ví dụ: Tra tương hợp, tương kỵ của Insulin: Bước 1: Hãy tra hàng ngang 27; Bước 2: Tra hàng dọc 27
2	Amikacin	2	Amikacin	
3	Amiodarone	3	Amiodarone	
4	Amphotericin B	4	Amphotericin B	
5	Ampicillin	5	Ampicillin	
6	Calcium chloride	6	Calcium chloride	
7	Calcium gluconate	7	Calcium gluconate	
8	Cefazolin	8	Cefazolin	
9	Cefepime	9	Cefepime	
10	Ceftazidime	10	Ceftazidime	
11	Ceftriaxone	11	Ceftriaxone	
12	Dexamethasone	12	Dexamethasone	
13	Digoxin	13	Digoxin	
14	Diltiazem	14	Diltiazem	
15	Diphenhydramine	15	Diphenhydramine	
16	Dobutamine	16	Dobutamine	
17	Dopamine	17	Dopamine	
18	Enalapril	18	Enalapril	
19	Epinephrin(Adrelalin)	19	Epinephrin(Adrelalin)	
20	Famotidine	20	Famotidine	
21	Fluconazole	21	Fluconazole	
22	Furosemide	22	Furosemide	
23	Gentamycin	23	Gentamycin	
24	Heparin	24	Heparin	
25	Hydrocortisone	25	Hydrocortisone	
26	Imipenem/cilastatin	26	Imipenem/cilastatin	
27	Insulin	27	Insulin	
28	Labetalol	28	Labetalol	
29	Levofloxacin	29	Levofloxacin	
30	Lorazepam	30	Lorazepam	
31	Magnesium sulfat	31	Magnesium sulfat	
32	Methylprednisolon	32	Methylprednisolon	
33	Metoclopramid HCl	33	Metoclopramid HCl	
34	Metoprolol	34	Metoprolol	
35	Metronidazole	35	Metronidazole	
36	Midazolam	36	Midazolam	
37	Meropenem	37	Meropenem	
38	Morphine sulfat	38	Morphine sulfat	
39	Nitroglycerin	39	Nitroglycerin	
40	Norepinephrine(nor	40	Norepinephrine(noradrenalin)	
41	Ondansetron	41	Ondansetron	
42	Phenylephrine	42	Phenylephrine	
43	KCl	43	KCl	
44	Na bicarbonate	44	Na bicarbonate	
45	Tobramycin	45	Tobramycin	
46	Vancomycin	46	Vancomycin	
47	Vecuronium	47	Vecuronium	
48	NaCl 0,9%	48	NaCl 0,9%	
49	Glucose 5%	49	Glucose 5%	
50	Ringer lactat	50	Ringer lactat	

TƯƠNG TÁC THUỐC

Tương tác thuốc được định nghĩa là sự biến đổi tác dụng của một thuốc này bởi một thuốc khác, có thể có lợi hoặc có hại, hoặc không có tác dụng rõ rệt. Sự đánh giá các tương tác quan trọng trên lâm sàng là rất cần thiết do việc kết hợp nhiều loại thuốc trong điều trị các bệnh lý mạn tính. Tỷ lệ các phản ứng có hại (ADR) khi kết hợp nhiều loại thuốc sẽ tăng theo cấp số nhân. Ước tính tần suất tương tác thuốc trong lâm sàng khoảng 7% ở số người bệnh dùng 6 - 10 thuốc và tỷ lệ này sẽ là 40% khi dùng phối hợp 16 - 20 thuốc. Vì đa số người bệnh mắc bệnh mạn tính, mắc đồng thời nhiều bệnh phải dùng kết hợp nhiều thuốc, nên vấn đề tương tác thuốc là khá quan trọng. Cần có sự hiểu biết kỹ lưỡng về các tác dụng của thuốc khi kê đơn để phát huy các tương tác có lợi và hạn chế các tương tác có hại. Nhằm tránh các tác dụng phụ không mong muốn, đảm bảo hiệu quả khi sử dụng phối hợp các thuốc. Hội đồng thuốc và điều trị căn cứ trên danh mục thuốc tại đơn vị triển khai danh mục một số cặp tương tác thuốc thường gặp trong lâm sàng để các bác sĩ lưu ý trong quá trình kê đơn điều trị.

