

TRIỂN KHAI DANH MỤC TƯƠNG TÁC THUỐC CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ CÔNG CỤ ĐIỆN TỬ TRA CỨU TƯƠNG TÁC THUỐC CHỐNG CHỈ ĐỊNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHƯỚC LONG

DsCKI. Lâm Thái Hưng

Căn cứ Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ công văn số 09/SYT-NVD, ngày 04 tháng 01 năm 2022 của Sở Y tế Bạc Liêu về việc triển khai Quyết định số 5948/QĐ-BYT ban hành danh mục tương tác thuốc chống chỉ định;

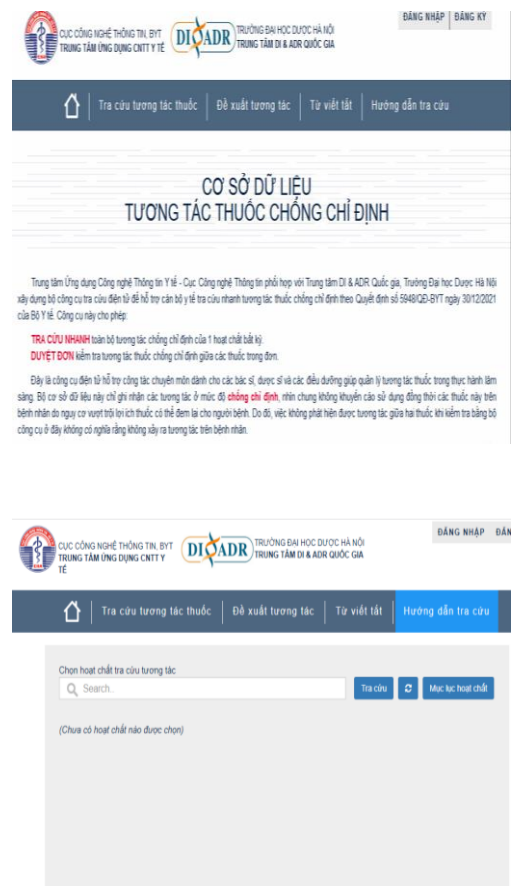
Dựa vào Danh mục thuốc của Trung tâm Y tế huyện Phước Long Năm 2022. Đơn vị Thông Tin Thuốc phát hiện có 72 cặp tương tác thuốc chống chỉ định theo Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định trong thực hành lâm sàng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đơn vị thông tin thuốc thông tin đến các bác sĩ khoa lâm sàng Danh mục tương tác thuốc chống chỉ định và công cụ điện tử tra cứu tương tác thuốc chống chỉ định do Trường Đại học Dược Hà Nội đã xây dựng nhằm đảm bảo tốt kê đơn thuốc hiệu quả, an toàn, hợp lý trong thực hành lâm sàng. Có Danh mục kèm theo.

Nội dung được thực hiện trên phần mềm điện tử tra cứu tương tác thuốc chống chỉ định như sau:

1. Địa chỉ tra cứu:

<https://tuongtacthuoc.ehealth.gov.vn/Home/Page>

2. Vào mục tra cứu→nhập các thuốc cần tra cứu→kết quả



Tài liệu tham khảo

- Tổng hợp theo Quyết định số 5948/QĐ-BYT ngày 30/12/2021.

NGUY CƠ BIẾN CỐ TRÊN TIM MẠCH LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC SỬ DỤNG CÁC THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID, KHÔNG PHẢI ASPIRIN

DsCK I. Đặng Xuân Đào

Các Cơ quan quản lý Dược phẩm trên thế giới đã tiến hành phân tích, đánh giá độ an toàn trên tim mạch khi sử dụng các thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) và không phải aspirin. Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu và phân tích, các Cơ quan Quản lý Dược phẩm trên thế giới như: Cơ quan Quản lý Thuốc và Thực phẩm Hoa Kỳ (US.FDA); Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA); Cơ quan Quản lý Dược phẩm Australia (TGA); Cơ quan Quản lý Dược phẩm Singapore (HSA); Cơ quan Quản lý Dược phẩm Canada (Health Canada) ...đã cập nhật về nguy cơ biến cố trên tim mạch liên quan đến việc sử dụng các thuốc chống viêm không steroid, không phải aspirin như sau: sử dụng các NSAIDs (có thể làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ ở bệnh nhân mắc kèm hoặc không mắc kèm bệnh tim, có hoặc không có các yếu tố nguy cơ xuất hiện bệnh tim, đặc biệt ở bệnh nhân dùng liều cao và kéo dài).

Dựa trên quyết định của các Cơ quan Quản lý Dược phẩm trên thế giới, để đảm bảo độ an toàn trên tim mạch, các cán bộ y tế cần lưu ý các vấn đề sau khi sử dụng NSAIDs:

- Các thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố huyết khối tim mạch, bao gồm cả nhồi máu cơ tim và đột quỵ, có thể dẫn đến tử vong. Nguy cơ này có thể xuất hiện sớm trong vài tuần đầu dùng thuốc và có thể tăng

lên theo thời gian dùng thuốc. Nguy cơ huyết khối tim mạch được ghi nhận chủ yếu ở liều cao.

- Bác sĩ cần đánh giá định kỳ sự xuất hiện của các biến cố tim mạch, ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng tim mạch trước đó. Bệnh nhân cần được cảnh báo về các triệu chứng của biến cố tim mạch nghiêm trọng và cần thăm khám bác sĩ ngay khi xuất hiện các triệu chứng này.

- Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện biến cố bất lợi, cần sử dụng NSAIDs ở liều hàng ngày thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

Để đảm bảo mục tiêu sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả, Cục Quản lý Dược yêu cầu: thay đổi, bổ sung trên nhãn, hướng dẫn sử dụng của các thuốc chống viêm không steroid, không phải aspirin và diclofenac dùng đường toàn thân về nguy cơ huyết khối tim mạch:

- Các thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), không phải aspirin, dùng đường toàn thân, có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện biến cố huyết khối tim mạch, bao gồm cả nhồi máu cơ tim và đột quỵ, có thể dẫn đến tử vong. Nguy cơ này có thể xuất hiện sớm trong vài tuần đầu dùng thuốc và có thể tăng lên theo thời gian dùng thuốc. Nguy cơ huyết khối tim mạch được ghi nhận chủ yếu ở liều cao.

- Bác sĩ cần đánh giá định kỳ sự xuất hiện của các biến cố tim mạch,

ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng tim mạch trước đó. Bệnh nhân cần được cảnh báo về các triệu chứng của biến cố tim mạch nghiêm trọng và cần thăm khám bác sĩ ngay khi xuất hiện các triệu chứng này.

- Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện biến cố bất lợi, cần sử dụng [tên thuốc]

ở liều hàng ngày thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất có thể.

Tài liệu tham khảo:

- Công văn 5749/QLD-ĐK, về cập nhật hướng dẫn sử dụng thuốc chống viêm, không phải aspirin.

THÔNG TIN THUỐC MOLNUPIRAVIR

Ds. Ngô Văn Lợi

Thuốc chứa Molnupiravir là thuốc mới, thuộc nhóm thuốc kháng virus tác dụng toàn thân, kháng virus trực tiếp.

Để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả, Bộ Y tế (Cục Quản lý Dược) khuyến cáo cần đặc biệt lưu ý khi sử dụng thuốc Molnupiravir để điều trị COVID-19 như sau:

1. Về chỉ định của thuốc:

- Molnupiravir được sử dụng để điều trị COVID-19 mức độ nhẹ đến trung bình ở người trưởng thành dương tính với xét nghiệm chẩn đoán SARS-CoV-2 và có ít nhất một yếu tố nguy cơ làm bệnh tiến triển nặng.

2. Liều dùng-cách dùng:

- Người trưởng thành: liều khuyến cáo: 800mg mỗi 12 giờ trong 5 ngày. Dùng đường uống, uống nguyên viên thuốc có thể uống cùng bữa ăn hoặc sau ăn.

3. Các giới hạn sử dụng thuốc:

- Molnupiravir dùng trên bệnh nhân có thời gian khởi phát triệu chứng dưới 5 ngày.

- Molnupiravir không được sử dụng quá 5 ngày liên tiếp.

- Molnupiravir không được sử dụng để dự phòng sau hay trước phơi nhiễm để phòng COVID-19.

- Không sử dụng để điều trị khởi đầu cho bệnh nhân cần nhập viện do covid 19. Do chưa ghi nhận lợi ích của molnupiravir khi khởi đầu sử dụng ở đối tượng bệnh nhân này.

4. Khuyến cáo và thận trọng khi dùng thuốc:

Phụ nữ có thai và cho con bú

- Molnupiravir không được khuyến cáo sử dụng trong thời kỳ mang thai. Phụ nữ có khả năng mang thai nên sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả trong thời gian điều trị và trong 4 ngày sau liều Molnupiravir cuối cùng.

- Dựa trên khả năng xảy ra các phản ứng có hại cho trẻ sơ sinh từ Molnupiravir, không khuyến cáo cho con bú trong thời gian điều trị và trong 4 ngày sau liều Molnupiravir cuối cùng.

Trẻ em và thanh thiếu niên

- Molnupiravir không được phép sử dụng cho bệnh nhân dưới 18 tuổi vì có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của xương và sụn.

- Molnupiravir có thể ảnh hưởng đến tinh trùng, mặc dù rủi ro được coi là thấp. Vì vậy, nam giới hoạt động tình dục với phụ nữ có khả năng sinh đẻ nên sử dụng một phương pháp tránh thai tin cậy trong thời gian điều trị và ít nhất 3 tháng sau liều Molnupiravir cuối cùng.

Người suy gan, suy thận: Không cần hiệu chỉnh liều.

5. Tác dụng không mong muốn

- Tiêu chảy, buồn nôn, chóng mặt

6. Dược lực học

Molnupiravir là tiền dược được chuyển hoá thành chất tương tự ribonucleosid N-hydroxycytidin(NHC), NHC được phân bố vào các mô và được phosphoryl hoá thành dạng ribobonucleosid triphosphat(NHC-TP)

có hoạt tính dự lực, NHC-TP hoạt động theo cơ chế gây lỗi hàng loạt cho virus. NHC-TP gắn vào ARN của virus bằng enzym ARN polymerase và gây lỗi trong hệ gen của virus dẫn đến ức chế quá trình sao chép.

7. Dược động học

Hấp thu: sau khi uống 800mg, 2 lần/ngày thời gian trung bình đạt nồng độ đỉnh là 1.5 giờ

Phân bố và chuyển hoá: NHC không liên kết với protein huyết tương.

Thải trừ: t_{1/2} của NHC khoảng 3,3 giờ. Không quá 3% liều được bài tiết dưới dạng NHC trong nước tiểu ở người khoẻ mạnh.

8. Dạng viên: Viên nang cứng 400mg.

Tài liệu tham khảo:

- Bộ y tế khuyến cáo sử dụng *Molnupiravir an toàn và hiệu quả*.
- *Tờ hướng dẫn sử dụng*

THÔNG TIN THUỐC ENOXAPARIN

Ds. Bùi Thị Thuỳ Linh

1. Dược Lực Học

- Enoxaparin là một heparin trọng lượng phân tử thấp có hoạt tính anti-Xa cao và hoạt tính anti IIa và anti-thrombin thấp. Enoxaparin natri không làm tăng thời gian chảy máu ở liều điều trị trong các chỉ định khác nhau. Ở liều phòng ngừa, Enoxaparin natri không làm thay đổi đáng kể thời gian hoạt hóa thromoplastin từng phần (aPTT). Thuốc không ảnh hưởng đến sự kết tập tiểu cầu cũng như sự liên kết fibrinogen của tiểu cầu.

2. Dược động học

- Sau khi tiêm bắp, nồng độ tối đa của hoạt tính anti-Xa trong huyết tương đạt sau 3 đến 5 giờ. Sau khi tiêm dưới da, nồng độ tối đa của hoạt tính anti IIa trong huyết tương đạt mức tối đa sau 03 đến 04 giờ.

- Enoxaparin được chuyển hóa chủ yếu tại gan. Thời gian bán thải của hoạt tính anti Xa khoảng 4 giờ sau khi tiêm liều đơn và khoảng 7 giờ sau khi tiêm liều lặp lại. Dạng chuyển hóa còn hoạt tính được chuyển hóa qua thận

khoảng 10% liều dùng và tổng lượng thải trừ qua thận là 40% liều dùng. Ở người già chức năng thận suy giảm thì sự thải trừ có thể giảm đi. Ở bệnh nhân suy thận nặng (độ thanh thải creatinin < 30ml/phút) AUC tăng rõ rệt sau khi tiêm liều lặp lại 4000IU anti Xa mỗi ngày một lần.

3. Chỉ định:

- Dung dịch 2000IU/0,2ml hoặc 4000IU/0,4ml được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc huyết khối (đặc biệt trong các trường hợp phẫu thuật tổng hợp và chỉnh hình).

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân bị liệt (CHFIII hoặc NYHA cấp IV, suy hô hấp cấp, nhiễm trùng cấp, bệnh thấp khớp cấp kết hợp với yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch như: người già trên 75 tuổi, bệnh các tính, tiền sử huyết khối tĩnh mạch và nghẽn mạch do huyết khối, béo phì, đang dùng liệu pháp hormone, CHF, suy hô hấp mãn tính).

Dung dịch 6000IU/0.6ml được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Điều trị chứng huyết khối tĩnh mạch sâu có hoặc không có huyết khối tĩnh mạch phổi.

- Điều trị đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không sóng Q dùng kết hợp với aspirin.

- Ngừa huyết khối trong tuần hoàn ngoài cơ thể trong quá trình chạy thận nhân tạo.

4. Liều lượng - Cách dùng

- Tiêm sâu dưới da: -> trong điều trị và dự phòng.

- Tiêm nội mạch:-> chạy thận nhân tạo.

- Vị trí tiêm thông thường là trước bên và sau bên vùng thắt lưng, luân phiên bên trái và bên phải. Véo và giữ da thành bụng bằng ngón tay cái và ngón trỏ, đặt kim vuông góc, không được nghiêng và đâm dọc hết chiều dài của kim vào da. Vặn véo da cho đến khi tiêm xong. Không xoa lên chỗ tiêm sau khi tiêm.

Liều dùng:

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân phẫu thuật.

+ Trên bệnh nhân có nguy cơ nhẹ: Enoxaparin natri 2000IU hoặc 4000IU/1lần/ngày. Tiêm trước khi phẫu thuật 2 giờ.

+ Trên bệnh nhân có nguy cơ cao: Enoxaparin natri 4000IU/lần x2 lần/ngày với liều khởi đầu tiêm trước khi phẫu thuật 12 giờ và sau khi phẫu thuật 12-14 giờ.

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc huyết khối ở bệnh nhân nằm liệt giường: Enoxaparin natri 4000IU 1 lần/ngày dùng trong 6-14 ngày.

- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu có hoặc không có kèm thuyên tắc mạch phổi: 1mg/kg/l x 2 lần/ngày điều trị trong 10 ngày.

- Điều trị đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có sóng Q: 100IU/kg mỗi 12 giờ và kết hợp với 100-235mg Aspirin 1l/ngày trong 2-8 ngày.

- Dự phòng huyết khối ngoài cơ thể trong quá trình chạy thận nhân tạo: 100IU/kg /ngày. Nếu bệnh nhân có nguy

cơ xuất huyết cao thì 50IU/kg x 2 lần/ngày. Trong quá trình thẩm phân kéo dài nếu xuất hiện vòng fibrin có thể bổ sung Enoxaparin với liều 50-100IU/kg.

Đối tượng đặc biệt

- Người cao tuổi có chức năng thận bình thường không cần điều chỉnh liều

- Chỉnh liều ở người suy thận nặng có Creatinin < 30ml/phút: dự phòng 200IU/l/ngày; điều trị 100IU/l/ngày.

5. Chống chỉ định:

- Phình mạch não hoặc phình tách động mạch chủ (trừ trường hợp phẫu thuật).

- Đột quỵ do xuất huyết (nghi ngờ hoặc chắc chắn) và nguy cơ cao xuất huyết mất kiểm soát.

- Tăng huyết áp mất kiểm soát.

- Giảm tiểu cầu khi dùng Enoxaparin hoặc heparin (trong lần dùng trước)

- Bệnh nhân là trẻ nhỏ.

Chú ý: phụ nữ có thai và cho con bú-> chưa có bằng chứng cụ thể nên thận trọng.

6. Tác dụng không mong muốn

- Đau và đỏ chỗ tiêm.

- Hoại tử da tại chỗ tiêm biểu hiện ban đầu bằng các đốm xuất huyết hoặc bằng các mảng đỏ gây đau.

- Chọc dò gây tê tủy sống/ngoài màng cứng->tụ máu trong tủy sống.

- Giảm tiểu cầu tự miễn.

7. Tương tác thuốc

- Ngưng điều trị các thuốc cầm máu khác trước khi điều trị bằng Enoxaparin.

- Theo dõi chặt chẽ các thông số cầm máu khi dùng Enoxaparin với các thuốc chống huyết khối khác.

Thận trọng

- Không sử dụng các heparin thay thế lẫn nhau trong quá trình điều trị

- Khi điều trị với thuốc chống đông trong gây tê tủy sống /ngoài màng cứng, phải theo dõi chặt chẽ các phản xạ thần kinh cho bệnh nhân (cảm giác đau cột sống, rối loạn cảm giác, chức năng vận động như môi, yếu chân tay, mất ngủ, rối loạn tiêu hóa và tiểu tiện).

- Giảm tiểu cầu: ngừng sử dụng Enoxaparin khi lượng tiểu cầu giảm 30-50%, hoặc có triệu chứng xuất huyết trong(nôn ra máu, đi phân có máu đen).

- Can thiệp động mạch vành qua da: Enoxaparin không dùng muộn hơn 6-8 giờ trước khi phẫu thuật và cũng không sử dụng muộn hơn 6-8 giờ sau khi phẫu thuật.

- Liều cao Enoxaparin natri có thể làm tăng aPTT và thời gian hoạt hóa đông máu.

Ứng dụng sử dụng ENOXAPARIN trong một số trường hợp:

1- Quyết định số 2187/QĐ-BYT, ngày 03/6/2019 của Bộ y tế hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp

Enoxaparin 1mg/kg tiêm dưới da (TDD) mỗi 12 giờ trong suốt thời gian nằm viện.

2- Quyết định 3416/QĐ-BYT, ngày 14/7/2021 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới (SARS- CoV-2).

Điều trị và dự phòng rối loạn đông máu:

Đối với trường hợp (F0) không được làm xét nghiệm và người bệnh mức độ vừa và nặng, nguy kịch được chỉ định điều trị dự phòng rối loạn đông máu: Enoxaparin 1mg/kg/24h.

Những trường hợp (F0) có tổn thương phổi trên Xquang hoặc có nhịp thở trên 20 lần/ phút, nghe phổi có rales thì sử dụng Enoxaparin 2mg/kg/24h.

Nguồn tài liệu:

- Tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc.
- Quyết định số 2187/QĐ-BYT, ngày 03/6/2019 của Bộ y tế hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp.
- Quyết định 3416/QĐ-BYT, ngày 14/7/2021 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới (SARS-CoV-2).

THÔNG TIN THUỐC DOBUTAMIN (CARDIJECT)

Ds. Võ Băng Hồ

Loại thuốc: Thuốc chủ vận beta1-adrenergic; thuốc kích thích tim.

Dạng thuốc: Thuốc tiêm tĩnh mạch dạng bột đông khô để tiêm 250mg/lọ.

1. Dược lý và cơ chế tác dụng

- Dobutamin là một dẫn chất amin cường giao cảm tổng hợp, có cấu trúc liên quan đến isoproterenol và dopamin. Tác dụng cơ bóp chủ yếu dựa trên tác động chủ vận trên thụ thể β_1 và thụ thể α_1 của tim, dẫn đến tăng cơ bóp với sự gia tăng thể tích tưới máu và cung lượng tim. Dobutamin cũng có tác dụng chủ vận trên β_2 , α_2 ngoại vi nhưng ít. Tác dụng trên huyết động phụ thuộc vào liều dùng, cung lượng tim tăng chủ yếu do sự gia tăng thể tích tưới máu, tăng nhịp tim xảy ra với liều cao. Dobutamin có thể gây loạn nhịp tim, khi dùng liên tục trên 72 giờ có sự dung nạp thuốc.

2. Dược động học

- Tiêm truyền tĩnh mạch, tác dụng xuất hiện nhanh, khởi đầu tác dụng trong vòng 2 phút.

- Tác dụng đỉnh đạt được trong khoảng 10 phút kể từ khi bắt đầu truyền. Nửa đời huyết tương khoảng 2 phút.

- Dobutamin được chuyển hóa trong gan và mô thành những chất chuyển hóa không có hoạt tính, trong đó chủ yếu là những chất liên hợp glucuronic của dobutamin và 3-O-methyldobutamin. Thải trừ: Những chất chuyển hóa được thải trừ trong nước tiểu.

3. Chỉ định

- Dobutamin được chỉ định trên người lớn cần hỗ trợ cơ bóp cơ tim trong điều trị suy tim do các bệnh lý cơ tim (bệnh nguyên phát tại cơ tim, giảm chức năng cơ thất cơ tim nguyên phát), nhồi

máu cơ tim, hoặc các phẫu thuật tim mạch.

- Dobutamin được chỉ định khi cần thiết hỗ trợ co bóp cơ tim trong điều trị các bệnh nhân có tình trạng giảm tưới máu mà trong đó cung lượng tim không đủ cung cấp cho hệ tuần hoàn.