TRUNG TÂM Y TẾ DI LÍNH KHOA DƯỢC			DANH MỤC MỘT SỐ CẶP TƯƠNG TÁC THUỐC THƯỜNG GẶP TRÊN LÂM SÀNG				
STT	Hoạt chất 1	Hoạt chất 2	Mức độ tương tác	Cấp độ chứng từ	Tác hại	Cơ chế xảy ra	Biện pháp xử trí
1	Allopurinol	Captopril, Enalapril...	Nghiêm trọng	Tốt	Dùng chung Allopurinol với thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) có thể dẫn đến tăng nguy cơ phản ứng quá mẫn nặng, giảm bạch cầu trung tính, tăng bạch cầu hạt và nhiễm trùng nặng. Phối hợp làm tăng nguy cơ phản ứng phản vệ và Hội chứng Stevens-Johnson.	Cơ chế chưa rõ ràng, suy giảm chức năng thận có thể là một nguyên nhân. Các ca lâm sàng được báo cáo, tuy hiếm, nhưng đều liên quan đến Captopril	Theo dõi chặt chẽ hoặc thay thế thuốc khác. Theo dõi chặt chẽ các biểu hiện của phản ứng quá mẫn trên bệnh nhân (như các phản ứng dị ứng da) hoặc biểu hiện của số lượng bạch cầu trong máu giảm thấp (như đau họng, sốt), đặc biệt ở bệnh nhân suy thận.
2	Allopurinol	Vitamin C	Chống chỉ định	Tốt	Dùng đều đặn acid ascorbic liều cao, có thể làm kết tủa urat ở thận.	Do làm acid hóa nước tiểu	Với người bệnh goutte, cần tránh làm acid hóa nước tiểu, và khuyến nghị tăng lượng nước tiểu bài tiết bằng đồ uống có tính kiềm, tạo điều kiện cho sự hòa tan các tinh thể urat. Người bệnh hay tự sử dụng thêm vitamin C, nên phải cảnh báo người bệnh goutte điều trị bằng Allopurinol về nguy cơ này.