- Dobutamin chỉ định khi cần hỗ trợ co bóp cơ tim trên các bệnh nhân có tăng bất thường áp lực làm đầy thất mà có nguy cơ sung huyết phổi hay phù.

4. Liều lượng và cách dùng

- Cách dùng: Tiêm truyền tĩnh mạch liên tục.

Người lớn: 2,5 - 10 microgam/kg/phút (liều khuyến dùng), tối đa: 40 microgam/kg/ phút, chỉnh liều cho tới khi đạt tác dụng mong muốn.

Trẻ em: Trẻ sơ sinh: Khởi đầu với liều 5 microgam/kg/phút, chỉnh liều theo đáp ứng; liều thường dùng 2 - 15 microgam/kg/phút; tối đa 20 microgam/kg/phút. Trẻ từ 1 tháng tuổi đến 18 tuổi: Khởi đầu với liều 5 microgam/kg/phút, chỉnh liều theo đáp ứng; liều thường dùng 2 - 20 microgam/kg/phút.

Pha thuốc và ổn định của thuốc:

Ở dạng bột đông khô có thể được pha với nước cất, nước vô khuẩn để tiêm. Lấy 10ml dung môi cho vào ống thuốc, dung dịch thuốc đã pha có thể dự trữ lạnh trong 96 giờ, hoặc dự trữ ở nhiệt độ phòng 24 giờ. Dung dịch dạng truyền

tĩnh mạch nên được dùng trong vòng 24 giờ.

5. Chống chỉ định

- Quá mẫn cảm với dobutamin hoặc với bất kỳ thành phần nào trong chế phẩm (thí dụ natri bisulfit).

- Những người bệnh tim phì đại tự phát do hẹp dưới van động mạch chủ.

6. Tác dụng không mong muốn (ADR)

- Thường gặp, ADR >1/100

+ Tuần hoàn: Tăng huyết áp tâm thu, tăng tần số tim, ngoại tâm thu thất, đau thắt ngực, đau ngực lan tỏa, đánh trống ngực.

+ Tiêu hóa: Buồn nôn.

+ Hô hấp: Thở nhanh nông.

- Ít gặp, 1/1 000 < ADR < 1/100

+ Tuần hoàn: Viêm tắc tĩnh mạch.
+ Da: Viêm tại chỗ trong trường hợp tiêm thuốc ra ngoài mạch máu.

- Hiếm gặp, ADR < 1/1 000

+ Tuần hoàn: Nhịp nhanh thất, hạ huyết áp.

7. Tương tác thuốc

- Giảm tác dụng: Những thuốc phong bế beta-adrenergic dùng đồng thời làm giảm tác dụng của dobutamin, dẫn đến làm tăng sức cản ngoại biên.

- Tăng độc tính: Những thuốc gây mê (halothan hoặc cyclopropan) dùng đồng thời với những liều thông

thường của dobutamin có thể gây loạn nhịp thất nặng.

- Tương kỵ vật lý khi dùng với các thuốc sau: Furosemide, Cefazolin, Cefamadol nafat, Cephalothin,

Penicillin, Natri bicarbonat, Natri heparin, Hydrocortison natri succinat.

Nguồn tài liệu:

- *Tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc.*

THÔNG TIN THUỐC CEREBROLYSIN

Ds. Võ Kim Tho

Loại thuốc: dinh dưỡng thần kinh

Dạng thuốc và hàm lượng :

- Dung dịch tiêm: Hộp 10 ống tiêm 1 ml, hộp 5 ống tiêm 5 ml và hộp 5 ống tiêm 10 ml.

- Dung dịch tiêm: Lọ 20 ml, 30 ml và 50 ml.

Cerebrolysin là dạng peptid sản xuất bằng phương pháp cắt đoạn bởi enzym dựa trên công nghệ sinh học đã được chuẩn hóa. Cerebrolysin được sản xuất từ protein não lợn được tinh chế, Dạng dung dịch của Cerebrolysin dùng để tiêm hoặc truyền, không chứa protein, lipid hoặc các hợp chất có tính kháng nguyên.

Thành phần:

- Tinh chất peptide từ não lợn 215,2mg, ứng với Acide amine 85%.

- Peptide có trọng lượng phân tử thấp 15%.

1. Dược lý và cơ chế tác dụng

Cerebrolysin có bản chất là pitid não có tác dụng dinh dưỡng thần kinh đặc hiệu, tác động lên não và hệ thần kinh trung ương theo nhiều cơ chế.

- Tăng cường và cải thiện chuyển hóa của tế bào thần kinh, do đó ngăn

chặn được hiện tượng nhiễm acid lactic trong thiếu oxy não hoặc thiếu máu não.

- Điều chỉnh lại dẫn truyền synap thần kinh, từ đó cải thiện hành vi và khả năng học tập.

- Có hiệu quả dinh dưỡng thần kinh độc đáo, bao gồm tăng biệt hóa tế bào thần kinh, đảm bảo chức năng thần kinh và bảo vệ tế bào não khỏi các tổn thương do thiếu máu nhiễm độc gây nên.

Dược động học:

- Dược động học của Cerebrplysin chỉ hạn chế ở nghiên cứu về sự phân bố. Sau khi tiêm tĩnh mạch đuôi chuột sau 33 phút người ta định lượng nồng độ Cerebrolysin trong não và trong các khoan tế bào. Như vậy Cerebrolysin vượt qua hàng rào máu não.

2. Chỉ định

1. Rối loạn trí nhớ, rối loạn độ tập trung
2. Sa sút trí tuệ do thoái hóa, bao gồm cả bệnh Alzheimer
3. Sa sút trí tuệ do các bệnh mạch não, do nhồi máu nhiều chỗ
4. Sa sút trí tuệ (cả thoái hóa và mạch máu)

- 5. Đột quỵ (thiếu máu cục bộ và tình trạng chảy máu)
- 6. Sau chấn thương và phẫu thuật, sau chấn động mạnh, đụng dập hoặc sau phẫu thuật thần kinh.

3. Chống chỉ định

- Tình trạng động kinh hoặc động kinh cơn lớn, hoặc người bệnh động kinh với tần xuất động kinh tăng lên.

- Suy thận nặng

4. Cách dùng

Thuốc bổ não Cerebrolysin được đóng ống với các loại 5ml, 10ml. Nếu liều dùng của thuốc là 5ml thì có thể tiêm bắp. Lớn hơn 5ml (cụ thể là 10ml) thì có thể tiêm tĩnh mạch hoặc truyền. Pha trong dung dịch Ringer, glucose, dextran 40 truyền tối thiểu trong 20-60 phút.

5. Liều lượng:

Một liệu trình điều trị 10-20 ngày: một lần/ ngày

- Bệnh nhẹ: 1-5ml/ngày

- Bệnh nặng: 10-30ml/ngày

- Sa sút trí tuệ: 5-30ml/24h

- Sau cơn đột quỵ ngập máu hoặc chấn thương sọ não : 10-60ml/24h.

6. Tương tác thuốc

- Dùng Cerebrolysin cùng với thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc ức chế MAO có thể gây tăng tích lũy thuốc.

7. Tác dụng không mong muốn (ADR)

Nếu tiêm quá nhanh sẽ gây ra cảm giác nóng. Trong một số trường hợp có thể gây run, đau đầu hoặc tăng thân nhiệt nhẹ.

8. Thận trọng

Người suy thận nặng không dùng

Nguồn tài liệu:

- *Tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc.*

THÔNG TIN THUỐC ISULIN

Ds. Châu Hồng Lợi

Loại thuốc: Hormon làm hạ glucose máu, hormon chống đái tháo đường, insulin.

Dạng thuốc và hàm lượng:

Một đơn vị insulin bò chứa 0,03891 mg theo tiêu chuẩn quốc tế

Một đơn vị insulin lợn chứa 0,03846 mg theo tiêu chuẩn quốc tế

Một đơn vị insulin người chứa 0,03846 mg theo tiêu chuẩn quốc tế

1. Dược động học

Insulin do bản chất là một protein nên bị phá hủy ở đường tiêu hóa và thường phải tiêm. Các insulin có trên thị

trường khác nhau chủ yếu ở thời gian bắt đầu tác dụng, tác dụng tối đa, và thời gian tác dụng sau khi tiêm dưới da.

Phân bố: Insulin phân bố nhanh vào khắp dịch ngoài bào nhưng không gắn kết mạnh với protein huyết tương.

Chuyển hóa: Insulin người bị thoái biến bởi insulin protease hoặc Insulin chuyển hóa nhanh chủ yếu ở gan do enzym glutathion insulin transhydrogenase và ở một mức độ ít hơn ở thận và mô cơ. Ở thận, insulin được lọc qua cầu thận và hầu như được tái hấp thu hoàn toàn (98%) ở ống thận gần. Khoảng 40% insulin tái hấp thu đó trở lại máu tĩnh mạch, còn 60% được

chuyển hóa ở tế bào lót ống lượn gân. Ở người bình thường, chỉ một lượng nhỏ (< 2%) liều insulin được bài tiết không biến đổi qua nước tiểu.

Thải trừ: Ở người khỏe mạnh, nửa đời huyết tương bằng vài phút; tuy vậy, nửa đời sinh học có thể kéo dài ở người đái tháo đường, có thể là do hormon gắn vào kháng thể, và ở người suy thận, có thể do giáng hóa thay đổi/thanh thải giảm. Sau khi tiêm dưới da tùy loại insulin mà có thời gian thải trừ khác nhau.

2. Chỉ định:

1. Tất cả các đái tháo đường typ 1, nhiễm toan ceton do đái tháo đường, tình trạng tăng glucose huyết tăng áp lực thẩm thấu.
2. Đái tháo đường typ 2 khi giảm cân, điều chỉnh chế độ ăn, và/hoặc uống thuốc chống đái tháo đường không duy trì được nồng độ glucose thỏa đáng trong máu lúc đói cũng như lúc no.
3. Đái tháo đường typ 2 ổn định nhưng phải đại phẫu, sốt, chấn thương nặng, nhiễm khuẩn, loạn chức năng thận hoặc gan, cường giáp, hoặc các rối loạn nội tiết khác, hoại thư, bệnh Raynaud và mang thai.
4. Phụ nữ đái tháo đường mang thai hoặc phụ nữ mang thai mới phát hiện đái tháo đường (gestational diabetes).
5. Đái tháo đường ở lần điều trị khởi đầu nếu mức HbA1C > 9,0% và glucose máu lúc đói > 15,0 mmol/lít.

3. Cách dùng và Liều lượng:

Cách dùng: Insulin thường được tiêm dưới da

Liều hàng ngày dựa vào giám sát nồng độ glucose huyết (1-4 lần hàng ngày). Tuy vào từng loại tiểu đường và trên từng đối tượng bệnh nhân mà có chế độ liều khác nhau.