3	Amiodaron	Digoxin	Nghiêm trọng	Rất tốt	Độc tính Digoxin (buồn nôn, nôn, loạn nhịp tim), xoắn đỉnh.	Dùng chung với amiodarone làm tăng nồng độ Digoxin huyết thanh lên tới 100%, thường dẫn đến độc tính lâm sàng. Ở trẻ em, tỷ lệ này có thể cao hơn. Amiodaron đã được gợi ý làm tăng thời gian vận chuyển đường ruột, làm giảm độ thanh thải thận và thể tích phân bố, loại bỏ Digoxin khỏi các vị liên kết protein, cũng như gây ra chứng suy giáp, tất cả đều góp phần làm tăng mức Digoxin huyết thanh.	Ngừng Digoxin hoặc giảm 30 – 50% liều khởi đầu; có thể tiếp tục giảm liều 1, 2 tuần sau đó. Theo dõi chặt chẽ nồng độ Digoxin máu (bắt đầu hoặc kết thúc Amiodaron), các triệu chứng lâm sàng ngộ độc Digoxin. Amiodaron có thời gian bán thải dài (50 ngày), tương tác có thể vẫn tồn tại một vài tuần sau ngừng thuốc.
4	Amoxicilin	Cefuroxim	Theo dõi	Tốt	Nguyên tắc phối hợp kháng sinh: Mỗi kháng sinh đều có ít nhiều tác dụng phụ; khi phối hợp thì những tác dụng phụ này cũng sẽ cộng lại hoặc tăng lên. Không nên hy vọng phối hợp thì hạ được liều lượng từng thuốc vì có thể dẫn đến nguy cơ xuất hiện vi khuẩn kháng kháng sinh.	Amoxiciclin là kháng sinh penicillin có phổ kháng khuẩn trung bình, nhóm β -lactam. Cơ chế tác dụng: ức chế sinh tổng hợp peptidoglycan của thành tế bào vi khuẩn. Cefuroxim là kháng sinh Cephalosporin thế hệ 2, nhóm β -lactam. Cơ chế tác dụng: ức chế sinh tổng hợp vách tế bào vi khuẩn bằng cách gắn vào các protein đích thiết yếu	Tuân thủ nguyên tắc phối hợp kháng sinh
5	Atorvastatin	Fenofibrat	Nghiêm trọng	Tốt	Tăng nguy cơ viêm cơ, đặc biệt với Gemfibrozil. Theo dõi nồng độ creatinin phosphokinase trong huyết thanh.	Do hai thuốc có cùng tính chất trị liệu và sinh học, gây tăng nguy cơ xảy ra và mức độ tác dụng phụ.	Tránh phối hợp các thuốc có thể có cùng tính chất trị liệu và sinh học. Tăng tác dụng phụ và có nguy cơ tiêu cơ vân, nên có chiến lược điều trị khác
6	Captopril	Spironolacton	Nghiêm trọng	Tốt	Tăng kali huyết.	ACEI làm giảm bài tiết aldosterone, có thể làm tăng kali huyết thanh có thể thêm vào do thuốc lợi tiểu tiết kiệm kali.	Tương tác có thể nhẹ ở hầu hết bệnh nhân có chức năng thận bình thường. Tuy nhiên, tăng kali máu đe dọa đến mạng sống và gây tử vong đã được báo cáo là xảy ra trong vòng vài ngày tới vài tuần sau khi nhận được sự kết hợp ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như suy thận, đái tháo đường, tuổi già, suy tim nặng hoặc suy giảm và sử dụng cùng loại kali bổ sung thuốc tăng kali huyết thanh. + Tránh phối hợp trên bệnh nhân mức lọc cầu thận < 30ml/phút. + Sử dụng liều Spironolacton thấp nhất có hiệu quả: 25mg/ngày. + Theo dõi chặt chẽ nồng độ kali máu & chức năng thận, đặc biệt bệnh nhân có một yếu tố nguy cơ trở lên.

7	Captopril	Furosemid	Theo dõi	Tốt	Hạ huyết áp tư thế khi sử dụng liều đầu Captopril, suy thận cấp.	Một số chất ức chế ACE có thể làm giảm sự bài tiết Natri niệu gây ra bởi một số thuốc lợi tiểu tuần hoàn. Một số bệnh nhân dùng thuốc lợi tiểu, đặc biệt là những người bị lọc máu hoặc hạn chế muối ăn kiêng, có thể bị giảm huyết áp cấp tính với chóng mặt sau khi nhận được liều đầu tiên của ACEI. ACEI có thể gây suy thận hoặc suy thận cấp ở bệnh nhân suy giảm natri hoặc hẹp động mạch thận.	Dùng Furosemid 2 đến 3 ngày trước sử dụng Captopril, nếu huyết áp hoặc tình trạng suy tim không được kiểm soát bằng Captopril đơn độc, Furosemid có thể bắt đầu lại. Nếu không thể dùng Furosemid: + Bắt đầu liều thấp nhất Captopril, dùng buổi tối trước khi ngủ. Theo dõi chặt chẽ dấu hiệu của hạ huyết áp nặng trong vòng 4h sau liều đầu. + Theo dõi huyết áp khi hiệu chỉnh liều.
8	Captopril, Enalapril	Losartan	Nghiêm trọng	Rất tốt	Tăng nguy cơ xảy ra các tác dụng bất lợi như hạ huyết áp, ngất, tăng kali máu, thay đổi chức năng thận, suy thận cấp.	Do tác động phối hợp trên hệ renin-angiotensin và tác dụng phụ.	Tránh phối hợp. Chống chỉ định với bệnh nhân có bệnh thận do đái tháo đường hoặc suy thận mức độ trung bình đến nặng (eGFR < 60ml/phút/ 1.73 m ²). Có thể cần giảm liều hoặc ngừng một hoặc cả 2 thuốc. Trường hợp cần phối hợp: Theo dõi chặt huyết áp, chức năng thận và điện giải đồ.
9	Carbamazepin	Clarithromycin	Nghiêm trọng	Rất tốt	Tăng nồng độ/độc tính của carbamazepin.	Do sự ức chế sự chuyển hóa thuốc qua CYP450 3A4.	Tránh phối hợp, cần nhắc thay thế bằng macrolid khác (Azithromycin) hoặc ngừng một trong hai thuốc. Trường hợp cần phối hợp: + Giảm liều Carbamazepin 30 – 50%. + Giám sát nồng độ Carbamazepin trong 3–5 ngày. + Báo cho bác sĩ nếu có các triệu chứng chóng mặt, nhìn đôi, mất điều hòa vận động, rối loạn tâm thần.
10	Ceftriaxon	Muối canxi IV (canxi clorid, canxi gluconat)	Chống chỉ định	Tốt	Phát hiện tủa tại phổi và thận trẻ sơ sinh khi dùng phối hợp thuốc.	Dùng chung ceftriaxone với dung dịch chứa canxi, thậm chí qua các đường truyền khác nhau, có thể gây ra lượng muối ceftriaxone-calcium.	Cần nhắc thay thế kháng sinh. Không trộn lẫn 2 thuốc trong cùng một đường truyền, dùng lần lượt từng thuốc với điều kiện rửa sạch dây truyền bằng dung dịch thích hợp. + Trẻ sơ sinh (<28 ngày): chống chỉ định dùng đồng thời ceftriaxon và canxi cùng đường tĩnh mạch. + Đối tượng khác: có thể dùng 2 thuốc theo 2 đường truyền khác nhau tại 2 vị trí truyền khác nhau.
11	Ciprofloxacin	Sucralfat	Nghiêm trọng	Tốt	Giảm hấp thu đã được mô tả với Ciprofloxacin, Norfloxacin và Lomefloxacin khi phối hợp với Sucralfat	Cơ chế chính xác đang cập nhật.	Khuyến người bệnh tôn trọng khoảng cách 2 giờ giữa các lần uống hai thuốc

12	Ciprofloxacin	Calci clorid	Nghiêm trọng	Tốt	Giảm hấp thu kháng sinh.	Tạo phức chelat hóa. Các quinolon nói chung và các fluoroquinolon nói riêng dùng đường uống, tạo phức với các cation hóa trị 2 hay 3 như nhôm, magesi, calci, sắt và	Tương tác phải lưu ý và khuyến người bệnh giữ khoảng cách uống giữa hai thuốc ít nhất 2 giờ.
13	Clarithromycin	Midazolam	Nghiêm trọng	Rất tốt	Clarithromycin ức chế chuyển hóa, làm tăng nồng độ Midazolam, tăng & kéo dài tác dụng an thần.	Do sự ức chế sự chuyển hóa thuốc qua CYP450 3A4 ở các Benzodiazepine.	Midazolam đường uống: giảm liều 50 – 70% nếu xảy ra các tác dụng phụ (lơ mơ, mất trí nhớ). Dùng liều tiêm truyền tĩnh mạch nhanh đơn có thể không cần hiệu chỉnh liều. Thông báo cho bệnh nhân và theo dõi bệnh nhân về các dấu hiệu tăng và kéo dài tác dụng an thần và cảnh báo bệnh nhân nếu cần làm việc đòi hỏi tỉnh táo (lái xe) vào sáng hôm sau. Thay Clarithromycin bằng Azithromycin, Roxithromycin; hoặc thay Midazolam bằng Lorazepam, Oxazepam. Theo dõi tình trạng kéo dài thời gian mê ở bệnh nhân
14	Clarithromycin	Digoxin	Nghiêm trọng	Rất tốt	Tăng nồng độ và tăng độc tính của Digoxin (buồn nôn, nôn, loạn nhịp tim).	Cơ chế đề xuất là sự ức chế clarithromycin của dòng chảy ruột qua trung gian của P-glycoprotein và / hoặc sự bài tiết Digoxin trong ống thận.	Tránh phối hợp. Nếu cần thiết phối hợp Clarithromycin với Digoxin đường uống: + Tạm thời giảm liều Digoxin. + Dùng Digoxin với biệt dược Lanoxicaps (viên nang). + Dùng Digoxin đường ngoài tiêu hóa. + Theo dõi chặt chẽ nồng độ
15	Fentanyl	Thuốc ức chế TKTU (Isofluran, Midazolam, Morphin, Propofol)	Nghiêm trọng	Khá	Tăng nguy cơ ức chế TKTU (suy hô hấp, hạ huyết áp, tăng tác dụng an thần, có nguy cơ dẫn đến hôn mê và tử vong)	Cơ chế CHÍNH XÁC đang cập nhật	Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân, giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc. Tương tác thuốc có thể ảnh hưởng đến sự tỉnh táo của bệnh nhân, dễ dẫn đến tai nạn.
16	Furosemid	Salbutamol	Theo dõi	Khá	Gây ra các thay đổi trong điện tâm đồ, hạ kali huyết.	Kéo dài đoạn QT là một tác dụng phụ có thể có của các thuốc chủ vận beta-2, tăng nguy cơ có cơn hạ kali máu có thể làm tăng nguy cơ rối loạn nhịp tim nghiêm trọng.	Theo dõi nồng độ kali máu, đặc biệt khi dùng Salbutamol liều cao như bệnh nhân hen nặng. Sử dụng thuốc lợi tiểu giữ kali (Spironolacton, Triateren).
17	Furosemid	Gentamycin	Theo dõi	Khá	Tăng độc tính trên thận và trên tai. Tăng nguy cơ suy thận và điếc.		Theo dõi chặt chẽ chức năng thận và chức năng nghe của bệnh nhân, tránh dùng quá liều.