Liều ban đầu: Tiêm dưới da 0,2-0,6 đv/kg, tiêm 1 hoặc 2 mũi mỗi ngày, liều phải điều chỉnh trong vài tuần sau. Liều insulin cơ bản có thể tăng 2đv cách nhau 3 ngày cho tới khi kiểm soát được đường huyết.

4. Thận trọng

Dùng insulin dễ gây hạ glucose huyết

Insulin lispro và insulin aspart không gây quái thai. Các thuốc tương tự insulin tác dụng nhanh đó đã chứng tỏ an toàn và hiệu quả trong thời kỳ mang thai. Insulin không qua sữa mẹ và dùng an toàn khi cho con bú.

5. Tác dụng không mong muốn (ADR)

1. Thường gặp: Hạ glucose huyết.
2. Ít gặp: Tăng glucose huyết phản ứng (tăng glucose huyết sau hạ glucose huyết, hiệu ứng Somogyi), hiện tượng bình minh.
3. Phản ứng tại chỗ: Dị ứng ban đỏ, ngứa ở chỗ tiêm, phát triển mô mỡ (thường do tiêm thuốc dưới da nhiều lần tại một vị trí).
4. Hiếm gặp: Kháng insulin.
5. Toàn thân: Nổi mào đay, phản ứng phản vệ, phù mạch. Hạ kali huyết.
6. Teo mô mỡ ở chỗ tiêm thuốc dưới da (thường hay gặp hơn khi dùng

thuốc insulin thông thường).

7. Tương tác thuốc

Thuốc chẹn beta làm mất triệu chứng tim đập nhanh do hạ đường huyết.

Tài liệu tham khảo:

- Tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc.
- Dược thư Quốc gia năm 2015.

THÔNG TIN THUỐC LOSARTAN

Ds. Lê Thảo An

Loại thuốc: Chất đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin II.

Dạng thuốc và hàm lượng:

- Viên nén bao phim, dạng muối kali: 25 mg, 50 mg, 100 mg.
- Viên nén bao phim dạng phối hợp: 50 mg (100 mg) losartan và 12,5 mg (25 mg) hydrochlorothiazid.

1. Về chỉ định của thuốc:

- Điều trị tăng huyết áp: Có thể dùng đơn độc hoặc phối hợp với các thuốc chống tăng huyết áp khác (thí dụ thuốc lợi tiểu thiazid). Nên dùng losartan cho người bệnh không dung nạp được các chất ức chế ACE.

- Điều trị suy tim: Losartan có thể sử dụng trong phối hợp điều trị suy tim.

- Điều trị bệnh thận do đái tháo đường.

2. Chống chỉ định:

- Quá mẫn với losartan hoặc bất kỳ thành phần nào của chế phẩm. Mang thai, suy gan nặng. Suy thận: Creatinin máu 250 mmol/lít hoặc kali huyết 5 mmol/lít hoặc hệ số thanh thải creatinin 30 ml/phút.

3. Liều dùng-cách dùng: Có thể uống losartan khi đói hay no.

- **Điều trị tăng huyết áp:** Liều dùng tùy thuộc từng người bệnh và phải

điều chỉnh theo đáp ứng huyết áp. Liều khởi đầu của losartan thường dùng cho người lớn là 50 mg mỗi ngày; có thể dùng liều khởi đầu thấp hơn (thí dụ 25 mg mỗi ngày) cho người bệnh có khả năng mất dịch trong lòng mạch, kể cả người đang dùng thuốc lợi tiểu, hoặc suy gan.

- **Liều duy trì thông thường là 25 - 100 mg, uống một lần hoặc chia làm 2 lần mỗi ngày.** Không cần phải thay đổi liều cho người bệnh cao tuổi hoặc người suy thận, kể cả người đang thẩm phân máu. Nói chung, nếu không kiểm soát được huyết áp với liều đã dùng, thì cách 1 - 2 tháng một lần phải điều chỉnh liều lượng thuốc chống tăng huyết áp.

- Nếu dùng losartan đơn độc mà không kiểm soát được huyết áp, có thể thêm thuốc lợi tiểu liều thấp. Hydrochlorothiazid chứng tỏ có tác dụng cộng lực. Có thể dùng losartan cùng với các thuốc chống tăng huyết áp khác. Không được phối hợp losartan với các thuốc lợi tiểu giữ kali, do nguy cơ tăng kali huyết.

- **Trẻ em trên 6 tuổi: Liều khởi đầu 0,7 mg/kg/lần/ngày, liều tối đa 50 mg/lần/ngày.**

- **Điều trị suy tim:** Bệnh nhân trên 60 tuổi, liều khởi đầu 12,5

mg/lần/ngày. Nếu chưa thấy đáp ứng thì tăng gấp đôi liều sau mỗi tuần đến liều duy trì 50 mg/lần/ngày.

- Điều trị bệnh thận do đái tháo đường: 50 mg/lần/ngày có thể tăng đến 100 mg/lần/ngày tùy theo huyết áp.

4. Tác dụng không mong muốn

- Thường gặp, ADR > 1/100
 - + Tim mạch: Hạ huyết áp, đau ngực.
 - + Thần kinh trung ương: Mất ngủ, choáng váng, mệt mỏi. Nội tiết - chuyển hóa: + Tăng kali huyết, hạ glucose máu. Tiêu hóa: Ỉa chảy, khó tiêu.
 - + Huyết học: Hạ nhẹ hemoglobin và hematocrit. Thần kinh cơ - xương: Đau lưng, đau chân, đau cơ.
 - + Thận: Hạ acid uric huyết (khi dùng liều cao), nhiễm trùng đường niệu.
 - + Hô hấp: Ho (ít hơn khi dùng các chất ức chế ACE), sung huyết mũi, viêm xoang.
- Ít gặp, $1/1\ 000 < \text{ADR} < 1/100$
 - + Tim mạch: Hạ huyết áp thể đứng, đau ngực, block A - V độ II, trống ngực, nhịp chậm xoang, nhịp tim nhanh, phù mắt, đỏ mắt.
 - + Thần kinh trung ương: Lo âu, mất điều hoà, lú lẫn, trầm cảm, đau nửa đầu, đau đầu, rối loạn giấc ngủ, sốt, chóng mặt.
 - + Da: Rụng tóc, viêm da, da khô, ban đỏ, nhạy cảm ánh sáng, ngứa, mày đay, vết bầm, ngoại ban.
 - + Nội tiết - chuyển hóa: Bệnh gút.
 - + Tiêu hóa: Chán ăn, táo bón, đầy hơi, nôn, mất vị giác, viêm dạ dày. Sinh dục - tiết niệu: Bất lực, giảm tình dục, đái nhiều, đái đêm.

+ Gan: Tăng nhẹ các thử nghiệm về chức năng gan và tăng nhẹ bilirubin.

+ Thần kinh cơ xương: Dị cảm, run, đau xương, yếu cơ, phù khớp, đau cơ.

+ Mắt: Nhìn mờ, viêm kết mạc, giảm thị lực, nóng rát và nhức mắt. Tai: Ù tai.

+ Thận: Nhiễm khuẩn đường niệu, tăng nhẹ creatinin hoặc urê.

+ Hô hấp: Khó thở, viêm phế quản, chảy máu cam, viêm mũi, sung huyết đường thở, khó chịu ở họng. Toát mồ hôi.

5. Tương tác thuốc:

- Losartan không ảnh hưởng đến dược động học của digoxin uống hoặc tiêm tĩnh mạch.
- Uống losartan cùng với cimetidin làm tăng diện tích dưới đường cong (AUC) của losartan khoảng 18%, nhưng không ảnh hưởng đến dược động học của chất chuyển hóa có hoạt tính của losartan. Uống losartan cùng với phenobarbital làm giảm khoảng 20% AUC của losartan và của chất chuyển hóa có hoạt tính.
- Tăng kali huyết khi dùng đồng thời với thuốc lợi tiểu giữ kali, thuốc bổ sung kali, chất thay thế muối chứa kali.
- Rifampicin, aminoglutethimid, carbamazepin, nafcilin, nevirapin, phenytoin, làm giảm nồng độ losartan và chất chuyển hóa trong huyết tương khi dùng đồng thời.
- Losartan làm tăng tác dụng các thuốc: Amifostin, thuốc hạ huyết áp, carvedilol, thuốc hạ đường huyết, lithin, thuốc lợi tiểu giữ kali, rituximab.

6. Thận trọng:

- Cần phải giám sát đặc biệt và/hoặc giảm liều ở người bệnh hẹp động mạch thận hai bên hoặc một bên, người chỉ còn một thận cũng có nguy cơ cao mắc tác dụng không mong muốn (tăng creatinin và urê huyết) và cần được giám sát chặt chẽ trong điều trị. Do nguy cơ tăng kali máu, nên theo dõi nồng độ kali máu ở người già và người suy thận, không dùng với thuốc lợi tiểu giữ kali.

- Thời kỳ mang thai: Dùng các thuốc tác dụng trực tiếp lên hệ thống renin - angiotensin trong ba tháng giữa và ba tháng cuối của thai kỳ có thể gây ít nước ối, hạ huyết áp, vô niệu, thiếu niệu, biến dạng sọ mặt và tử vong ở trẻ sơ sinh.

- Người bệnh suy gan phải dùng liều thấp hơn.

7. Dược lực học

- Losartan là một chất đối kháng thụ thể (typ AT1) angiotensin II. Losartan và chất chuyển hóa chính có hoạt tính chặn tác dụng co mạch và tiết aldosteron của angiotensin II bằng cách ngăn cản có chọn lọc angiotensin II, không cho gắn vào thụ thể AT1 có trong nhiều mô (thí dụ cơ trơn mạch máu, tuyến thượng thận). Cả losartan và chất chuyển hóa chính có hoạt tính đều không biểu lộ tác dụng chủ vận cục bộ ở thụ thể AT1 và đều có ái lực với thụ thể AT1 lớn hơn nhiều (khoảng 1000 lần) so với thụ thể AT2. Losartan là một chất ức chế cạnh tranh, thuận nghịch của thụ thể AT1. Chất chuyển hóa có hoạt tính của thuốc mạnh hơn từ 10 đến 40 lần so với losartan, tính theo trọng lượng và là một chất ức chế không cạnh tranh, thuận nghịch của thụ thể AT1. Các chất

đối kháng angiotensin II cũng có các tác dụng huyết động học như các chất ức chế ACE, nhưng không có tác dụng không mong muốn phổ biến của các chất ức chế ACE là ho khan.