18	Itraconazol	Midazolam	Chống chỉ định	Rất tốt	Tăng nồng độ Midazolam, tăng độc tính Midazolam (suy hô hấp, tăng tác dụng an thần quá mức, mất tri giác kéo dài tác dụng ức chế thần kinh trung ương, rối loạn tâm thần vận động). Các phản ứng bất lợi này có thể kéo dài vài ngày sau khi ngừng thuốc chống nấm.	Do ảnh hưởng đến sự chuyển hóa thuốc qua CYP450 3A4.	Phần lớn nhà sản xuất chống chỉ định phối hợp Itraconazol và Midazolam đường uống, ngay cả khi đã ngừng Itraconazol 2 tuần trước đó. Midazolam đường IV có thể làm giảm mức độ tương tác, liều tiêm truyền tĩnh mạch nhanh có thể không cần hiệu chỉnh. Midazolam đường uống: giảm liều tới 75% hoặc hơn, cảnh báo bệnh nhân nguy cơ an thần quá mức kéo dài, không nên làm các việc đòi hỏi tỉnh táo (lái xe) cho đến khi hồi phục. Dùng Midazolam liều cao kéo dài cần được hiệu chỉnh liều cẩn thận. Khi phối hợp itraconazol, giảm liều Midazolam hoặc dùng các Benzodiazepin chuyển hóa qua con đường glucuronid hóa
19	Midazolam	Propofol	Nghiêm trọng	Khả	Tác dụng gia tăng về hô hấp, nhịp tim, huyết áp và an thần.	Cộng hưởng tác dụng gây mê, gây ngủ. Cộng tác dụng trên tim phổi	Phối hợp này được sử dụng trong việc dẫn mê giúp giảm liều 1 hoặc cả 2 thuốc. Tuy nhiên cần theo dõi dấu hiệu ức chế tim phổi
20	Midazolam	Morphin	Nghiêm trọng	Tốt	Tăng các phản ứng phụ như chóng mặt, buồn ngủ, nhầm lẫn và khó tập trung. Một số người, đặc biệt là người cao tuổi, cũng có thể bị suy giảm trong suy nghĩ, phán đoán.	Cộng hưởng tác dụng an thần, giảm đau và cộng nguy cơ suy hô hấp	Trường hợp phối hợp: Theo dõi tình trạng hô hấp, cần nhắc giảm liều một hoặc cả hai thuốc. Khuyến cáo bệnh nhân về tác dụng gây buồn ngủ hoặc suy giảm hô hấp, không lái xe, vận hành máy móc.
21	Midazolam	Sevofluran	Trung bình	Khả	Tăng tác dụng gây mê của sevofluran.	Tương tác làm giảm nồng độ phế nang tối thiểu (MAC) của sevofluran	Bắt đầu với liều thấp sevofluran, tăng liều dần cho đến khi đạt được tác dụng mong muốn. Theo dõi chặt chẽ dấu hiệu ức chế tim phổi.
22	Propanolol	Theophylline	Chống chỉ định	Tốt	Tác dụng đối kháng, làm mất tác dụng chính của Theophylline	Propanolol làm tăng nồng độ của theophyllin dẫn đến tăng tác dụng phụ của theophylline	Tránh phối hợp
23	Domperidol	Các thuốc ức chế CYP3A4(Clarithromycin, Erythromycin); Các thuốc kéo dài khoảng QT(Erythromycin, spiramycin, levofloxacin amiodaron, haloperidol, fluconazol, ketoconazol)...	Chống chỉ định	Tốt	Kéo dài khoảng QT, gây xoắn đỉnh	Domperidol làm kéo dài khoảng QT trên điện tâm đồ. Nguy cơ này tăng khi dùng đồng thời các thuốc trên.	Tránh phối hợp. Các nghiên cứu cho thấy Domperidol có thể gây loạn nhịp thất nghiêm trọng hoặc đột tử do tim mạch. Nguy cơ này cao hơn với BN >60 tuổi, BN dùng liều cao hơn 30mg/ngày. BN dùng đồng thời các thuốc kéo dài khoảng QT, thuốc ức chế mạnh CYP3A4.