8. Dược động học

- Sau khi uống, losartan hấp thu tốt và chuyển hóa bước đầu nhiều qua gan nhờ các enzym cytochrom P450 (CYP2C9 và CYP3A4). Khả dụng sinh học của losartan xấp xỉ 33%. Khoảng 14% liều losartan uống chuyển thành chất chuyển hóa có hoạt tính, chất này đảm nhiệm phần lớn tính đối kháng thụ thể angiotensin II. Nửa đời thải trừ của losartan khoảng 2 giờ, và của chất chuyển hóa khoảng 6 - 9 giờ. Cả losartan và chất chuyển hóa có hoạt tính đều liên kết nhiều với protein huyết tương (> 98%), chủ yếu là albumin và chúng không qua hàng rào máu - não. Độ thanh thải toàn phần trong huyết tương của losartan là khoảng 600 ml/phút và của chất chuyển hóa có hoạt tính là 50 ml/phút; độ thanh thải của chúng ở thận tương ứng với khoảng 75 ml/phút và 25 ml/phút. Losartan thải trừ 35% qua đường nước tiểu và khoảng 60% qua phân. Ở người bệnh xơ gan từ nhẹ đến vừa, diện tích dưới đường cong (AUC) của losartan và của chất chuyển hóa có hoạt tính cao hơn, tương ứng, gấp 5 lần và 2 lần so với ở người bệnh có gan bình thường. Losartan và chất chuyển hóa E-3174 không bị loại ra khi thẩm phân máu.

Tài liệu tham khảo

- *Tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc.*
- *Dược thư Quốc gia năm 2015*

THÔNG TIN THUỐC CEFTIZOXIM

Ds. Nguyễn Khả Minh Hương

Người lớn:

- Liều thường dùng: 1 – 2g, mỗi 8 – 12 giờ.

- Nhiễm khuẩn nặng hoặc có biến chứng: 2-4g mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch. Có thể dùng liều đến 2g mỗi 4 giờ.

- Nhiễm trùng máu do vi khuẩn nhạy cảm: liều khởi đầu 6 – 12g/ngày, tiêm tĩnh mạch, sau đó giảm dần liều theo đáp ứng của bệnh nhân và mức độ nhiễm khuẩn.

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu không biến chứng: 500mg mỗi 12 giờ. Có thể tăng liều nếu nhiễm trùng tiết niệu do vi khuẩn P.aeruginosa nhạy cảm.

- Bệnh lậu : Liều duy nhất 1g, tiêm bắp.

- Bệnh viêm vùng chậu: 2g mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch.

Trẻ em:

- Trẻ em trên 6 tháng tuổi: 50 mg/kg mỗi 6 – 8 giờ. Trường hợp nặng có thể dùng liều 200 mg/kg/ngày chia làm nhiều liều nhưng tổng liều không quá 12 g/ngày.

- Trẻ em trên 1 tháng tuổi: 100 – 150 mg/kg/ngày chia làm 3 liều đối với nhiễm trùng nhẹ đến trung bình. Trường hợp nặng có thể dùng liều 150 – 200 mg/kg/ngày chia làm 3 – 4 liều.

- Trẻ sơ sinh: 25 – 50 mg/kg mỗi 12 giờ.

Bệnh nhân suy thận:

Thuốc trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn, kháng virus, kháng nấm

Tên khác :Ceftizoxime

Dạng thuốc :Thuốc bột pha tiêm

Thành phần : Natri ceftizoxim

1. Chỉ định : Điều trị các nhiễm khuẩn gây ra bởi các vi khuẩn nhạy cảm:

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, nhiễm khuẩn đường sinh dục tiết niệu.

- Bệnh lậu bao gồm bệnh lậu cổ tử cung và niệu đạo không biến chứng.

- Các nhiễm khuẩn phụ khoa bao gồm nhiễm khuẩn khung xương chậu, viêm màng trong tử cung, bệnh viêm vùng chậu, nhiễm trùng xương và khớp.

- Nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não và viêm màng trong tim do nhiễm khuẩn.

- Nhiễm khuẩn da và cấu trúc da, nhiễm khuẩn xương khớp.

3. Liều lượng - cách dùng:

Cách dùng: Hòa tan thuốc bột với nước cất pha tiêm lắc đều:

- Tiêm tĩnh mạch: Pha 1g thuốc với 10ml nước cất, tiêm tĩnh mạch chậm trong 3 – 5 phút. Tiêm trực tiếp hoặc thông qua các ống truyền dịch.

- Tiêm bắp sâu: Pha 1g thuốc với 3ml nước cất, tiêm bắp sâu vào các cơ lớn. Khi tiêm bắp liều 2g, phải chia liều và tiêm ở 2 vị trí khác nhau.

Liều dùng:

- Liều dùng và khoảng cách dùng liều phải được điều chỉnh theo mức độ suy thận, nhiễm khuẩn, khả năng nhạy cảm của vi khuẩn và nồng độ thuốc trong máu.

- Hiệu chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận: sau liều tấn công 0,5-1g, liều duy trì nên được điều chỉnh theo độ thanh thải creatinine (CC) và mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng:

+ CC 50-79ml/phút: 0,5 đến 1,5 g mỗi 8 giờ

+ CC 5-49ml/phút: 0,25-1g mỗi 12 giờ

+ CC ít hơn 5ml/phút: 250 đến 500 mg mỗi 24 giờ hoặc 0,5 đến 1 g mỗi 48 giờ, sau khi lọc máu

Quá liều: Quá liều và cách xử trí

- Nếu trong khi điều trị hoặc sau điều trị mà người bệnh bị ỉa chảy nặng hoặc kéo dài thì phải nghĩ đến người bệnh có thể bị viêm đại tràng mạc giả, đây là một rối loạn tiêu hóa nặng. cần phải ngừng thuốc và thay thế bằng một kháng sinh có tác dụng lâm sàng trị viêm đại tràng do C.difficile (ví dụ như metronidazole, vancomycin).

- Nếu có triệu chứng ngộ độc, cần phải ngừng ngay ceftizoxim và đưa người bệnh đến bệnh viện điều trị.

- Có thể thẩm tách màng bụng hay lọc máu để làm giảm nồng độ ceftizoxim trong máu

4. Chống chỉ định : Có tiền sử mẫn cảm với các cephalosporin.

5. Tác dụng phụ

Thường gặp, ADR > 1/100

- Quá mẫn: Phát ban, ngứa, sốt.
- Tăng nhẹ AST (SGOT), ALT (SGPT) và phosphatase kiềm.

- Huyết học: tăng bạch cầu ái toan nhẹ, tăng tiểu cầu. Dương tính với test Coombs

- Tại vị trí viêm: nóng, viêm mô tế bào, viêm tĩnh mạch, đau, dị cảm.

Ít gặp, 1/1 000 < ADR < 1/100

- Quá mẫn: tê và sốc phản vệ.
- Gan: tăng quá mức bilirubin.
- Thận: tăng creatinine
- Huyết học: thiếu máu, bao gồm thiếu máu tán huyết, giảm bạch cầu, và giảm tiểu cầu hiếm khi xảy ra.
- Tiết niệu: viêm âm đạo
- Tiêu hóa: tiêu chảy; buồn nôn và ói mửa đã được báo cáo.

Các triệu chứng của viêm đại tràng giả mạc có thể xuất hiện trong quá trình điều trị hoặc sau đó.

- Ngoài ra, có thể xuất hiện các tác dụng phụ chung của nhóm cephalosporin: hội chứng Stevens Johnson, hồng ban đa dạng, hoại tử da nhiễm độc, bệnh huyết thanh như phản ứng độc với thận, thiếu máu bất sản, xuất huyết, thời gian prothrombin kéo dài, LDH tăng cao, pancytopenia, và mất bạch cầu hạt.

- Một số cephalosporins có thể liên quan đến co giật, đặc biệt ở những bệnh nhân suy thận liều lượng không được hiệu chỉnh.

Hướng dẫn cách xử trí ADR

- Phải ngừng ngay ceftizoxim khi có biểu hiện nặng các tác dụng không mong muốn (như đáp ứng quá mẫn, viêm đại tràng mạc giả nghiêm trọng, co giật).

Đề phòng ngừa viêm tĩnh mạch do tiêm thuốc: tiêm tĩnh mạch chậm. để giảm đau do tiêm bắp: pha thêm thuốc tê lidocain với thuốc ngay trước khi tiêm.

- Thông báo ngay cho bác sỹ khi

gặp phải các tác dụng không mong muốn của thuốc.

Thận trọng lúc dùng :

- Trước khi bắt đầu điều trị bằng Ceftizoxim, phải điều tra kỹ về tiền sử dị ứng của người bệnh với cephalosporin, penicillin hoặc thuốc khác. Có dị ứng chéo giữa penicillin với cephalosporin trong 5-10% trường hợp. Phải hết sức thận trọng khi dùng Ceftizoxim cho người bị dị ứng với penicillin.

- Thận trọng đối với bệnh nhân suy thận, suy gan, viêm ruột kết màng giả.

- Sử dụng Ceftizoxim làm tăng các bệnh đường tiêu hóa đặc biệt là bệnh viêm đại tràng.

- Tính an toàn với trẻ sơ sinh đến 6 tháng tuổi trong năm đầu chưa được xác định. - Sử dụng thuốc cho phụ nữ có thai và cho con bú

+ Thời kỳ mang thai: Nghiên cứu thực hiện ở chuột và thỏ đã cho thấy không có bằng chứng ceftizoxim ảnh hưởng tới thai nhi và khả năng sinh sản. tuy nhiên, nghiên cứu ở phụ nữ mang thai chưa được thực hiện, do đó thuốc này chỉ được sử dụng trong khi mang thai nếu thật cần thiết.

+ Thời kỳ cho con bú: Ceftizoxim bài tiết ra trong sữa mẹ với nồng độ thấp vì vậy cần thận trọng khi sử dụng ceftizoxim cho phụ nữ trong thời kỳ cho con bú. Có thể dung ceftizoxim với người cho con bú nhưng phải quan tâm khi trẻ ỉa chảy, tưa và nổi ban, nếu tránh dung được thì tốt. Tuy nồng độ thuốc trong sữa thấp, nhưng vẫn có 3 vấn đề được đặt ra với trẻ đang bú là: Làm thay đổi vi khuẩn chí đường ruột, tác dụng trực tiếp lên trẻ và ảnh hưởng lên kết quả nuôi cấy vi khuẩn khi trẻ bị sốt.

- Không có ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc.

6. Tương tác thuốc :

Probenecid làm giảm khả năng thải trừ qua thận của ceftizoxim.

Tăng nguy cơ gây độc với thận khi dung chung với các aminoglycoside. Cephalosporin.

Tương kỵ: không dùng chung với các thuốc chống đông máu.

7. Dược lực :

Ceftizoxim là một là kháng sinh bán tổng hợp phổ rộng thuộc nhóm cephalosporin thế hệ 3, thuốc có hoạt tính diệt khuẩn do ức chế tổng hợp vỏ tế bào vi khuẩn. Phổ tác dụng trên in vitro bao gồm cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm hiếu khí và một số vi khuẩn kỵ khí.

+ Vi khuẩn hiếu khí Gram dương: Staphylococcus aureus bao gồm cả chủng vi khuẩn sinh penicilline và không sinh penicilline, Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus agalactiae, Staphylococcus pneumonia, Staphylococcus pyogenes. + Vi khuẩn hiếu khí Gram âm: chủng Enterobacter, Escherichia coli, Haemophilus influenza bao gồm H. influenza kháng ampicillin, Klebsiella pneumonia, Morganella morganii, Neisseria gonorrhoeae, Proteus mirabilis, Proteus vulgaris, Providencia rettgeri, Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens.

+Vi khuẩn kỵ khí: Bacteroides spp., Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp.

8. Dược động học :

Hấp thu: Khi tiêm bắp với liều 1g nồng độ của thuốc trong huyết tương đạt tối đa sau 1 giờ.

Phân bố: Ceftizoxim phân tán nhanh chóng vào các dịch và mô của cơ thể, bài tiết trong sữa mẹ với nồng độ thấp. Tỷ lệ liên kết với protein huyết tương là 30%.

Chuyển hóa: Ceftizoxim không bị chuyển hóa.

Thải trừ: Thời gian bán thải của Ceftizoxim khoảng 1,7 giờ khi tiêm tĩnh mạch, Ceftizoxim đào thải chủ yếu qua

nước tiểu dưới dạng không đổi trong vòng 24 giờ.

9. Bảo quản:

Bảo quản trong bao bì kín, nơi khô ráo, tránh ánh sáng, ở nhiệt độ dưới 30⁰ C.

Dung dịch sau khi pha nên sử dụng ngay, hoặc có thể bảo quản trong vòng 12 giờ ở nhiệt độ dưới 30⁰C, tránh ánh sáng.

Không sử dụng nếu dung dịch xuất hiện cặn hay kết tủa./.

Tài liệu tham khảo

Theo tờ hướng dẫn sử dụng.

Bản tin cảnh giác dược

Uspharmacist: Lựa chọn đầu tay thuốc ức chế SGLT-2 trong điều trị đái tháo đường typ 2 có cải thiện kết cục tim mạch cho bệnh nhân hay không?

Các hướng dẫn điều trị trên lâm sàng hiện tại thường ưu tiên metformin là liệu pháp đầu tay cho bệnh nhân đái tháo đường type 2 (T2D), nhưng một nghiên cứu mới đã đặt ra câu hỏi rằng liệu có nên thay đổi hay không.

Nhóm nghiên cứu từ Bệnh viện Brigham and Women's Hospital và Trường Y khoa Harvard (Harvard Medical School) đã chỉ ra triển vọng của việc sử dụng đầu tay thuốc ức chế đồng vận chuyển glucose-natri (ức chế SGLT-2).

Bài báo trên Annals of Internal Medicine cho thấy bằng chứng về việc giảm thiểu về nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch (CV) liên quan đến việc sử dụng ức chế SGLT-2 so với metformin hiện vẫn còn hạn chế. Điều đó đã thúc đẩy các nhà nghiên cứu đánh giá các kết cục

CV ở người trưởng thành mắc T2D được điều trị đầu tay với SGLT-2 thay vì metformin.

Nghiên cứu thuần tập theo dõi từ quần thể (population-based cohort study) đã sử dụng dữ liệu từ 2 cơ sở dữ liệu lớn là U.S. commercial và Medicare từ 04/2013 đến 03/2020. Đối tượng tham gia là người trưởng thành mắc T2D, gồm bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên tại Medicare bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế SGLT-2 hoặc metformin trong thời gian theo dõi. Bệnh nhân không được kê bất kỳ loại thuốc điều trị đái tháo đường nào trước khi tiến hành nghiên cứu.

Nghiên cứu tập trung vào việc sử dụng đầu tay 1 thuốc ức chế SGLT-2: anagliflozin, empagliflozin, hoặc dapagliflozin - hoặc metformin. Tiêu chí

chính được xác định là số trường hợp nhập viện do nhồi máu cơ tim (MI), nhập viện do đột quỵ do thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết, hoặc tử vong do mọi nguyên nhân (MI/đột quỵ/tử vong) và tiêu chí gộp số trường hợp nhập viện do suy tim (HHF) hoặc tử vong do mọi nguyên nhân (HHF/tử vong). Nhà nghiên cứu cũng theo dõi tất cả trường hợp nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục được báo cáo trong từng nhóm nghiên cứu.

Kết quả cho thấy, trong số 8.613 trường hợp sử dụng đầu tay thuốc ức chế SGLT-2 so với 17.226 bệnh nhân được kê đơn metformin lần đầu:

Nguy cơ MI/đột quỵ/tử vong liên quan đến ức chế SGLT-2 tương đương so với metformin (HR 0,96; 95% CI 0,77-1,19) và nguy cơ HHF/tử vong liên quan đến SGLT-2 thấp hơn (HR 0,80; 95% CI 0,66-0,97) so với metformin.

Các tác giả lưu ý rằng so với metformin, những bệnh nhân dùng thuốc ức chế SGLT-2 là thuốc đầu tay cũng cho thấy nguy cơ HHF (HR 0,78; CI 0,63-0,97) thấp hơn, nguy cơ MI thấp

hơn (HR 0,70; CI 0,48-1,00), nguy cơ xảy ra đột quỵ, tử vong và MI/đột quỵ/HHF/tử vong tương đương so với bệnh nhân dùng metformin.

Mặt khác, việc sử dụng đầu tay thuốc ức chế SGLT-2 có khả năng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn đường sinh dục (HR. 2,19; CI 1,91-2,51), các phản ứng có hại khác tương tự metformin.

Theo tác giả Ho Jin Shin, BPharm, PhD, của bộ phận Dược lý và Kinh tế dược tại Bệnh viện Brigham & Wome: “Kết quả nghiên cứu gợi ý việc có thể cân nhắc sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 là thuốc đầu tay cho bệnh nhân mắc bệnh T2D và bệnh tim mạch hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao xảy ra các biến cố tim mạch”. “Tuy nhiên, việc có thêm bằng chứng từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên hoặc nghiên cứu quan sát sẽ giúp xác định đối tượng bệnh nhân có lợi ích cao nhất khi sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 là thuốc đầu tay điều trị T2D.”

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>

HSA: Amoxicillin và nguy cơ viêm màng não vô khuẩn

Amoxicillin là kháng sinh beta-lactam phổ hẹp được cấp phép lưu hành tại Singapore từ năm 1998 để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp như nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn sinh dục, nhiễm khuẩn da và mô mềm. Hoạt chất hiện có dạng đơn thành phần hoặc kết hợp với clavulanat - chất ức chế beta-lactamase.

Viêm màng não vô khuẩn

Viêm màng não vô khuẩn là tình trạng màng não và tủy sống bị viêm không do nhiễm khuẩn. Các loại thuốc

như thuốc chống viêm không steroid (NSAID), globulin miễn dịch đường tĩnh mạch và kháng sinh, bao gồm amoxicillin, đã được xác định là nguyên nhân tiềm tàng của viêm màng não vô khuẩn. Các nguyên nhân khác bao gồm ung thư, bệnh tự miễn hoặc các bệnh tự miễn hệ thống (như lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp) và các nguyên nhân khác do điều trị gây ra như biến chứng chọc ống cột sống thắt lưng hoặc phản ứng có hại của thuốc tiêm tủy sống. Cơ chế bệnh sinh của viêm màng não vô khuẩn do thuốc vẫn chưa được

biết rõ, nhưng đề xuất có thể do phản ứng quá mẫn muộn.

Viêm màng não vô khuẩn do amoxicillin

Có rất ít trường hợp viêm màng não vô khuẩn được công bố trong y văn liên quan đến việc sử dụng các chế phẩm chứa amoxicillin. Bệnh nhân thường xuất hiện sốt và đau đầu tiên triển trong vài giờ đến 7 ngày sau khi sử dụng amoxicillin. Chứng sợ ánh sáng, cứng gáy, li bì, đau cơ và cảm giác khó chịu cũng xảy ra với một số bệnh nhân. Đáng chú ý, hầu hết các trường hợp đều hồi phục tích cực, sau 2 đến 3 đợt viêm màng não vô khuẩn do amoxicillin. Các phát hiện trong dịch não tủy (CSF) điển hình bao gồm tăng bạch cầu (tế bào lympho hoặc bạch cầu trung tính), trong một số trường hợp đi kèm với tăng protein và nồng độ glucose thường bình thường (khác với trong viêm màng não do vi khuẩn với nồng độ glucose CSF thấp). Nuôi cấy CSF luôn âm tính.

Việc chẩn đoán viêm màng não vô khuẩn do amoxicillin thường dựa trên mối liên quan về thời gian giữa việc uống thuốc và khởi phát triệu chứng, tăng bạch cầu CSF, xét nghiệm vi sinh âm tính và các triệu chứng có khả năng cải thiện nhanh, thường trong vài ngày sau khi ngừng thuốc. Vì đây là một chẩn đoán loại trừ, khai thác tiền sử dùng thuốc kỹ lưỡng có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán viêm màng não vô khuẩn liên quan đến amoxicillin sau khi đã loại trừ nguyên nhân viêm màng não vô khuẩn liên quan đến nhiễm trùng và bệnh lý khác (chủ yếu là ung thư và bệnh tự miễn).

Đánh giá của Cơ quan Quản lý Y tế Canada

Vào năm 2021, Health Canada đã xem xét nguy cơ tiềm tàng của bệnh viêm màng não vô khuẩn trên những bệnh nhân được điều trị bằng các chế phẩm có chứa amoxicillin và kết luận rằng có thể có mối liên quan giữa bệnh và thuốc. Các đánh giá thực hiện trên các bệnh nhân viêm màng não vô khuẩn liên quan đến việc sử dụng amoxicillin tại Canada và các nước khác, đồng thời nghiên cứu các trường hợp tại quốc gia khác được báo cáo cho Cơ sở dữ liệu về phản ứng có hại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), cho thấy mối liên hệ giữa nguy cơ viêm màng não vô khuẩn và việc sử dụng amoxicillin.

Ghi nhận tại Singapore

Cho đến nay, HSA đã nhận được một báo cáo về bệnh viêm màng não vô khuẩn có thể liên quan đến việc sử dụng amoxicillin/acid clavulanic.

Hiện tại, viêm màng não vô khuẩn là một biến cố bất lợi đã được ghi trên nhãn (PI) của một số chế phẩm có chứa amoxicillin. HSA đang làm việc với cơ quan đăng ký thuốc của các chế phẩm còn lại để đảm bảo thông tin an toàn trên được liệt kê trong PI của tất cả các chế phẩm có chứa amoxicillin tại Singapore.