24	Metoclopramid	Các thuốc chống loạn thần (Olanzapin, haloperidol, amitriptylin)	Chống chỉ định	Tốt	Có thể tăng nguy cơ phản ứng ngoại tháp, hoặc hội chứng thần kinh ác tính	Metoclopramid có tác dụng đối kháng thụ thể dopamin => TDP: Hội chứng ngoại tháp Haloperidol là thuốc an thần kinh thuộc nhóm butyrophenon => tác dụng trên hệ thần kinh trung ương => đối kháng ở thụ thể dopamin => TDP: Hội chứng ngoại tháp, trầm cảm,	Tránh phối hợp
25	Midazolam	Omeprazol	Theo dõi	Khá	Độc tính Benzodiazepin (an thần gây ngủ, nói khó, mất điều hòa, ngủ lịm).	Omeprazole có thể làm tăng tác dụng dược lý và nồng độ huyết thanh của một số loại thuốc chống loạn thần thông qua ức chế men gan.	Trường hợp cần phối hợp: + Theo dõi dấu hiệu ức chế TKTU (an thần gây ngủ, nói khó), và chỉnh liều theo các dấu hiệu này. + Chuyển sang một Benzodiazepin thải trừ qua con đường glucuronid hóa
Tài liệu tham khảo:							
1. Drugs.com							
2. Stockleys' drugs interactions							
3. Micromedex 2.0							
4. Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định (Bộ Y tế)							
5. Dược thư Quốc gia							

VACCINE COVID-19: PHỤ NỮ CÓ THAI & CHO CON BÚ

COVID-19 và Phụ nữ có thai (PNCT)



- Nguy cơ nhiễm COVID-19 nặng nói chung là thấp ở PNCT và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, PNCT có nhiều khả năng nhiễm COVID-19 nặng nếu:
- Có bệnh nền (ví dụ: tiểu đường, tăng huyết áp, hen suyễn)
- Thừa cân
- Dân tộc thiểu số Châu Á và Da đen
- 35 tuổi trở lên
- Nếu nhiễm COVID-19 khi đang mang thai thì khả năng sinh non có thể cao gấp đôi.

Vaccine COVID-19 và PNCT

- **Vaccine COVID-19 được khuyến nghị tiêm cho PNCT.** Tiêm vaccine là cách tốt nhất để bảo vệ người mẹ khỏi nguy cơ nhiễm COVID-19 trong thai kỳ và cho cả trẻ sơ sinh (bao gồm khả năng nhập chăm sóc tích cực và sinh non). Tiêm vaccine COVID-19 không làm người mẹ và thai nhi bị nhiễm vi-rút.
- Các loại vaccine COVID-19 hiện có ở Anh (Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Moderna, Janssen) đã được chứng minh hiệu quả và an toàn ở đối tượng không mang thai.

Hơn 51.000 PNCT ở Anh và 4.000 PNCT ở Scotland đã được tiêm vaccine COVID-19.

Hơn 130.000 PNCT từ các dân tộc khác nhau ở Hoa Kỳ đã được tiêm vaccine Pfizer/BioNTech hoặc Moderna mà không có bằng chứng về tác dụng có hại nào được báo cáo.

- **Liên ủy ban về tiêm chủng Anh (Joint Committee on Vaccination and Immunisation – JCVI)** đã khuyến nghị rằng tất cả PNCT nên được tiêm vaccine COVID-19 như những đối tượng khác ở cùng độ tuổi hay đối tượng có nguy cơ. Vaccine COVID-19 có thể được tiêm cho PNCT vào bất kỳ giai đoạn nào trong thai kỳ.

Vaccine COVID-19 sẽ được tiêm như thế nào?

- Vaccine COVID-19 sẽ được tiêm hai liều. **Vaccine Pfizer/BioNTech và Moderna là những loại vaccine được ưu tiên cho PNCT vì đã được sử dụng rộng rãi trong thai kỳ.**
- Vaccine Pfizer/BioNTech được phép sử dụng cho đối tượng từ **12 tuổi** trở lên. Vaccine Moderna được phép sử dụng cho đối tượng từ **18 tuổi** trở lên.
- PNCT đã được tiêm liều đầu tiên với **vaccine AstraZeneca** được khuyến nghị nên hoàn thành liều thứ hai với **cùng loại vaccine (AstraZeneca).**
- Hoàn thành liệu trình **tiêm hai liều vaccine** là rất quan trọng để có thể bảo vệ cơ thể lâu dài hơn. Do đó, điều quan trọng cần nhớ là phải tiêm đủ hai liều vaccine để bảo vệ cơ thể khỏi nguy cơ nhiễm COVID-19.

- Nếu phát hiện có thai sau khi tiêm vaccine liều đầu tiên thì nên hoàn thành cả liều thứ hai.
- Liều thứ hai sẽ được tiêm sau khi tiêm liều đầu tiên từ **8-12 tuần**.

Lời khuyên dành cho Phụ nữ cho con bú (PNCCB)

- Lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ đã được nhiều người biết đến và vaccine COVID-19 **không được cho là có nguy cơ gây hại** khi tiêm cho phụ nữ đang cho con bú.
- Theo khuyến nghị của **Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)** và **Liên ủy ban về tiêm chủng Anh (JCVI)**, PNCCB có thể **được tiêm bất kỳ loại vaccine COVID-19 nào phù hợp**.
- Loại vaccine COVID-19 mà bạn được cung cấp sẽ phù hợp về mặt lâm sàng cho bạn và sẽ tuân theo các khuyến nghị của JCVI.
- **PNCCB hoặc dự định cho con bú đều có thể được tiêm vaccine COVID-19. Không nên ngừng cho con bú để được tiêm vaccine COVID-19.** Bạn có thể **tiếp tục cho con bú như bình thường sau khi tiêm vaccine COVID-19**.

Không có bằng chứng cho thấy vaccine COVID-19 sẽ ảnh hưởng đến khả năng sinh sản ở phụ nữ hay nam giới. Do đó, không cần phải tránh thai sau khi tiêm vaccine COVID-19.

Đối tượng đang điều trị vô sinh

- **Hiệp hội Sinh sản Anh (British Fertility Society – BFS)** khuyến nghị **không cần phải trì hoãn điều trị khả năng sinh sản** sau khi tiêm vaccine COVID-19. Bạn có thể quyết định trì hoãn điều trị nếu bạn muốn cơ thể được bảo vệ khỏi COVID-19 trước khi mang thai.
- Cơ hội điều trị khả năng sinh sản thành công ít bị ảnh hưởng bởi thời gian trì hoãn ngắn (ví dụ: 6 tháng và từ 37 tuổi trở xuống). Tuy nhiên, việc trì hoãn trong vài tháng có thể ảnh hưởng đến cơ hội điều trị thành công khi đã trên 37 tuổi và đặc biệt ảnh hưởng ở đối tượng từ 40 tuổi trở lên.
- Do đó, có thể **cân nhắc thời điểm tiêm vaccine COVID-19 khi đang điều trị khả năng sinh sản**. Lưu ý rằng một số người có thể bị các phản ứng phụ không mong muốn sau khi tiêm vaccine COVID-19 bao gồm, đau tại chỗ tiêm, sốt, nhức đầu, đau cơ hay cảm thấy mệt mỏi trong quá trình điều trị.
- Có thể tiêm vaccine COVID-19 cách xa vài ngày với ngày thực hiện quy trình điều trị như lấy trứng để thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), để các triệu chứng như sốt có thể được phân biệt là do vaccine hay do quy trình điều trị. Đội ngũ y tế sẽ tư vấn về thời gian tiêm vaccine COVID-19 tốt nhất cho từng tình trạng của bạn.

Nguồn: <https://www.nhipcauduoclamsang.com/vaccine-covid-19-phu-nu-co-thai-va-cho-con-bu/>

BÁC SỸ VÀ BỆNH NHÂN TÂM THẦN

Tại một bệnh viện tâm thần nọ, trong khi đang làm việc trong văn phòng bác sĩ trông thấy các bệnh nhân tâm thần bên ngoài đang trèo lên một cái cây rất cao.

Bác sĩ vội chạy ra và bảo: "Nguy hiểm lắm các anh leo xuống đi".

Một bệnh nhân bảo: "Trên này có cái này thú vị lắm bác sĩ".

Bác sĩ tò mò bèn trèo lên xem thử. Sau khi gần đến cành cao nhất, các bệnh nhân bèn rủ nhau: "Ê chúng mày ơi! Chơi trò trái cây chín rụng đi".

Nói xong các bệnh nhân thi nhau buông tay rớt bịch bịch xuống đất. Trông thấy bác sĩ vẫn còn ở trên cao các bệnh nhân bèn gọi với: "Cái trái kia sao không rụng đi".

Bác sĩ hoảng quá bèn đáp: "Tôi...tôi còn xanh".

Các bệnh nhân phấn khởi hò reo: "Vậy chúng ta ném đá xem ai có thể làm rụng cái trái xanh kia đi"...

Ngày hôm sau, bệnh viện có thêm một bệnh nhân mới.

BƯỚC CHUẨN BỊ GAY CÁN

Có một bà đỡ khá lành nghề nhưng hay mất bình tĩnh. Người ta gọi bà đến đỡ một ca đẻ con so, tới với hòm dụng cụ trong tay, bà nói với người chồng:

- Mời anh ra ngoài, cần gì tôi sẽ gọi.
- Sản phụ đã bắt đầu la hét. Khoảng 10 phút sau, bà thò đầu ra cửa và nói: Anh có kìm không?
- Hả?! Anh chồng tròn mắt hỏi.
- Vâng, kìm, nhanh lên! Không há hờ gì hết, tôi biết việc tôi phải làm.
- Có kìm rồi, khoảng 5 phút sau, bà lại xuất hiện ở cửa: Anh có cái cò lê to không?
- Cò lê à? Lạy chúa, điều gì đã xảy ra với vợ tôi?
- À... không sao, nhưng tôi cần một cái cò lê.
- Người chồng bâng khuâng ngắm cái cò lê rồi miễn cưỡng đưa nó cho bà ta. Cửa khép lại, tiếng kim loại va chạm nhau xúng xoảng, két... két. Anh chồng ở ngoài nghiêng chặt răng, mặt tái dại, chân tay run bần bật. Được một lát, thở hổn hển, mặt nhễ nhại mồ hôi, bà thò đầu ra cửa quát: Hãy nghe đây, tìm ngay một cái búa tạ, nếu chậm thì không kịp mất!
- Đến nước này, anh chồng không chịu nổi nữa, xô cửa xông vào, trước mắt anh là nền nhà ngổn ngang kìm, búa... và hòm dụng cụ chưa mở được.