Khuyến cáo của HSA

Viêm màng não vô khuẩn liên quan đến amoxicillin là một AE rất hiếm gặp nhưng có thể hồi phục, có thể được xử trí bằng cách ngừng thuốc. Do đó, việc nhanh chóng phát hiện AE này có thể giúp không phải tiến hành quy trình chẩn đoán xâm lấn và điều trị kéo dài, cũng như khả năng xuất hiện các đợt tái phát liên quan đến việc sử dụng amoxicillin tiếp theo. Nhân viên y tế cần cân nhắc khả năng xảy ra AE này ở bệnh nhân được kê đơn các chế phẩm chứa

amoxicillin xuất hiện viêm màng não vô khuẩn sau khi loại trừ các nguyên nhân do nhiễm khuẩn hoặc bệnh lý khác.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>

BMJ: Mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng và hiệu quả của vắc xin mRNA đối với biến thể SARS-CoV-2 omicron, delta và alpha tại Hoa Kỳ

Một nghiên cứu quan sát tiến cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng của các biến thể covid-19 alpha, delta và omicron ở người trưởng thành cần nhập viện và so sánh hiệu quả của các vắc xin mRNA phòng ngừa nhập viện khi mắc biến thể.

Thiết kế

Nghiên cứu bệnh chứng

Địa điểm

21 bệnh viện tại Hoa Kỳ

Người tham gia

11 690 người trưởng thành (≥ 18 tuổi) nhập viện: 5728 người mắc covid-19 (nhóm bệnh) và 5962 người không mắc covid-19 (nhóm chứng). Bệnh nhân được phân loại vào các nhóm biến thể SARS-CoV-2 dựa trên giải mã trình tự gen. Nếu không xác định được gen, phân loại dựa trên biến thể lưu hành chủ yếu tại thời điểm nhập viện: alpha (11/3-3/7/2021), delta (4/7-25/12/2021) và omicron (26/12/2021-14/2/2022).

Đánh giá tiêu chí chính

Hiệu quả của vắc xin được tính dựa trên thiết kế xét nghiệm âm tính đối với vắc xin mRNA để phòng ngừa nhập viện do COVID-19 bởi mỗi biến thể (alpha, delta, omicron). Với bệnh nhân nhập viện do covid-19, mức độ nghiêm trọng của bệnh theo thang điểm tiến

triển lâm sàng của WHO được so sánh giữa các biến thể bằng cách hồi quy tỷ lệ chênh lệch.

Kết quả

Hiệu quả của vắc xin mRNA phòng ngừa nhập viện do covid-19 là 85% (95% CI là 82-88%) sau 2 mũi đối với biến thể alpha, 85% (83-87%) sau 2 mũi đối với biến thể delta, 94% (92-95%) sau 3 mũi đối với biến thể delta, 65% (51-75%) sau 2 mũi đối với biến thể omicron, và 86% (77-91%) sau 3 mũi đối với biến thể omicron. Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 7,6% (81/1060) do biến thể alpha, 12,2% (461/3788) của delta, và 7,1% (40/565) của omicron. Trên bệnh nhân nhập viện do covid-19 chưa được tiêm chủng, mức độ nghiêm trọng theo thang điểm tiến triển lâm sàng của WHO cao hơn giữa biến thể delta so với biến thể alpha (OR hiệu chỉnh 1,28, 95% CI 1,11-1,46) và thấp hơn giữa biến thể omicron so với biến thể delta (0,61;0,49-0,77). Mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân đã tiêm phòng đối với từng biến thể thấp hơn nhóm chưa tiêm chủng, gồm alpha (OR hiệu chỉnh 0,33;0,23-0,49), delta (0,44;0,37-0,51) và omicron (0,61;0,44-0,85).

Kết luận

Vắc xin mRNA có hiệu quả trong phòng ngừa nhập viện do mắc covid-19 biến thể alpha, delta và omicron, nhưng

cần tiêm 3 mũi để đạt hiệu quả bảo vệ đôi với biến thể omicron tương đương 2 mũi đối với biến thể delta và alpha. Trên người trưởng thành nhập viện do covid-19, mức độ nghiêm trọng của bệnh liên quan đến biến thể omicron thấp hơn biến thể delta, nhưng vẫn có tỷ lệ mắc bệnh

và tỷ lệ tử vong đáng kể. Bệnh nhân nhập viện do covid-19 đã được tiêm chủng có mức độ nghiêm trọng của bệnh thấp hơn đáng kể so với bệnh nhân chưa tiêm chủng, đối với tất cả các biến thể.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>

Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa liên quan đến sử dụng đồng thời amiodaron và rivaroxaban

Tín hiệu về nguy cơ xuất huyết tiêu hóa liên quan đến tương tác thuốc giữa amiodaron và rivaroxaban đã được phát hiện sau khi sàng lọc dữ liệu Vigibase (cơ sở dữ liệu toàn cầu của WHO về các báo cáo an toàn đơn lẻ) vào mùa thu năm 2020. Tính tới ngày 6/12/2020, Vigibase đã ghi nhận 24 báo cáo khác nhau về xuất huyết tiêu hóa sau khi sử dụng phối hợp amiodaron và rivaroxaban. Hầu hết các bệnh nhân trong báo cáo là người cao tuổi với độ tuổi trung bình là 74 (34-91 tuổi). Có 5 bệnh nhân (20,8%) được báo cáo có tình trạng suy giảm chức năng thận, có thể ảnh hưởng đến nồng độ rivaroxaban trong cơ thể.

Thuốc chống loạn nhịp amiodaron và chất chuyển hóa có hoạt tính của nó ức chế trung bình các enzym CYP cũng như P-gp, vì vậy thuốc này có khả năng tương tác dược động học với các loại thuốc khác.

Rivaroxaban là thuốc ức chế yếu tố đông máu Xa đường uống, được chuyển hóa tại gan nhờ enzym CYP450 3A4 và 2J2. Thuốc được bài tiết qua thận thông qua P-gp. Hồ sơ dược động học của rivaroxaban cho thấy thuốc có nguy cơ gây độc tính phụ thuộc liều khi dùng cho bệnh nhân suy gan, suy thận hoặc bệnh nhân dùng đồng thời các thuốc ức chế enzym CYP.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>

BMJ: Vắc xin có ngăn ngừa được biến thể omicron không - và giải đáp một số câu hỏi khác

Biến thể omicron của vi rút SARS-CoV-2 được phát hiện lần đầu tiên ở Nam Phi vào ngày 24/11 và hiện được tìm thấy ở 57 quốc gia. Bài viết dưới đây được tác giả Elisabeth Mahase tổng kết về những điều mà chúng ta biết

về biến chủng này cho tới thời điểm hiện tại, bao gồm các phương pháp điều trị hiệu quả và vắc xin.

Omicron có các đột biến nào?

Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) cho biết,

đột biến trên protein gai của biến thể omicron có ít nhất 30 acid amin thay thế, mất 3 đoạn nhỏ và chèn 1 đoạn nhỏ. CDC nhấn mạnh có bốn đột biến chính làm tăng sự lây lan: N501Y, H655Y, N679K, P681H và đột biến cuối cùng được tìm thấy ở biến thể alpha, trong khi một đột biến khác ở vị trí này (P681R) được tìm thấy ở delta.

Biến thể omicron có dễ lây lan hơn biến thể delta không?

Các dấu hiệu ban đầu cho thấy omicron dễ lây lan hơn các biến thể trước đó, đặc biệt khi nó đã vượt qua delta, trở thành biến thể chính ở Nam Phi và có bằng chứng chỉ ra rằng nó làm tăng nguy cơ tái nhiễm.

Nhóm mô hình hoá đại dịch của Anh (SPI-M-O) đã cảnh báo rằng mặc dù dữ liệu từ Nam Phi có thể dự báo trước, tuy nhiên có dấu hiệu mạnh mẽ chỉ ra rằng omicron có “lợi thế lây lan nhanh, khả năng thoát miễn dịch đáng kể hoặc cả hai, hoặc một số lợi thế về thể chất so với biến thể delta. Bằng chứng hiện nay đưa ra một “trường hợp thuyết phục là omicron gây ra làn sóng lây nhiễm ở Anh”

Bộ trưởng bộ y tế của Anh, Said Javid, đã thông báo với Sky News vào ngày 8/12 rằng “Nó lây lan nhanh hơn bất kỳ biến thể Covid-19 nào khác mà chúng tôi đã biết cho tới nay. Chúng tôi ước tính (thời gian tăng gấp đôi) là từ 2 ngày rưỡi đến 3 ngày, có nghĩa là với tốc

độ lây lan như cuối tháng này, chúng ta có thể đạt mốc khoảng một triệu ca lây nhiễm trong cộng đồng trên khắp nước Anh”.

Biến thể này có dẫn đến bệnh nặng hơn không?

Có ý kiến cho rằng mặc dù omicron dễ lây lan hơn delta, nhưng nó ít gây ra bệnh nặng hơn. Tỷ lệ lấp đầy giường chăm sóc đặc biệt tại các bệnh viện Nam Phi từ ngày 14/11 đến ngày 4/12 là 6,3%. Tổ chức Y tế Thế giới cho biết là tỉ lệ này là “rất thấp so với cùng kỳ khi đất nước đang phải đối mặt với đỉnh điểm của đại dịch do biến thể delta vào tháng 7”

Dữ liệu bổ sung từ một trong những khu vực y tế bị ảnh hưởng nặng nề nhất tại Nam Phi cho biết rằng, trong cùng khoảng thời gian, 98 trong 1200 người nhập viện phải hỗ trợ thở oxy và 4 người phải thở máy. WHO nói rằng “Đây là dữ liệu sơ bộ với cỡ mẫu nhỏ, và đa số những người nhận hỗ trợ y tế, đều dưới 40 tuổi. Khi hồ sơ lâm sàng của bệnh nhân thay đổi, tác động của omicron có thể thay đổi”.

Phát biểu tại cuộc họp báo của Trung tâm Truyền thông Khoa học Đức vào ngày 8/12, Florian Krammer, giáo sư về tiêm chủng tại Bệnh viện Mount Sinai ở New York, cho biết “Chúng ta chỉ có thể suy đoán về điều này. Chúng ta phải hết sức thận trọng, bởi vì chúng ta đang nói về một nhóm dân số trẻ (ở

Nam Phi) có khả năng miễn dịch cơ bản rất cao thu được do lây nhiễm trước đó và là lý do tại sao chúng ta có thể thấy bệnh nhẹ hơn. Những gì chúng ta cần giả định là omicron sẽ rất giống với các biến thể khác về mức độ nghiêm trọng”.

Các nhà lãnh đạo y tế khác cũng đã cảnh báo rằng, ngay cả khi omicron gây bệnh ít nghiêm trọng hơn, thì tỷ lệ lây lan của nó có thể gây ra “hậu quả nghiêm trọng”. Tim Spector, giáo sư dịch tễ học di truyền tại Đại học King's College London, người điều hành ứng dụng Zoe triệu chứng covid-19 cho biết "Nếu con số vẫn tăng vọt, không quan trọng nếu tỷ lệ người nhập viện hoặc tử vong vẫn thấp - đó là về khối lượng, không phải tỷ lệ phần trăm. Tỷ lệ lây truyền cao hơn ngay cả khi được tiêm chủng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, và hàng trăm người tiếp tục chết mỗi tuần khi chúng ta bước vào Giáng sinh thứ hai của đại dịch này”.

Liệu Omicron có né tránh được sự bảo vệ của vắc xin không?

Một nghiên cứu quy mô nhỏ, chỉ bao gồm 12 người tại Nam Phi, đã chỉ ra rằng omicron có thể làm giảm đáng kể hiệu quả của vắc xin Pfizer-BioNTech, với mức kháng thể trung hòa thấp hơn 41 lần so với một biến thể vi rút đã lan rộng trong giai đoạn đầu của đại dịch (đặc trưng cho sự thay thế protein đột biến D614G).

Jonathan Ball, giáo sư vi rút học tại Đại học Nottingham cho biết: “Mặc dù số lượng vi rút bị tiêu diệt quan sát được trong phòng thí nghiệm giảm đáng kể - tới 40 lần, tuy nhiên vẫn có khả năng trung hoà ở mức đo lường được, đặc biệt ở những người đã tiêm vắc xin hoặc lây nhiễm trước đó. Nhóm này bắt chước một cách hiệu quả những gì mong đợi ở những người đã tiêm hai liều vắc xin cộng với một liều tăng cường. Đó là lý do tại sao chúng ta vẫn cần truyền tải thông điệp: hãy tiêm phòng, tăng cường sức khỏe, ngay cả khi bạn đã nhiễm bệnh trước đó”.

Pfizer cho biết nghiên cứu của họ đã chỉ ra rằng liều vắc xin thứ ba mang lại mức kháng thể trung hoà chống lại omicron tương tự như sau tiêm hai liều chống lại chủng vi rút gốc (wildtype). Công ty đã thông báo rằng nhận thấy những người đã tiêm hai liều “hiệu giá trung hoà đối với omicron giảm hơn 25 lần so với chủng wildtype”, cho thấy hai liều vắc xin Pfizer có “khả năng bảo vệ có thể không đủ để chống lại sự lây lan của biến thể omicron” Công ty cho biết “các nghiên cứu bổ sung chỉ ra rằng một liều vắc xin covid-19 tăng cường làm tăng hiệu giá kháng thể lên 25 lần”.

Có thể có vắc xin mới không?

Pfizer và BioNTech đã bắt đầu phát triển các vắc xin đặc hiệu chống omicron vào 25/11 và cho biết rằng các lô đầu tiên có thể sẵn sàng trong vòng

100 ngày, trong khi chờ phê duyệt theo quy định. Moderna cũng đang nghiên cứu vắc xin chống lại biến thể mới và cho biết rằng có thể hoàn tất quá trình thử nghiệm và sẵn sàng nộp đơn lên các cơ quan vào tháng 3/2022.

Tuy nhiên, phát biểu tại cuộc họp báo tại Trung tâm Truyền thông Khoa học Đức về vắc-xin Oxford-AstraZeneca, Teresa Lambe, trưởng nhóm điều tra khoa học tại Viện Jenner của Đại học Oxford, cho biết: “Chúng tôi không biết liệu vắc xin mới là cần thiết hay không. Rất có thể chúng tôi sẽ thấy sự giảm các kháng thể trung hòa, tuy nhiên, vẫn chưa tìm thấy một biến thể nào gây ra việc nhập viện và tử vong. Không may mắn thay, chúng tôi cần kiên nhẫn chờ đợi. Chúng tôi, cũng như các nhà sản xuất vắc xin khác, có thể tiến hành nhanh chóng. Chúng tôi đã sản xuất một loại vắc xin chống lại biến thể beta, AZD2816, vì vậy chúng tôi đã có các quy trình cũng như trí tuệ để sản xuất một cách nhanh chóng khi cần”.

Về việc điều trị bằng thuốc kháng vi rút và kháng thể

GSK cho biết rằng kháng thể đơn dòng của sotrovimab (đã được phê duyệt tại Anh), vẫn duy trì tác dụng chống lại protein đột biến của omicron trong ống nghiệm. Dữ liệu tiền lâm sàng được tạo ra thông qua thử nghiệm trên mô hình biến thể bao gồm 37 đột biến được xác định trong protein đột biến. Tuy nhiên,

công ty công nghệ sinh học Regeneron báo cáo rằng thử nghiệm đối với phương pháp điều trị bằng kháng thể đơn dòng của Ronapreve chỉ ra việc có thể làm giảm hiệu quả chống lại omicron. Vẫn chưa có thông tin về hiệu quả của molnupiravir kháng vi rút SARS-CoV-2 chống lại được omicron.

Xét nghiệm PCR có thể phát hiện omicron không?

Xét nghiệm PCR hoàn toàn có thể phát hiện ra biến thể, mặc dù một số phòng thí nghiệm nói rằng một xét nghiệm được sử dụng rộng rãi không phát hiện ra một trong ba gen đích (S). Đây là gen bị loại bỏ giống với biến thể alpha vào cuối năm 2020. WHO đã chỉ ra gen loại bỏ này có thể được sử dụng làm dấu ấn (marker) để phát hiện biến thể omicron, hiện đang được giải trình tự gen.

Động thái mới từ các quốc gia

Nhiều quốc gia đã thực hiện lệnh cấm du lịch hoặc thắt chặt hơn đối với du khách từ một số quốc gia châu Phi. Tại Anh, nơi mà hơn 800 ca nhiễm omicron được phát hiện cho đến nay, đã đưa 11 quốc gia châu Phi vào danh sách đỏ: Angola, Botswana, Eswatini (trước đây là Swaziland), Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Nam Phi, Zambia và Zimbabwe. Điều này đã đặt ra câu hỏi liên quan đến việc tại sao các nước châu Phi phải đối mặt với các biện pháp kiểm soát mới này khi biến

thể omicron cũng đang lưu hành ở nhiều nước châu Âu.

Cùng với việc hạn chế đi lại, Anh cũng đã áp dụng một số biện pháp bổ sung trong nước, bao gồm khuyến cáo mọi người nên làm việc tại nhà nếu có thể và đeo khẩu trang ở nơi công cộng,

chẳng hạn như rạp chiếu phim và rạp hát. Một số quốc gia châu Âu khác, bao gồm cả Áo và Đức, đã có một số hình thức đóng cửa một số khu vực hoặc quốc gia trước khi biến thể này lan rộng.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>

Thuyên tắc huyết khối kèm theo giảm tiểu cầu và vắc xin COVID-19: Khuyến cáo từ MHRA

Gần đây, MHRA đã ghi nhận một số trường hợp xuất hiện biến cố huyết khối nghiêm trọng kèm giảm tiểu cầu sau khi tiêm vắc xin AstraZeneca.

Chưa có bằng chứng cho thấy sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ trên các bệnh nhân này, chủ yếu là những người có tiền sử khỏe mạnh. Đây là tình trạng hiếm gặp, với sự hình thành cục máu đông bất thường. Cơ chế của tình trạng này được cho là liên quan đến đáp ứng miễn dịch của cơ thể với vắc xin AstraZeneca, có thể do sự đa hình trong gen mã hóa thụ thể Fc của hệ miễn dịch và đây cũng là 1 lĩnh vực đang được nghiên cứu. Không có lý do để cho rằng những bệnh nhân có tiền sử huyết khối hoặc hội chứng tăng đông(thrombophilic) sẽ có nguy cơ mắc biến cố hiếm gặp này cao hơn do nguyên nhân nằm ở cơ chế miễn dịch. Tương tự, dù mang thai làm tăng nguy cơ xuất hiện tình trạng đông máu, nhưng chưa có bằng chứng cho thấy những phụ nữ

mang thai, phụ nữ sau sinh hoặc đang sử dụng thuốc tránh thai sẽ có nguy cơ mắc huyết khối đi kèm với giảm tiểu cầu cao hơn sau khi tiêm vắc xin AstraZeneca. Hiện chưa ghi nhận trường hợp phụ nữ có thai xảy ra tình trạng này. Tuy nhiên, cần thận trọng khi tiêm chủng trên những cá nhân có tiền sử mắc huyết khối và giảm tiểu cầu do heparin (HITT hoặc HIT tít 2).

Cần đánh giá đúng những trường hợp xảy ra biến cố đông máu đi kèm giảm tiểu cầu sau tiêm vắc xin AstraZeneca liều đầu tiên. Nếu xuất hiện tình trạng này, nên hoãn việc tiêm vắc xin cho đến khi quá trình đông máu của bệnh nhân hoàn toàn ổn định, và cân nhắc sử dụng vắc xin khác cho liều tiêm liều thứ hai. Tương tự như hội chứng HITT, các kháng thể kháng yếu tố 4 tiểu cầu có thể tồn tại trong cơ thể khoảng 6 tháng.

Người dân được khuyến cáo tiêm liều vắc xin thứ 2 cùng loại nếu không

xuất hiện biến cố hiếm gặp trên sau khi tiêm vắc xin AstraZeneca liều đầu tiên. Cho đến nay, chưa có dấu hiệu cho thấy nguy cơ xuất hiện biến cố này tăng sau khi tiêm liều thứ 2 và tỷ lệ xảy ra các phản ứng khác ở liều hai thấp hơn so liều 1 khi tiêm vắc xin cùng loại. Các phản ứng có hại thông thường có khả năng xuất hiện nhiều hơn khi sử dụng vắc xin thay thế khi tiêm liều 2 khác loại.

Dựa trên bằng chứng hiện có, Liên Ủy ban về tiêm chủng Anh Quốc (The Joint Committee of Vaccination and Immunisation - JCVI) đang tư vấn ưu tiên sử dụng một vắc xin khác cho người khỏe mạnh dưới 40 tuổi, bao gồm nhân viên y tế và nhân viên công tác chăm sóc xã hội, người chăm sóc không được trả lương và những người trong gia đình của bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

Đối tượng có tiền sử xuất hiện các đợt đông máu và người được chẩn đoán mắc hội chứng tăng đông máu (thrombophilia), dù đang sử dụng thuốc chống đông dài hạn hay không, vẫn có nguy cơ mắc COVID-19. Với người có tiền sử huyết khối hoặc có các yếu tố nguy cơ đã biết có thể mắc huyết khối, chưa có bằng chứng cho thấy họ sẽ có nguy cơ hình thành miễn dịch trung gian đáp ứng tình trạng huyết khối và giảm tiểu cầu sau tiêm vắc xin AstraZeneca. Với hầu hết các đối tượng này, nguy cơ huyết khối tái phát do nhiễm COVID-19 vẫn cao hơn nhiều so với nguy cơ mắc biến cố huyết khối và giảm tiểu cầu sau tiêm vắc xin. Do đó, người trên 40 tuổi có các tiền sử này cần được tiêm chủng với bất kỳ loại vắc xin nào hiện có (miễn là không có chống chỉ định nào khác). Cân nhắc tương tự cũng được áp dụng cho những người xuất hiện tình trạng huyết khối thông thường sau khi tiêm liều đầu vắc xin AstraZeneca nhưng không đi kèm giảm tiểu cầu.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn>