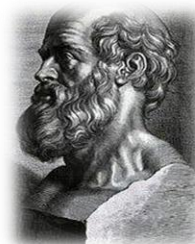


BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC & DƯỢC LÂM SÀNG



- ✚ Giới hạn chỉ định Thông tư 30/2018/TT-BYT
- ✚ Chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết
- ✚ Lưu ý khi dùng thuốc chống đông đường uống mới
- ✚ Điều trị ngộ độc thuốc tê

**MAKE A HABIT OF TWO THINGS:
TO HELP OR AT LEAST TO DO NO HARM**
- *HYPOCRATES* -



Số phát hành
Quý III/ 2019

Giới thiệu

Nội dung

Giới thiệu

Bệnh viện đa khoa Đồng Nai- Khu C thành lập đơn vị tiêm chủng Tr.01

Bản tin thuốc

Thu hồi các thuốc chứa Rantidine Tr.02

Danh mục thuốc cần lưu ý giới hạn chỉ định và thanh toán Tr.04

Hướng dẫn sử dụng thuốc

Hướng dẫn bảo quản Insulin Tr.16

Điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng người lớn Tr.17

Dược lâm sàng

Thời gian ngưng thuốc chống huyết khối trước phẫu thuật Tr. 21

Giới thiệu chung về ngộ độc thuốc gây tê Tr. 24

Thời sự y học

Giảm thiểu chất thải nhựa trong ngành y tế Tr. 26

Nghiên cứu khoa học

Đánh giá hiệu quả kháng sinh dự phòng một liều trước mô trên phẫu thuật viêm ruột thừa cấp tại khoa ngoại tổng quát tại Bệnh Viện Đa Khoa Đồng Nai Tr. 29

Tư vấn

Thuốc Neubatel forte là thuốc gì, cách sử dụng thuốc như thế nào? Tr. 39

Thuốc Augbidil điều trị bệnh gì? Có thể sử dụng Augbidil 1g cho phụ nữ có thai không? Tr. 40

Giải trí y học Tr. 41

Thành tích Tr. 43

Thông tin thuốc mới

Praxbind-Boehringer Tr. 45

BAN BIÊN TẬP

Trưởng ban: DS CKI. Võ Thị Thanh Thảo.

Phó ban: ThS DS. Nguyễn Thị Hồng.

Thành viên: DS CKI. Nguyễn Xuân Bình.

DS Bùi Thanh Huyền.

DS Nghiêm Thị Thanh Vân.

DS Phạm Mạnh Toàn.

Bệnh viện đa khoa Đồng Nai- Khu C thành lập đơn vị tiêm chủng

Nhằm đáp ứng nhu cầu tiêm chủng của người lớn và trẻ em, đặc biệt là hiểu biết được tầm quan trọng của vắc-xin đối với trẻ vì "Tiêm chủng là cách tốt nhất để phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm cho trẻ em". Với hơn 100 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai tổ chức đơn vị tiêm chủng tại khu C (lầu 3) với những ưu điểm nổi bật như sau:

- Quy trình tiêm chủng khoa học, nhanh gọn, tư vấn tận tình và theo dõi sau tiêm rất cẩn trọng.
- Nguồn vắc-xin dồi dào, quy trình bảo quản nghiêm ngặt và giá thành cực kỳ cạnh tranh.
- Cơ sở hạ tầng hiện đại, có khu vui chơi cho trẻ, phòng tiêm chủng thoáng mát.
- Đội ngũ nhân viên y tế nhiệt tình và có nhiều năm kinh nghiệm.

Nguồn <http://dnh.org.vn>



BẢN TIN THUỐC

THU HỒI CÁC THUỐC CHỨA RANITIDINE (Công văn số: 16814/QLD-CL ngày 02/10/2019)

1. Chỉ định trước khi thu hồi

Loại thuốc này cũng được sử dụng để điều trị và ngăn chặn các vấn đề ở dạ dày và cổ họng (thực quản) gây ra bởi dư lượng axit trong dạ dày (ví dụ như hội chứng Zollinger-Ellison, viêm thực quản ăn mòn) hoặc trào ngược axit dạ dày vào thực quản (bệnh trào ngược dạ dày-GERD).

2. Nguyên nhân thu hồi

Căn cứ thông báo của Cơ quan Khoa học y tế Singapore (HSA), Cơ quan quản lý dược phẩm Thụy Sĩ (Swissmedic) về việc thu hồi các thuốc chứa Ranitidine do phát hiện chứa tạp chất N-nitrosodimethylamine (NDMA) có nguy cơ gây ung thư ở hàm lượng vượt quá ngưỡng cho phép của quốc tế.

3. Độc tính

N-Nitrosodimethylamine có độc tính cao, đặc biệt là gan và là chất gây ung thư được biết đến ở động vật thí nghiệm. Theo EPA phân loại NDMA là chất gây ung thư ở người. Các Cơ quan Bảo vệ Môi trường Mỹ đã xác định rằng nồng độ có thể chấp nhận tối đa của NDMA trong nước uống là 7 ng/L. EPA vẫn chưa thiết lập mức độ ô nhiễm tối đa theo quy định (MCL) cho nước uống. Ở liều cao, nó có thể gây xơ hóa gan. Việc gây ra khối u gan ở chuột sau khi tiếp xúc lâu dài với liều thấp đã được chứng minh rõ ràng.

4. Danh mục các thuốc thành phẩm bị thu hồi chứa Ranitidin

TT	Tên thuốc	Hoạt chất, hàm lượng	Dạng bào chế	Nhà sản xuất
1	Aciloc 150 (SĐK: VN- 17188-13)	Ranitidine (dưới dạng Ranitidine HCl) 150 mg	Viên nén bao phim	Cadila Pharmaceuticals Ltd, India
2	Aciloc 300 (SĐK: VN- 17848-14)	Ranitidine (dưới dạng Ranitidine HCl) 300 mg	Viên nén bao phim	Cadila Pharmaceuticals Ltd, India
3	Apo-Ranitidine 150 mg (SĐK: VN-3366-07)	Ranitidine (dưới dạng Ranitidine HCl) 150 mg	Viên nén	Apotex Inc., Canada

BẢN TIN THUỐC

4	Zantac Tablets (SĐK: VN- 10264-10; VN- 20764-17)	Ranitidine HCl tương đương Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Glaxo Wellcome S.A., Spain
5	Zantac Injection (SĐK: VN-10265-10; VN- 20516-17)	Ranitidine HCl tương đương Ranitidine 25 mg/ml	Dung dịch tiêm	GlaxoSmithKline Manufacturing S.p.A., Italy
6	Ratylno-150 (SĐK: VN- 18567-14) (Tên tại Singapore: Zynol-150 Tablet 150 mg)	Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Micro Labs Ltd, India
7	Hyzan Tablet 150 mg	Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Xepa-Soul Pattinson (Malaysia) Sdn Bhd, Malaysia
8	Neoceptin R-150 Tablet 150 mg	Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Beximco Pharmaceuticals Ltd
9	Vesyca film coated tablet 150mg	Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Y.S.P. Industries (M) Sdn. Bhd., Malaysia
10	Xanidine Tablet 150 mg	Ranitidine 150 mg	Viên nén bao phim	Berlin Pharmaceutical Industry Co Ltd, Thailand
11	Zantac Syrup 150 mg/10 ml	Ranitidine 150 mg/ 10 ml	Si rô	Aspen Bad Oldesloe GmbH, Germany Glaxo Wellcome Operations, UK



BẢN TIN THUỐC

DANH MỤC THUỐC CẦN LƯU Ý GIỚI HẠN CHỈ ĐỊNH VÀ THANH TOÁN (Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/ 2018)

Danh mục các thuốc đang sử dụng tại bệnh viện năm 2019 cần phải lưu ý chỉ định và giới hạn thanh toán của quỹ BHYT trước khi sử dụng cho bệnh nhân BHYT nội trú và ngoại trú như sau:

STT	STT Thông tư 30	Tên hoạt chất	Tên thuốc	Nồng độ, hàm lượng	ĐVT	Đường dùng	Lưu ý TT 30	Tỷ lệ thanh toán
1	79	Diacerein	Arthrorein	50mg	Viên nang cứng	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị thoái hóa khớp hông hoặc gối.	
			GLASXINE	50mg	Viên	Uống		
2	80	Glucosamin	Glupain	250mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị thoái hóa khớp gối mức độ nhẹ và trung bình	
			Vorifend Forte	500mg	Viên	Uống		
			GONPAT 750	750mg	Gói	Uống		
			Glucosamin 500	500mg	Viên	Uống		
			Mongor	1000mg	Viên	Uống		
3	83	Alendronat natri + cholecalciferol (Vitamin D3)	Agostini	70mg + 5.600IU (tương ứng 140mcg)	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị loãng xương, sử dụng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương và khoa cơ xương khớp của bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I.	
4	84	Alpha chymotrypsin	Alphatrypa DT.	4.2mg (21 microkatal hay 4.200 UI)	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán trong điều trị phù nề sau phẫu thuật, chấn thương, bồng.	
5	92	Tocilizumab	Actemra	200mg; 10ml	Lọ	Tiêm truyền		60%

BẢN TIN THUỐC

6	93	Zoledronic acid	Aclasta	5mg/100ml	Chai	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán: - Điều trị ung thư di căn xương tại Bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I, II. - Điều trị loãng xương tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương và khoa cơ xương khớp của bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I.	
			Zoledronic acid for injection 4mg	4mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Accord Zoledronic Acid	4mg/5ml	Lọ	Tiêm		
			Zometa	4mg/100ml ; 100ml	Chai	Tiêm		
7	126	Glutathion	Vinluta 1200	1200mg	Lọ	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán cho bệnh nhân sau xạ trị, bệnh nhân điều trị ung thư bằng cisplatin hoặc carboplatin	50%
			Vinluta 900	900mg	Lọ	Tiêm		
8	170	Amoxicilin + sulbactam	Trifamox IBL 1500	1g + 0,5g	Lọ	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán trong điều trị viêm tai giữa hoặc viêm phổi cộng đồng.	
			Vimotram	1g + 0,5g	Lọ	Tiêm		
9	338	Flunarizin	Mezapizin 10	10mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị dự phòng cơn đau nửa đầu trong trường hợp các biện pháp điều trị khác không có hiệu quả hoặc kém dung nạp.	
			Dofluzol 5mg	5mg	Viên	Uống		

BẢN TIN THUỐC

10	376	Pemetrexed	Allipem 100mg	100mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch	Quỹ BHYT thanh toán ung thư phổi không tế bào nhỏ, ung thư trung biểu mô màng phổi ác tính	50%
			Allipem 500mg	500mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Podoxred 500mg	500mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Pemehope 100	100mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
11	379	Tegafur + gimeracil + oteracil kali	TS-One Capsule 20	Tegafur 20mg + Gimeracil 5,8mg + Oteracil kali 19,6mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị ung thư dạ dày di căn	70%
			TS-One Capsule 25	Tegafur 25mg + Gimeracil 7,25mg + Oteracil kali 24,5mg	Viên	Uống		
12	386	Bevacizumab	Avastin	100mg/4ml	Lọ	Tiêm truyền		50%
			BevacRel	100mg/4ml	Lọ	Tiêm truyền		
			BevacRel	400mg/16ml	Lọ	Tiêm truyền		
			Avastin	400mg/16ml	Lọ	Tiêm truyền		
			Bevacizumab 100mg/4ml	100mg/4ml	Lọ	Tiêm truyền		
			Bevacizumab 400mg/16ml	400mg/16ml	Lọ	Tiêm truyền		
13	388	Erlotinib	Tarceva	150mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán ung thư phổi thể không tế bào nhỏ (non-small cell lung cancer) EGFR dương tính (epidermall growth factor receptor)	50%
			Etopul	150mg	Viên	Uống		
			HYYR	150mg	Viên	Uống		

BẢN TIN THUỐC

14	393	Pazopanib	Votrient 200mg	200mg	Viên	Uống		50%
15	394	Rituximab	Acellbia 100mg/10ml	10mg/ml; 10ml	Lọ	Truyền tĩnh mạch	Quỹ BHYT thanh toán điều trị u lympho không phải Hodgkin (non- Hodgkin lymphoma) tế bào B có CD20 dương tính.	
			Acellbia 500mg/50ml	500mg/50 ml; 50ml	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Rituxirel	100mg/10 ml	Lọ	Tiêm truyền		
			Acellbia 500mg/50ml	500mg/ 50ml	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Mabthera	100mg/10 ml	Lọ	Tiêm truyền		
			Mabthera	500mg/50 ml	Lọ	Tiêm truyền		
16	396	Trastuzumab	Hertraz 150	150mg	Lọ	Tiêm truyền	Quỹ BHYT thanh toán tại bệnh viện hạng đặc biệt, hạng I và bệnh viện chuyên khoa ung bướu hạng II. Thanh toán 60% đối với ung thư vú có HER2 dương tính; thanh toán 50% đối với ung thư dạ dày tiến xa hoặc di căn có HER2 dương tính.	Thanh toán 60% đối với ung thư vú có HER2 dương tính; thanh toán 50% đối với ung thư dạ dày tiền xa hoặc di căn có HER2 dương tính
			Herticad 150mg	150mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		
			Herticad 440mg	440mg	Lọ	Truyền tĩnh mạch		

BẢN TIN THUỐC

17	414	Glycyl funtumin (hydroclorid)	Aslem	0,3mg/ml	Ống	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán cho chi định hỗ trợ trong điều trị ung thư.	
18	457	Albumin	Human Albumin Baxter 200 g/l	20%; 50ml	Chai	Tiêm truyền tĩnh mạch	Quỹ BHYT thanh toán trong trường hợp: Nồng độ albumin máu \leq 2,5 g/dl hoặc sốc hoặc hội chứng suy hô hấp tiên triễn	70%
			Albuminar 25	25%; 50ml	Chai	Tiêm		
			Human Albumin Baxter 200 g/l	20%; 50ml	Chai	Tiêm truyền tĩnh mạch		
			Albuminar 25	25%	Chai	Tiêm		
19	458	Albumin + immuno globulin	Biseko	31mg + 10mg/ml ; 50ml	Chai	Tiêm truyền	Quỹ BHYT thanh toán trong những trường hợp sốc do nguyên nhân: bỏng, chấn thương, mất nước, nhiễm trùng nặng.	
20	486	Trimetazidin	SaVi Trimetazidine 20	20mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị triệu chứng ở người bệnh đau thắt ngực ổn định không được kiểm soát đầy đủ hoặc người bệnh không dung nạp với các liệu pháp điều trị khác.	
			Hismedan	20mg	Viên	Uống		
			Dozidine MR 35mg	35mg	Viên	Uống		
			Vastarel MR	35mg	Viên	Uống		
21	562	Streptokinase	ST-Pase	1.500.000 UI	Lọ	Tiêm tĩnh mạch	Quỹ BHYT thanh toán khi dùng để tiêm; hoặc sử dụng để bơm rửa khoang màng phổi trong trường hợp viêm màng phổi hoặc mũ màng phổi.	

BẢN TIN THUỐC

22	564	Ticagrelor	Brilinta	90mg	Viên	Uống		70%
23	579	Bosentan	Misenbo 125	125mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị tăng áp lực động mạch phổi	50%
			Misenbo 62,5	62,5mg	Viên	Uống		
24	586	Nimodipin	Nimodipino G.E.S 0,2mg/ml	10mg/50ml	Lọ	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán điều trị xuất huyết màng não do phình mạch não hoặc do chấn thương.	
			Vinmotop	30mg	Viên	Uống		
25	675	Omeprazol	Atimezon inj	40mg	Lọ	Tiêm	Quỹ BHYT thanh toán theo chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép và chỉ định dự phòng loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở bệnh nhân hồi sức tích cực.	
			Ocid	20mg	Viên	Uống		
			Kagasdine	20mg	Viên	Uống		
			Alzole	40mg	Viên	Uống		
26	676	Esomeprazol	Asgizole	40mg	Lọ	Tiêm tĩnh mạch	Quỹ BHYT thanh toán theo chỉ định trong tờ HSDS thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép và chỉ định dự phòng loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở BN hồi sức tích cực.	
			Emanera 20mg	20mg	Viên	Uống		
			Eraeso 20	20mg	viên	Uống		
			Sunpranza	40mg	Lọ	Tiêm		
			Esogas	40mg	Lọ	Tiêm		
			Nexium	40mg	Lọ	Tiêm truyền tĩnh mạch		
			Nexium Mups	40mg	Viên	Uống		
			ESOMEPRAZOL STADA 40mg	40mg	Viên	Uống		
A.T ESOMEPRAZOL 20 INJ	20mg	Lọ	Tiêm					

BẢN TIN THUỐC

27	677	Pantoprazol	Ulceron	40mg	Lọ	Tiêm	<p>Quỹ BHYT thanh toán theo chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép và chỉ định dự phòng loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở bệnh nhân hồi sức tích cực.</p>
			Pantocid IV	40mg	Lọ	Tiêm	
			SaVi Pantoprazole 40	40mg	Viên	Uống	
			Pantoprazol	40mg	Viên	Uống	
			Dogastrol 40mg	40mg	Viên	Uống	
			Pantoloc 40mg	40mg	Viên	Uống	
			Pantoloc I.V	40mg	Lọ	Tiêm tĩnh mạch	
28	678	Rabeprazol	Naprozole - R	20mg	Lọ	Tiêm	<p>Quỹ BHYT thanh toán theo chỉ định trong tờ hướng dẫn sử dụng thuốc kèm theo hồ sơ đăng ký thuốc đã được cấp phép và chỉ định dự phòng loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa tại dạ dày, tá tràng do stress ở bệnh nhân hồi sức tích cực.</p>
			Biticans	20mg	Lọ	Tiêm	
			Rabeflex	20mg	viên	Uống	
			RABICAD 20	20mg	viên	Uống	
			Rabeflex	20mg	viên	Uống	
			Rabeloc I.V	20mg	Lọ	Tiêm	
			Bepracid 20	20mg	Viên	Uống	
			Bepracid inj. 20mg	20mg	Lọ	Tiêm	
			HAPPI 20	20mg	Viên	Uống	
			Pariet Tablets. 20mg	20mg	Viên	Uống	
			Naprozole - R	20mg	Lọ	Tiêm	
29	742	Dexamethason	Dexamethason 3,3mg/1ml	3,3mg/1ml	Ống	Tiêm	<p>Quỹ BHYT không thanh toán trường hợp tiêm trong dịch kính, tiêm nội nhãn.</p>
			Dexamethason	4mg/1ml	Ống	Tiêm	

BẢN TIN THUỐC

30	803	Immune globulin	ProIVIG	2,5g/50ml	Chai	Truyền tĩnh mạch	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn không đáp ứng với corticoid, hội chứng Guillain Barre, bệnh Kawasaki; điều trị nhiễm trùng nặng có giảm IgG; điều trị thay thế cho bệnh nhân thiếu hụt IgG; điều trị bệnh tay-chân-miệng, phổi nhiễm sỏi theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.</p>
		Immunoglobulin G	I.V.-Globulin SN inj.	2,5mg/50 ml	Chai	Tiêm truyền	
31	816	Tolperison	Mydocalm 150	150mg	Viên	Uống	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị co cứng cơ sau đột quỵ.</p>
			Topezonis 100	100mg	Viên	Uống	
32	900	Acid thioctic (Meglumin thioctat)	Thiogamma 600 Oral	600mg	Viên	Uống	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị rối loạn cảm giác do bệnh viêm đa dây thần kinh đái tháo đường</p>
			Ubiheal 100	600mg	Viên	Uống	
33	933	Peptid (Cerebrolysin concentrate)	Cerebrolysin	215,2mg/ml; 10ml	Ống	Tiêm truyền	<p>Quỹ BHYT thanh toán 50% trong các trường hợp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đột quỵ cấp tính; - Sau chấn thương sọ não; - Sau phẫu thuật chấn thương sọ não; - Sau phẫu thuật thần kinh sọ não.
			Cerebrolysin	215,2mg/ml; 5ml	Ống	Tiêm truyền	
34	934	Choline alfoscerat	Gliatilin	1g/4ml	Ống	Tiêm	
35	935	Citicolin	Difosfocin	1000mg/4 ml	Ống	Tiêm	
			Difosfocin	500mg/4ml	Ống	Tiêm	
			Citilin	500mg/2ml	Ống	Tiêm	
36	936	Panax notoginseng saponins	Asakoya	50mg	Viên	Uống	
			Luotai	100mg	Viên	Uống	
			Luotai	200mg	Lọ	Tiêm	

BẢN TIN THUỐC

37	937	Cytidin-5monophosphat disodium + uridin	Hornol	5mg + 3mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị tổn thương thần kinh ngoại biên.
38	938	Galantamin	SAVI GALANTA-MIN	8mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị chứng sa sút trí tuệ từ nhẹ đến trung bình trong bệnh Alzheimer.
			GALAPELE 4	4mg	Viên	Uống	
			Nivalin 5mg	5mg	Viên nén	Uống	
38	938	Galantamin	Nivalin 2,5	2.5mg/ml	Ống	Tiêm	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Bệnh lý thần kinh ngoại vi liên quan đến rối loạn vận động trong trường hợp người bệnh nội trú và không sử dụng được dạng uống * Liệt vận động sau khi mắc bệnh tủy sống; * Mất khả năng vận động sau đột quy, liệt não ở trẻ em: * Liệt ruột và bàng quang sau phẫu thuật; * Giải độc Atropin và chất tương tự Atropin.
			Nivalin 5	5mg/ml	Ống	Tiêm	

BẢN TIN THUỐC

39	939	Ginkgo biloba	Ginkgo 3000	60mg	Viên nén bao phim	Uống	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị đau do viêm động mạch (đau thắt khi đi); rối loạn thị giác (bệnh võng mạc do tiểu đường); tai mũi họng (chóng mắt, ù tai, giảm thính lực), rối loạn tuần hoàn thần kinh cảm giác do thiếu máu cục bộ; hội chứng Raynaud.</p>
			Gintecin Film coated tablets	40mg	Viên bao phim	Uống	
40	940	Mecobalamin	Hasancob 500mcg	500µg	Viên	Uống	<p>Quỹ BHYT thanh toán điều trị thiếu máu hồng cầu không lồ, bệnh lý thần kinh ngoại biên do thiếu vitamin B12.</p>
41	941	Pentoxifyllin	Jinmiglit	200mg/100 ml	Túi	Truyền tĩnh mạch	<p>Quỹ BHYT thanh toán trong điều trị rối loạn mạch máu ngoại vi.</p>
42	942	Piracetam	Nootropil	12g /60ml	Chai	Tiêm	<p>Quỹ BHYT thanh toán trong điều trị giật rung cơ có nguồn gốc vỏ não.</p>
			Pilixitam	4g/20ml	Dung dịch tiêm	Ổng	
			PIRACETAM KABI 12G/60ML	12g/60ml	Chai	Tiêm	

BẢN TIN THUỐC

43	943	Vinpocetin	Cavinton forte	10mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán trong điều trị triệu chứng thần kinh của chứng sa sút trí tuệ do nguyên nhân mạch.	
44	983	Acid amin + glucose + lipid (*)	MG-TNA	11,3% + 19% + 20%; 1.026ml	Túi	Tiêm truyền	Quỹ BHYT thanh toán: Acid amin + glucose + lipid (*); Acid amin + glucose + lipid + điện giải (*); đối với trường hợp bệnh nặng không nuôi dưỡng được bằng đường tiêu hóa hoặc qua ống xông mà phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong: hồi sức, cấp cứu, ung thư, bệnh đường tiêu hóa, suy dinh dưỡng nặng	50%
			MG-Tan Inj.	11,3% + 11% + 20%; 1.440ml	Túi	Tiêm truyền		
			MG- Tan Inj.	11,3% + 11% + 20%; 960ml	Túi 960 ml	Tiêm truyền		

BẢN TIN THUỐC

45	1007	Calci-3-methyl-2-oxovalerat + calci-4-methyl-2-oxovalerat + calci-2-methyl-3-phenylpropionat + calci-3-methyl-2-oxobutyrat + calci-DL-methyl-2-hydroxy-4-methylthiobutyrat + L-lysin acetat + L-threonin + L-tryptophan + L-histidin + L-tyrosin + Nitơ + calci (*)	Ketostal	67mg + 101mg + 68mg + 86mg + 59mg + 105mg + 53mg + 23mg + 38mg + 30mg + 36mg + 50mg	Viên	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị suy thận mãn, tăng ure máu.
46	1010	Lysin + Vitamin + Khoáng chất	Supodatin	Vitamin B12 50mcg + sắt sulfat 15mg + Calci glycerophosphat 12,5mg + Magnesi gluconat 4mg + Lysin HCL 12,5mg + Vitamin A 2500IU + Vitamin D3 200IU + Vitamin B1 10mg + Vitamin B2 1,25mg + Vitamin B3 12,5mg + Vitamin B6 5mg	Ống	Uống	Quỹ BHYT thanh toán điều trị cho trẻ em dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng.

Hướng dẫn sử dụng thuốc

HƯỚNG DẪN BẢO QUẢN INSULIN

TT	Tên thuốc	Hoạt chất	Đvt	Trước khi sử dụng	Sau khi sử dụng lần đầu	Lưu ý
1	Glartus	Insulin glargine; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không đông lạnh. Hạn dùng 36 tháng kể từ ngày sản xuất	Không quá 25°C. Không sử dụng sau 28 ngày	Tránh ánh nắng trực tiếp. Dụng cụ bơm chứa ống thuốc không được bảo trong tủ lạnh. Chỉ sử dụng nếu dung dịch trong suốt, không màu, không hạt lợn cợn
2	Humalog Mix 50/50 Kwikpen	50% Insulin Lispro Protamine & 50% Insulin Lispro; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không đông lạnh. Hạn dùng 36 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Không để trong tủ lạnh. Không sử dụng sau 28 ngày	Tránh ánh nắng trực tiếp. Không bảo quản bút tiêm bơm sẵn khi có gắn kim tiêm.
3	Humalog Mix 75/25 Kwikpen	Insulin lispro protamine + Insulin lispro 75/25; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không đông lạnh. Hạn dùng 36 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Không để trong tủ lạnh. Không sử dụng sau 28 ngày	Tránh ánh nắng trực tiếp. Không bảo quản bút tiêm bơm sẵn khi có gắn kim tiêm.
4	Insulatard FlexPen	Insulin isophane NPH; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Để xa bộ phận làm lạnh. Không đông lạnh Hạn dùng 30 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Không để trong tủ lạnh. Sử dụng trong vòng 6 tuần	Tránh ánh nắng trực tiếp. Xa nguồn nhiệt.
5	Insunova-R (Regular)	Insulin người 100IU/ml; 10ml	Lọ	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không để đông băng. Hạn dùng 24 tháng kể từ ngày sản xuất	Có thể bảo quản dung dịch ở nhiệt độ phòng (dưới 25°C) trong vòng 6 tuần một khi ống thuốc đã đưa vào sử dụng	Không tiếp xúc với nhiệt và ánh nắng trực tiếp
6	Lantus Solostar	Insulin glargine; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không để gần ngăn đá. Không đông lạnh. Hạn dùng 36 tháng kể từ ngày sản xuất	Bảo quản tối đa 4 tuần ở nhiệt độ không quá 30°C. Không nên bảo quản trong tủ lạnh	Tránh nguồn nhiệt và ánh sáng trực tiếp
7	Levemir FlexPen	Insulin detemir; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Để xa bộ phận làm lạnh. Không đông lạnh Hạn dùng 30 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Có thể bảo quản trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không để đông lạnh. Sử dụng trong vòng 6 tuần	Tránh ánh nắng trực tiếp. Xa nguồn nhiệt.
8	NovoMix FlexPen	Insulin aspart biphasic (rDNA) hỗn dịch chứa insulin aspart hòa tan/insulin kết tinh với protamine theo tỷ lệ 30/70; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Để xa bộ phận làm lạnh. Không đông lạnh Hạn dùng 24 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Không bảo quản trong tủ lạnh. Sử dụng trong vòng 4 tuần	Khuyến cáo đưa về nhiệt độ phòng trước khi lắc trộn insulin cho lần đầu sử dụng. Tránh ánh nắng trực tiếp. Xa nguồn nhiệt.
9	Novorapid FlexPen	Insulin aspart; 100IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Để xa bộ phận làm lạnh. Hạn dùng 30 tháng kể từ ngày sản xuất	Dưới 30°C. Không để trong tủ lạnh. Sử dụng trong vòng 4 tuần	Tránh ánh nắng trực tiếp. Xa nguồn nhiệt.
10	Wosulin 30/70	Insulin human hỗn hợp 30/70; 100 IU/ml; 3ml	Bút	Trong tủ lạnh (2°C-8°C). Không đông lạnh. Hạn dùng 24 tháng kể từ ngày sản xuất	Ở nhiệt độ phòng (15°C- 25°C). Sử dụng trong vòng 4 tuần	Không dùng chế phẩm khi đã đông lạnh. Tránh ánh nắng trực tiếp.

Hướng dẫn sử dụng thuốc

ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG NGƯỜI LỚN

(Theo quyết định 3705/QĐ-BYT ngày 22/8/2019 của Bộ y tế về
Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue)

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi Aedes aegypti là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

Đối với người bệnh bị sốt xuất huyết Dengue nặng phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue, sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

1.1. Thở oxy qua gọng mũi 1-6 lít/phút khi $SpO_2 < 95\%$.

1.2. Bù dịch nhanh theo phác đồ.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hết kẹt)

- Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5-7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Ngưng dịch truyền nếu lâm sàng ổn định.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, kẹt hiệu áp < 20mmHg)

D E N G U E +



Hướng dẫn sử dụng thuốc

b.1) Nếu hematocrit giảm $> 20\%$ hematocrit lúc vào sốc, hoặc hematocrit $< 35\%$: xử trí như xuất huyết nặng.

b.2) Nếu hematocrit tăng, không đổi, hoặc giảm $< 20\%$ hematocrit lúc vào sốc: chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10-15ml/kg/giờ trong 1 giờ.

+ Nếu cải thiện lâm sàng: tiếp tục Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5-7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Đánh giá lâm sàng, Hematocrit sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền. Xem xét ngưng dịch truyền sau 24-48 giờ nếu lâm sàng ổn định.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng: đánh giá lại Hematocrit như trên, chú ý liều CPT lặp lại lần 2 là 10ml/kg/giờ. Nếu vẫn không cải thiện lâm sàng: xử trí như sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền.

Lưu ý:

- Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit mỗi 1 hoặc 2 giờ một lần và CVP hoặc các chỉ số đánh giá huyết động học khác (nếu có).

- Hematocrit nên ở nam 15-40 tuổi là 43%, ở nữ 15-40 tuổi là 38%.

- Trong trường hợp tổn thương gan, chống chỉ định sử dụng LR chỉ có tính tương đối.

- Trường hợp tái sốc (tình trạng sốc trở lại sau khi huyết động ổn định hơn 6 giờ) cần được đánh giá hematocrit như trên để xử lý truyền dịch. Tuy nhiên thời gian truyền dịch có thể ngắn hơn tùy vào thời điểm tái sốc, lâm sàng và diễn tiến hematocrit.

- Cân nặng chống sốc ở người lớn được tính lại theo cân nặng hiệu chỉnh.

2. Điều trị tái sốc

Sử dụng cao phân tử để chống sốc, liều từ 10-15ml/kg/giờ, sau đó: nếu huyết động cải thiện, chuyển sang Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1 giờ, sau đó giảm liều còn 6ml/kg/giờ, sau đó 3ml/kg/giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ. Lưu ý thời gian duy trì các liều trên có thể giảm tùy thuộc vào lâm sàng, diễn tiến Hct và giai đoạn sốc.

3. Điều trị xuất huyết nặng

- Các biểu hiện hoặc gợi ý xuất huyết nặng trên bệnh nhân SXHD:

+ Hiện diện chảy máu tiến triển, chảy máu nhiều kèm huyết động không ổn định.

Hướng dẫn sử dụng thuốc

- + Huyết động không ổn đi kèm hematocrit giảm nhanh (>20%) khi truyền dịch chống sốc.
- + Sốc không cải thiện sau khi truyền dịch nhanh 40-60ml/kg.
- + Hematocrit thấp khi vào sốc.
- + Toan chuyển hóa kéo dài hoặc tiến triển xấu mặc dù huyết áp tâm thu bình thường, đặc biệt khi có đau bụng, chướng bụng.

- Chỉ định truyền máu, chế phẩm máu.

4. Điều trị suy tạng nặng

a) Tổn thương gan nặng, suy gan cấp

- Tránh dùng các thuốc gây tổn thương gan.
- Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải nếu có.
- Điều chỉnh rối loạn đông máu theo chỉ định.
- Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- Điều trị bệnh lý não gan
- + Lactulose.
- + Thụt tháo.
- + Kháng sinh: metronidazol hoặc rifaximin.

b) Tổn thương thận cấp

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO 2012: khi có 01 trong các tiêu chuẩn sau:
 - + Creatinine máu tăng $\geq 0,3$ mg% (26,5 $\mu\text{mol/L}$) trong 48 giờ.
 - + Creatinine máu tăng $\geq 1,5$ lần giá trị nền hoặc trong 07 ngày trước đó.
 - + Nước tiểu $< 0,5\text{ml/kg/giờ}$ trong 06 giờ.
- Điều trị:
 - + Chống sốc nếu có.
 - + Cân bằng dịch xuất - nhập.
 - + Tránh thuốc gây tổn thương thận.

Hướng dẫn sử dụng thuốc

- + Xem xét chỉ định điều trị thay thế thận trong các trường hợp:
 - Quá tải tuần hoàn mức độ nặng không đáp ứng với điều trị nội khoa.
 - Toan chuyển hoá máu mất bù kèm theo rối loạn huyết động.
 - Tăng Kali máu nặng không đáp ứng điều trị nội khoa.
 - Cần truyền máu và các chế phẩm máu nhưng bệnh nhân có nguy cơ phù phổi cao.

c) Sốt xuất huyết Dengue thể não

- Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.

- Điều trị:

- + Đầu cao 30°.
- + Thở oxy nếu có giảm oxy máu.
- + Đặt nội khí quản bảo vệ đường thở các trường hợp mê sâu.
- + Chống co giật (nếu có).
- + Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan (nếu có).
- + Hạ sốt (nếu có).

d) Viêm cơ tim, suy tim

- Chẩn đoán: đau ngực, khó thở, tim nhanh, sốc, tăng men tim, thay đổi điện tâm đồ, hình ảnh học (siêu âm, xquang).

- Điều trị:

- + Đo CVP hoặc các biện pháp đánh giá huyết động khác để hỗ trợ điều chỉnh huyết động nếu có rối loạn.
- + Sử dụng vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin.
- + Xem xét chỉ định ECMO.

Dược lâm sàng

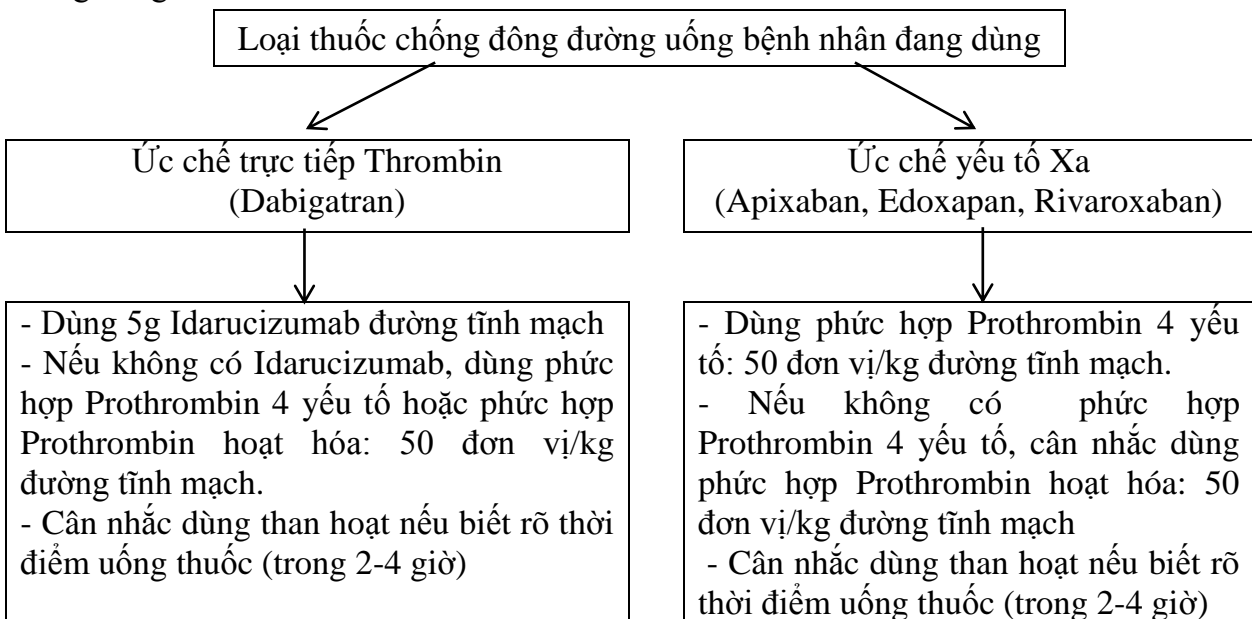
THỜI GIAN NGỪNG THUỐC CHỐNG HUYẾT KHỐI TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. Thuốc chống đông.

a) Thuốc chống đông mới đường uống

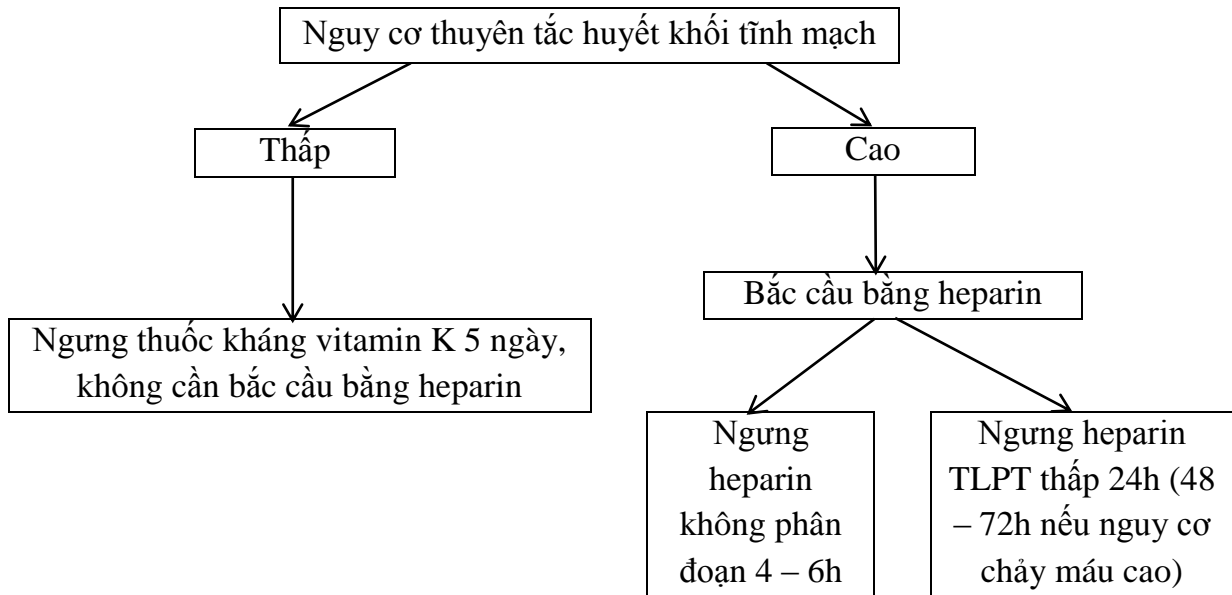
Chức năng thận (CrCl ml/phút)	Dabigatran		Apixaban		Edoxapan		Rivaroxaban	
	Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao	Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao	Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao	Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao
≥ 80	≥ 24h	≥ 48h	≥ 24h	≥ 48h	Chưa có dữ liệu	Chưa có dữ liệu	≥ 24h	≥ 48h
≥ 50 - < 80	≥ 36h	≥ 72h	≥ 24h	≥ 48h	Chưa có dữ liệu	Chưa có dữ liệu	≥ 24h	≥ 48h
≥ 30 - < 50	≥ 48h	≥ 96h	≥ 24h	≥ 48h	Chưa có dữ liệu	Chưa có dữ liệu	≥ 24h	≥ 48h
≥ 15 - < 30	Không chỉ định	Không chỉ định	≥ 36h	≥ 48h	Chưa có dữ liệu	Chưa có dữ liệu	≥ 36h	≥ 48h
< 15	Không chỉ định sử dụng							

Hiện tại trong danh mục bệnh viện có Praxada (Dabigatran), Xarelto 10mg (Rivaroxaban)
 Trong trường hợp phẫu thuật cấp cứu hoặc các thủ thuật khẩn cần ngừng ngay các thuốc chống đông mới đường uống, có thể dùng các thuốc hóa giải chuyên biệt để đảo ngược tính chống đông của thuốc như sau:



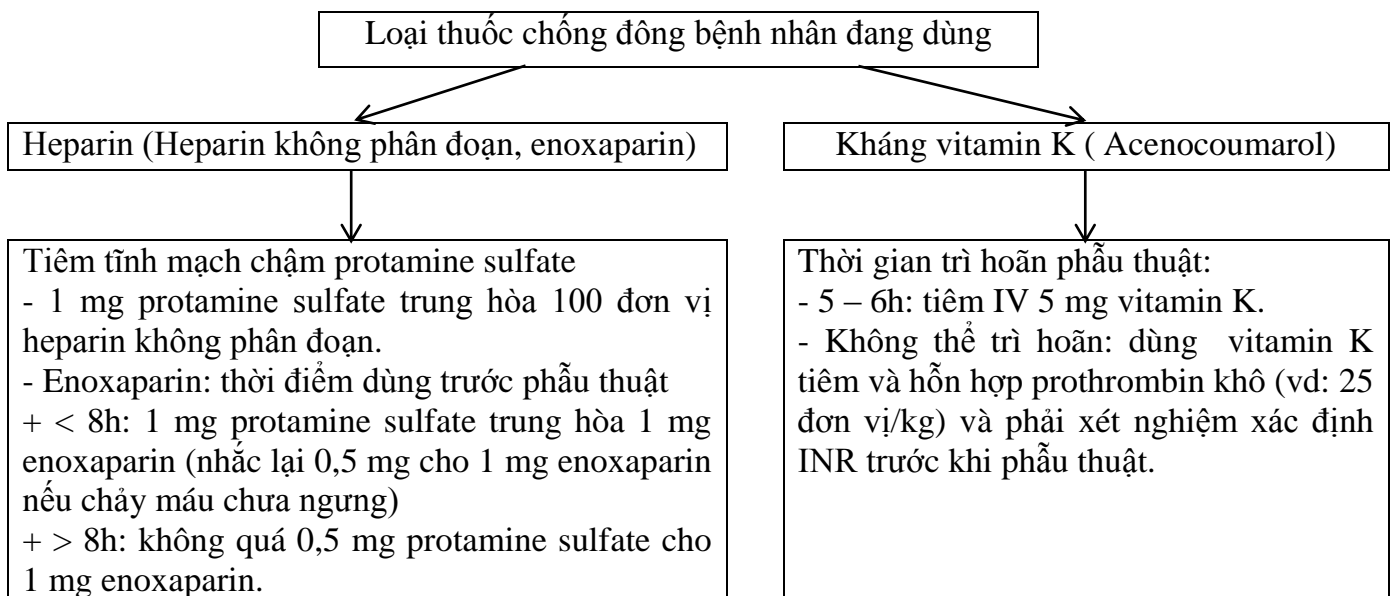
Dược lâm sàng

b) Thuốc chống đông thể hệ cũ



Hiện tại trong danh mục bệnh viện có heparin TLPT thấp: Enoxaparin (Lupiparin, Gemapaxane, Lovenox), heparin không phân đoạn (Heparin, Heparin - Belmed, Paringold Injection), Acenocoumarol (Acenocoumarol 4).

Trong trường hợp phẫu thuật cấp cứu hoặc các thủ thuật khẩn cần ngừng ngay các thuốc chống đông cũ, có thể dùng các thuốc hóa giải chuyên biệt để đảo ngược tính chống đông của thuốc như sau:



Dược lâm sàng

2. Thuốc chống kết tập tiểu cầu

Chỉ ngưng thuốc khi nguy cơ xuất huyết vượt quá nguy cơ biến cố tim mạch chu phẫu.

- Aspirin 81 mg: Ngưng 7 – 10 ngày.
- Clopidogrel: Ngưng 5 ngày.
- Ticagrelor: Ngưng 7 ngày.

Hiện tại trong danh mục bệnh viện có Aspirin (Aspirin 8), Clopidogrel (Plavix 300 mg, Plavix 75 mg, Ridlor, Dogrel SaVi, Tunadimet), Aspirin + Clopidogrel (Pfertzel, Duoridin, Duoplavin), Ticagrelor (Brilinta).

Trong trường hợp phẫu thuật cấp cứu hoặc các thủ thuật khẩn cần ngưng ngay các thuốc chống kết tập tiểu cầu, có thể dùng các thuốc hóa giải chuyên biệt để đảo ngược tính chống đông của thuốc như sau:

- Aspirin: dùng vitamin K nếu cần.
- Clopidogrel: truyền tiểu cầu.
- Ticagrelor: chưa có thuốc đảo ngược tác động

Tài liệu tham khảo

1. Dược thư
2. Liệu pháp kháng tiểu cầu chu phẫu - Hội Tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh
3. Hướng dẫn thực hành xử trí biến cố chảy máu khi dùng thuốc chống đông đường uống năm 2018- Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam
4. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc
5. Xử trí chống đông quanh phẫu thuật ngoài tim - Hội Tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh
6. European Heart Rhythm Association practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation



Dược lâm sàng

GIỚI THIỆU CHUNG VỀ NGỘ ĐỘC THUỐC GÂY TÊ

Ngộ độc thuốc gây tê là phản ứng có hại nghiêm trọng, có thể gây tử vong cho bệnh nhân. Tại Việt Nam Cơ sở dữ liệu quốc gia về ADR năm 2018 đã ghi nhận 123 báo cáo liên quan đến thuốc tê trong đó có nhiều bệnh nhân có biểu hiện phản ứng trên thần kinh (chóng mặt, choáng váng, đau đầu, kích động, lơ mơ, nói nhảm, tay chân quờ quạng) và tim mạch (mạch nhanh, tụt huyết áp, trụy tim mạch).

Tất cả các thuốc gây tê đều có khả năng gây độc tính toàn thân với tỉ lệ độc tính trên tim mạch và thần kinh khác nhau. Nguyên nhân dẫn đến ngộ độc thuốc gây tê bao gồm vô ý tiêm vào lòng mạch, hấp thu từ mô, dùng liều lặp lại mà không cân bằng với quá trình thải trừ của thuốc và hấp thu không chủ ý từ ruột hoặc niêm mạc. Tính ưa lipid có tương quan đến hiệu lực thuốc. Thuốc gây tê hiệu lực mạnh hơn gây độc tính trên tim do tính ưa lipid cao hơn dẫn đến khả năng xâm nhập qua lớp màng lipid kép để gắn vào thụ thể mục tiêu tốt hơn. Thuốc có ái lực cao với protein làm giảm nồng độ thuốc tê tự do trong máu, dẫn đến kéo dài thời gian duy trì tác dụng.

Đặc điểm một số thuốc gây tê thường dùng

Thuốc	Nhóm	pKa	Thời gian khởi phát	Khả năng gắn protein	Thời gian duy trì tác dụng	Tính ưa lipid	Hiệu lực	Liều tối đa đơn độc (mg/kg)	Liều tối đa kết hợp adrenalin (mg/kg)
Lidocain	Amid	7,8	Nhanh	++	Trung bình	++	Trung bình	4,5	7
Bupivacain	Amid	8,1	Chậm	++++	Dài	++++	Mạnh	2,5	3
Ropivacain	Amid	8,1	Chậm	+++	Dài	+++	Mạnh	3	3,5
Mepivacain	Amid	7,7	Nhanh	++	Trung bình	++	Trung bình	4,5	7
Cloroprocain	Ester	8	Nhanh	+	Ngắn	++	Trung bình	11	14

Xử trí và giảm thiểu nguy cơ ngộ độc thuốc tê (LAST) của hội gây tê vùng và giảm đau Hoa Kỳ.

Ngưng tiêm thuốc gây tê

Gọi hỗ trợ

Cân nhắc sử dụng nhũ tương lipid ngay khi có triệu chứng ngộ độc thuốc tê nghiêm trọng.

Báo cho đơn vị/cán bộ chuyên trách tim phổi gần nhất vì quá trình hồi sức có thể kéo dài

Kiểm soát đường thở

Thông khí với oxy 100%/ tránh tăng thông khí/ sử dụng dụng cụ kiểm soát đường thở nâng cao nếu cần

Dược lâm sàng

Chống co giật ưu tiên benzodiazepin. Tránh sử dụng propofol liều cao, đặc biệt ở BN có thông số huyết động không ổn định.

Xử trí hạ huyết áp và nhịp chậm- Nếu mất mạch, thực hiện hồi sức tim phổi (CRP)

Nhũ tương lipid 20% (có thể không cần thực hiện chính xác hoàn toàn thể tích và tốc độ tiêm truyền)	
Bệnh nhân trên 70kg	Bệnh nhân dưới 70kg
Tiêm nhanh bolus 100ml nhũ tương lipid 20% trong 2-3 phút Sau đó truyền 200-250ml nhũ tương lipid trong 15-20 phút	Tiêm nhanh bolus 1,5ml/kg nhũ tương lipid 20% trong 2-3 phút Sau đó truyền nhũ tương lipid với liều khoảng 0,25 ml/kg/phút (tính theo cân nặng lí tưởng)*
Nếu tình trạng bệnh nhân chưa ổn định: Tiêm nhắc lại 1 hoặc 2 lần với cùng mức liều bolus như trên và tăng gấp đôi tốc độ truyền (chú ý liều tối đa 12ml/kg) Tổng lượng nhũ tương lipid có thể lên đến 1L trong trường hợp hồi sức kéo dài (như trên 30 phút)	

Tiếp tục theo dõi:

Ít nhất 4-6 giờ sau khi xuất hiện biến cố tim mạch

Hoặc ít nhất 2 giờ sau khi xuất hiện biến cố đơn thuần trên thân kinh trung ương

Tổng lượng nhũ lipid không vượt quá 12ml/kg (đặc biệt ở người lớn nhẹ cân hoặc trẻ nhỏ)

Thông thường liều cần thiết để xử trí ngộ độc thuốc gây tê nhỏ hơn nhiều so với mức liều tối đa.

*Công thức tính cân nặng lí tưởng (IBW)

Nam $IBW = 50 + 0.91 * [\text{chiều cao (cm)} - 152]$

Nữ $IBW = 45,5 + 0.91 * [\text{chiều cao (cm)} - 152]$

Giảm thiểu nguy cơ ngộ độc thuốc gây tê

Sử dụng thuốc gây tê liều thấp nhất có hiệu quả

Nồng độ thuốc gây tê trong máu phụ thuộc vị trí tiêm và liều dùng. Trước khi dùng thuốc gây tê, cần xác định đối tượng bệnh nhân có nguy cơ cao xảy ra ngộ độc thuốc tê (trẻ em < 6 tháng tuổi, bệnh nhân có thể trạng nhỏ, tuổi cao, suy yếu, suy tim, thiếu máu cơ tim cục bộ, bất thường dẫn truyền hoặc loạn nhịp, mắc các bệnh chuyển hóa, bệnh gan, nhiễm toan, sử dụng thuốc ức chế kênh natri. Bệnh nhân có phân suất tổng máu quá thấp dễ bị ngộ độc thuốc gây tê và có xu hướng tăng nồng độ thuốc tê trong máu nếu dùng lặp lại.

Hút ngược bơm tiêm trước mỗi lần tiêm xem có máu xuất hiện trong bơm tiêm hoặc dây truyền dịch không.

Tiêm thuốc tê thành từng liều nhỏ, đồng thời theo dõi, đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng ngộ độc thuốc gây tê giữa các lần tiêm.

GIẢM THIỂU CHẤT THẢI NHỰA TRONG NGÀNH Y TẾ

Việt Nam là 1 một trong 5 quốc gia xả chất thải nhựa nhiều nhất thế giới, với khoảng 1,8 triệu tấn ra môi trường mỗi năm. Thói quen sử dụng đồ nhựa đã ảnh hưởng tới môi trường, đe dọa môi trường sống của động thực vật và đặc biệt là ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Theo thống kê của Ủy ban Châu Âu (EC), ước tính khoảng 8,3 tỷ tấn sản phẩm nhựa đã sản xuất cho đến năm 2018. Khoảng 6,3 tỷ tấn nhựa trở thành rác thải; và khoảng 5 tỷ tấn tích lũy ngoài môi trường hoặc được chôn lấp. Hàng năm, tổng cộng khoảng 4,8 - 12,7 triệu tấn chất thải nhựa xả vào đại dương. Hơn 1 nửa trong số này là rác thải nhựa từ các nước Đông Á, trong đó có Việt Nam.

Trong quá trình khám chữa bệnh, các cơ sở y tế cũng làm phát sinh chất thải nhựa. Chất thải nhựa trong y tế phát sinh từ các hoạt động hàng ngày của các nhân viên y tế, người bệnh, người nhà người bệnh và người sử dụng dịch vụ y tế và từ các hoạt động chuyên môn y tế như bao bì, dụng cụ bao gói, chứa, đựng thuốc, hóa chất, trang thiết bị, vật tư tiêu hao, vật liệu, đồ dùng trong y tế. “Trong đó, đa số chất thải nhựa là các túi ni lông khó phân hủy, sản phẩm nhựa dùng một lần để bao gói, sử dụng cho mục đích ăn uống, sinh hoạt, phòng, chữa bệnh. Trên cả nước, ngành y tế có hơn 13.000 cơ sở y tế, khoảng 150 triệu bệnh nhân nội trú, khoảng 450 triệu lượt bệnh nhân ngoại trú hàng năm, vì vậy chất thải từ các nguồn trên là rất lớn.

Chính vì thế chúng ta cần có những biện pháp khẩn trương và thiết thực nhất để giảm thiểu rác thải nhựa trong ngành y tế.

Thời sự y học



Rác thải y tế

Một số biện pháp giảm thiểu chất thải nhựa tại bệnh viện:

- Bệnh viện cần đưa tiêu chí giảm thiểu chất thải nhựa vào nội quy, quy chế hoạt động nội bộ của đơn vị; thực hiện nghiêm các chính sách giảm thiểu chất thải nhựa theo quy định tại các văn bản liên quan đến quản lý chất thải, quản lý chất thải y tế.
- Thực hiện phân loại triệt để chất thải nhựa, ni lông khó phân hủy để thu gom, tái chế đúng quy định.
- Tăng cường sử dụng thuốc bằng đường uống; ưu tiên sử dụng các vật dụng, vật tư, thiết bị y tế, bao bì, dụng cụ đóng gói, chứa, đựng thuốc, hóa chất chất làm từ vật liệu thân thiện với môi trường hoặc có thể tái sử dụng trong quá trình khám, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh.
- Hạn chế hoặc không sử dụng các sản phẩm nhựa dùng một lần như chai nước uống, ống hút, cốc, bát, đĩa... cho mục đích ăn uống trong các cuộc họp, hội nghị, hội thảo của bệnh viện và tiến tới thay thế bằng các vật dụng làm từ vật liệu thân thiện với môi trường hoặc có thể tái sử dụng.

Thời sự y học

- Tăng cường công tác truyền thông tại bệnh viện để thay đổi nhận thức, hình thành thói quen cho nhân viên y tế, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về thay thế sản phẩm nhựa dùng một lần, giúp hạn chế việc phát sinh chất thải nhựa như: Treo băng ron, khẩu hiệu, pa nô, áp phích; dán thông tin tại bảng truyền thông, nói chuyện sức khỏe tại buổi sinh hoạt của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân ở các khoa phòng với nội dung về tác hại của chất thải nhựa đến sức khỏe và môi trường,...

- Phát động phong trào thi đua và vận động mỗi công chức, viên chức, người lao động trong cơ quan thực hiện giảm thiểu, tiến tới không sử dụng sản phẩm nhựa dùng một lần, túi ni lông khó phân hủy; thực hiện nghiên cứu, đề xuất và áp dụng các giải pháp hiệu quả để giảm thiểu chất thải nhựa trong hoạt động của bệnh viện.



Chúng ta hãy cùng nhau đặt quyết tâm phấn đấu đến năm 2020 các cơ sở y tế, các bệnh viện, các nhà thuốc, các cơ sở sản xuất dược phẩm là những nơi đi đầu trong công cuộc giảm thiểu chất thải nhựa, bảo vệ môi trường nhằm đưa đất nước ta trở nên xanh, sạch, đẹp xứng ngang với các quốc gia khác trên thế giới.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG MỘT LIỀU TRƯỚC MỔ TRÊN PHẪU THUẬT VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI KHOA NGOẠI TỔNG QUÁT BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Nghiêm Thị Thanh Vân
Võ Thị Thanh Thảo
Trần Quốc Vĩ

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kháng sinh dự phòng một liều trước mổ trên phẫu thuật viêm ruột thừa cấp tại khoa ngoại tổng quát bệnh viện đa khoa Đồng Nai

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu. Dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đến khi lấy đủ số mẫu, tất cả bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật viêm ruột thừa tại Khoa Ngoại Tổng Quát bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ tháng 01/01/2019 đến hết tháng 31/06/2019.

Kết quả: Trong số 178 bệnh nhân hoàn tất nghiên cứu có 1 bệnh nhân trong nhóm KSDP được bác sĩ chẩn đoán là NKVM (1,20%), sử dụng thêm kháng sinh uống, 5 bệnh nhân siêu âm có chẩn đoán theo dõi tụ dịch. Nhóm KSĐT có 1 bệnh nhân NKVM (1,90%), 6 bệnh nhân siêu âm có chẩn đoán theo dõi tụ dịch. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p=0,963$; Pearson test).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) xếp thứ ba trong số bốn loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp, chỉ đứng sau trong nhiễm khuẩn tiết niệu và viêm phổi. Đặc biệt trong điều kiện các chủng vi khuẩn đề kháng đang hoành hành trong bệnh viện, NKVM trở thành một vấn đề nan giải của bác sĩ phẫu thuật. Các chương trình quản lý kháng sinh ngày càng được quan tâm và triển khai mạnh mẽ trong đó sử dụng kháng sinh dự phòng hợp lý là một trong những mục tiêu then chốt được Bộ Y tế đẩy mạnh thực hiện. “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh” quyết định số 708/QĐ-BYT được ban hành bên cạnh những hướng dẫn quốc tế như ASHP 2013, WHO 2016... Tại Việt Nam việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong các phẫu thuật sạch-sạch nhiễm đã và đang được các bệnh viện triển khai và đạt được kết quả khả quan như

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

bệnh viện Chợ Rẫy, Nhân Dân Gia Định, Bình Dân... Với những lợi ích về giảm tỉ lệ vi khuẩn đề kháng gây NKVM, giảm nguy cơ tai biến do sử dụng thuốc, tăng hiệu quả và giảm chi phí điều trị trên bệnh nhân, giảm khối lượng công việc cho điều dưỡng... Sử dụng kháng sinh dự phòng trở thành một xu hướng tất yếu và tiến bộ trong phẫu thuật ngoại khoa.

Thực tế tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai việc dùng kháng sinh dự phòng một liều trước mổ và không kéo dài sau mổ còn rất nhiều quan ngại vì những lí do như vệ sinh phòng mổ, quá trình phẫu thuật và các điều kiện chăm sóc hậu phẫu nên hầu hết các bác sĩ lựa chọn sử dụng kháng sinh điều trị sớm, 3-5 ngày sau mổ. Nhằm so sánh hiệu quả dự phòng nhiễm trùng vết mổ của việc sử dụng kháng sinh dự đơn liều so với kháng sinh trị liệu sớm, dài ngày để từ đó đưa ra khuyến cáo có cơ sở thực tế, góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị, đề tài **“Đánh giá hiệu quả kháng sinh dự phòng một liều trước mổ trên phẫu thuật viêm ruột thừa cấp tại khoa Ngoại Tổng Quát bệnh viện Đa khoa Đồng Nai”** được thực hiện với những mục tiêu sau:

1. Xây dựng antibiogram tại bệnh viện năm 2018, trên cơ sở đó lựa chọn kháng sinh dự phòng cho nghiên cứu.
2. So sánh hiệu quả phác đồ dùng kháng sinh dự phòng một liều trước mổ với phác đồ dùng kháng sinh điều trị sớm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật viêm ruột thừa cấp tại khoa Ngoại Tổng Quát bệnh viện Đa khoa Đồng Nai từ tháng 01/01/2019 đến tháng 31/06/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật viêm ruột thừa

Không có nhiễm trùng trước mổ hay được phát hiện trong lúc mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Viêm ruột thừa đã có biến chứng (hoại tử, viêm phúc mạc khu trú, toàn thể, abscess).

Bệnh nhân bị viêm ruột thừa có kèm theo các bệnh lý khác trong ổ bụng, như: viêm túi thừa Meckel, bệnh lý phụ khoa, viêm ruột non, bệnh nhân đang mang thai, viêm hạch mạc treo... hoặc kèm theo nhiễm trùng ở cơ quan khác.

Bệnh nhân có nguy cơ dễ bị nhiễm trùng do bệnh lý toàn thân nặng (ASA >2) như: suy giảm miễn dịch, đái tháo đường type 2, hội chứng Cushing, suy gan, suy thận...

Bệnh nhân già yếu > 65 tuổi.

Bệnh nhân dị ứng với nhóm β - lactam.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu

Mẫu nghiên cứu

Dùng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đến khi lấy đủ số mẫu, tất cả bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật viêm ruột thừa tại Khoa Ngoại Tổng Quát bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ tháng 01/01/2019 đến hết tháng 31/06/2019.

Phương pháp chọn mẫu

Dựa vào thứ tự phẫu thuật. Các bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu, không phát hiện nhiễm trùng trong lúc mổ từ ngày 1 đến ngày 15 được xếp vào nhóm A, từ ngày 16 đến cuối tháng được xếp vào nhóm B.

Nhóm A= Phác đồ KSDP 1 liều trước mổ

Nhóm B= Phác đồ KSĐT

KẾT QUẢ

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Lựa chọn kháng sinh dự phòng cho nghiên cứu

Từ kết quả của antibiogram cho thấy các nhóm vi khuẩn trên đã đề kháng rất cao với nhóm penicilin, cephalosporin thế hệ 1 và 3, còn nhạy cảm tương đối (trên 50%) với các kháng sinh có thể lựa chọn là KSDP như bảng 1.

Bảng 1. Các kháng sinh được đề xuất

VR	Kháng sinh	Giá thành	Đường dùng
T	Cefoxitin 2g	118.440	Tĩnh mạch chậm từ 3-5 phút
cấp	Piperacillin tazobactam 4,5g	69.993	Truyền tĩnh mạch
là	Amikacin 500mg	21.000	Truyền tĩnh mạch
một			

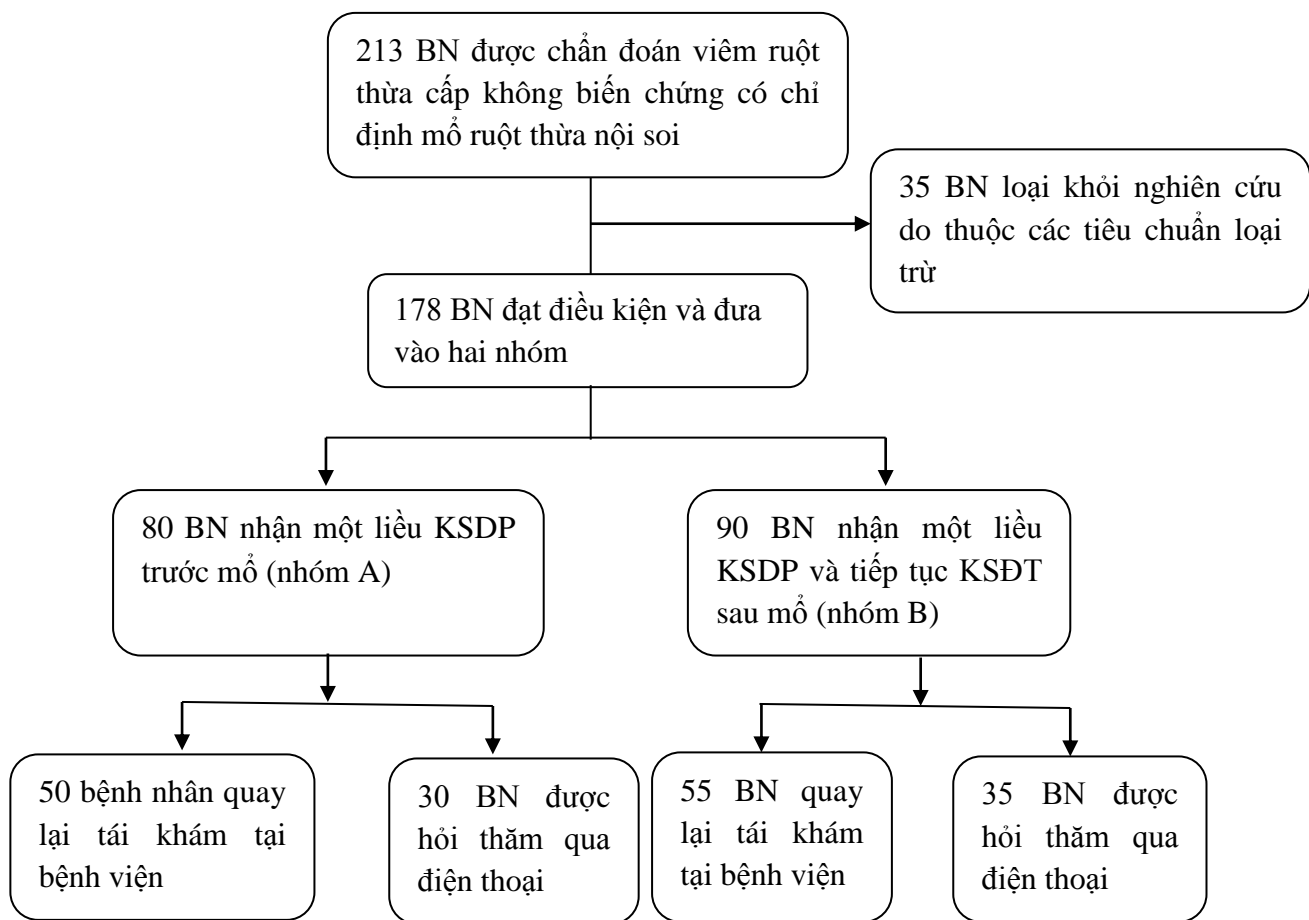
bệnh thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, từ lúc có chẩn đoán đến chuẩn bị phẫu thuật là rất nhanh. Các kháng sinh trên đều có phổ tác động tốt trên vi khuẩn gây bệnh đường tiêu hóa và vi khuẩn kỵ khí. Lựa chọn đầu tay là cefoxitin hoặc các cephalosporin thế hệ 3 phối hợp với metronidazol. Đồng thời để đảm bảo tính ứng dụng trên thực tế lâm sàng, bên cạnh phổ kháng khuẩn, giá thành thì đường dùng cũng là một yếu tố quan trọng. Ưu tiên lựa chọn các thuốc đường tĩnh mạch để đạt nồng độ cao trong mô trước lúc rạch da, đường tĩnh mạch chậm sẽ thuận tiện hơn so với dạng truyền vì chỉ cần tiêm 30 phút trước lúc phẫu thuật. Từ những lí do trên, cefoxitin hàm lượng 2 g được lựa chọn làm KSDP cho nghiên cứu. Lựa chọn này nhận được sự đồng thuận của các bác sĩ điều trị.

Dân số mẫu

Từ 01/12/2018 đến 01/06/2019, bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu với chỉ định viêm ruột thừa cấp chưa biến chứng, trong đó có 35 bệnh nhân bị loại khỏi phân tích hiệu quả. Nguyên nhân chính do bệnh nhân có các tiêu chuẩn loại trừ như: đã dùng kháng sinh điều trị trước mổ, phụ nữ mang thai, phát hiện ổ nhiễm khuẩn lan tỏa đã gây viêm phúc mạc trong quá trình mổ. 178 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu được phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Thu thập số liệu bằng cách chọn mẫu nghiên cứu ngẫu nhiên theo thời gian nhập viện và phân bố đều các yếu tố gây nhiễu ở 2 nhóm, kết quả có 80 trường hợp đưa vào nhóm A (KSDP một liều duy nhất) và 90 trường hợp được chọn vào nhóm B (KSĐT theo chỉ định BS).



Hình 2. Dân số đưa vào mẫu

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Phân bố các đặc điểm thuộc hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm liên quan bệnh nhân

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân ở 2 nhóm nghiên cứu

Biến số	Nhóm KSDP	Nhóm KSĐT	Tổng số (n= 178)	P value
Tuổi	32 (17~63)	34 (18~76)	32 (17~76)	0,514 ^a
Giới (nam:nữ)	33:55	46:44	79:99	0,068 ^b
BMI	21,09 (16,18~28,65)	21,44 (14,61~27,55)	21,22 (14,61~28,65)	0,442 ^a

a: Mann-Whitney U test

b: Fisher's exact test

Giá trị được trình bày dạng trung vị (min~max) hoặc trung bình±độ lệch chuẩn

Qua bảng 2 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật (tuổi, giới, BMI) chứng tỏ phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên được thực hiện có hiệu quả đã phân bố đồng đều các yếu tố gây nhiễu trên 2 nhóm, nên kết quả so sánh là đáng tin cậy vì không bị sai lệch bởi yếu tố gây nhiễu.

Đặc điểm liên quan phẫu thuật

Yếu tố trước phẫu thuật

Bảng 3. Các yếu tố trước phẫu thuật

Biến số	Nhóm KSDP	Nhóm KSĐT	Tổng	P value
ASA	1 (1~3)	1 (1~3)	1 (1~3)	0,916 ^a
WBC	14650 (5400~23160)	13635 (4860~29980)	14030 (4860~29980)	0,062 ^a
NEU (%)	81,06 (43,26~93,85)	77,92 (35,33~92,24)	79,91 (35,33~93,85)	0,115 ^a

a: Mann-Whitney U test

Giá trị được trình bày dạng trung vị (mean~max)

Ghi chú: Biến liên tục không phân phối chuẩn biểu diễn dưới dạng Median (min~max)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số ASA, bạch cầu, Neu (%) giữa hai nhóm. Các bệnh nhân chẩn đoán VRT cấp được sắp xếp mổ ngay, thời gian chờ mổ không kéo dài nên không được đưa vào khảo sát.

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Yếu tố phẫu thuật và sau phẫu thuật

Bảng 4. Các yếu tố phẫu thuật và sau phẫu thuật

Biến số	Nhóm KSDP	Nhóm KSĐT	Tổng	P value
Thời gian phẫu thuật	40 (25~80)	45 (20~80)	40 (20~80)	0,248 ^a
Thời gian nằm viện sau mổ	3,6±1,19	4,29±1,22	3,95±1,25	0,000 ^a

a: Mann-Whitney U test

Giá trị được trình bày dạng trung vị (mean~max) hoặc trung bình±độ lệch chuẩn

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật (p=0,248). Thời gian phẫu thuật trung bình dưới 50 phút ở cả hai nhóm. Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm KSDP thấp hơn nhóm KSĐT có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Bệnh nhân nhóm KSDP không sử dụng thêm kháng sinh tiêm, chỉ dùng giảm đau nên thường được xuất viện sớm. Bệnh nhân nhóm KSĐT có sử dụng thêm kháng sinh tiêm, đúng liều lượng, đúng thời gian và theo dõi thêm khoảng từ 3-5 ngày nên xuất viện trễ hơn.

Việc đánh giá kết quả điều trị được thực hiện sau khi bệnh nhân ra viện và quay lại tái khám. Trong trường hợp bệnh nhân không quay lại, sẽ điện thoại để hỏi thăm tình hình vết mổ. Nếu không có các tình trạng sưng, nóng, đỏ, đau, rỉ dịch ở vị trí mổ xem như điều trị thành công (hỏi thêm kết quả siêu âm nếu BN khám tại phòng khám). Trong số 178 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nhóm KSDP có 50 bệnh nhân quay lại tái khám và 30 bệnh nhân được hỏi thăm qua điện thoại. Nhóm KSĐT có 55 bệnh nhân quay lại tái khám và 35 bệnh nhân được hỏi thăm qua điện thoại. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, theo dõi tự dịch thể hiện trong bảng 5.

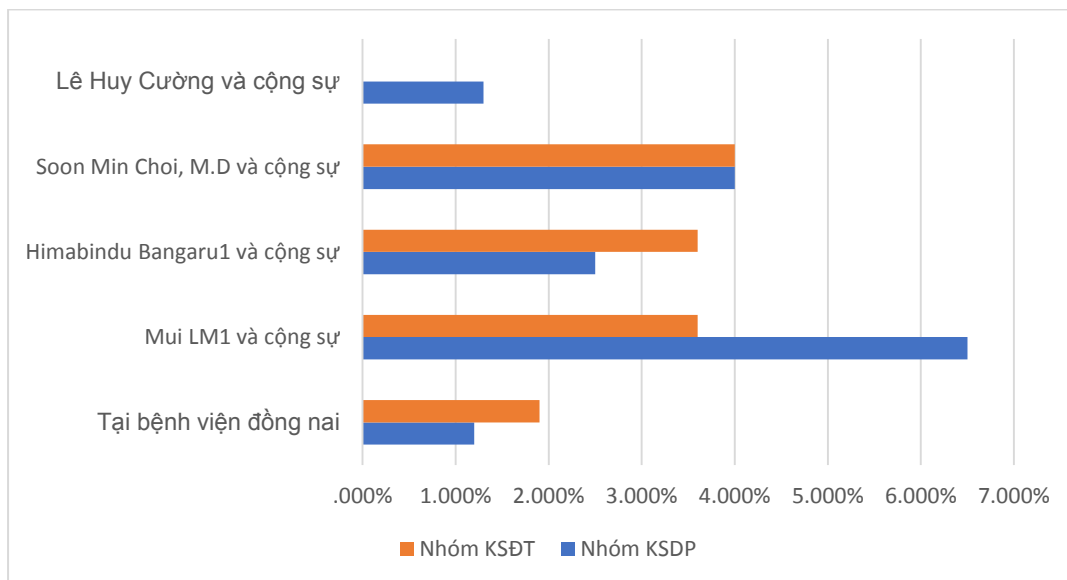
Bảng 5. Kết quả điều trị giữa hai nhóm

	Nhóm KSDP	Nhóm KSĐT	P value
Nhiễm khuẩn vết mổ nông	1 (1,20%)	1 (1,90%)	0,963
Theo dõi tự dịch	5 (5,75%)	6 (6,74%)	

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Trong số 178 bệnh nhân hoàn tất nghiên cứu có 1 bệnh nhân trong nhóm KSDP được bác sĩ chẩn đoán là NKVM (1,20%), sử dụng thêm kháng sinh uống, 5 bệnh nhân siêu âm có chẩn đoán theo dõi tụ dịch. Nhóm KSĐT có 1 bệnh nhân NKVM (1,90%), 6 bệnh nhân siêu âm có chẩn đoán theo dõi tụ dịch. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p=0,963$; Pearson test).

Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ nông tương đương với nghiên cứu của Lê Huy Cường và cộng sự tại bệnh viện đa khoa An Giang (1,3%), thấp hơn so với các nghiên cứu ngoài nước (4%). Sự khác biệt này có thể giải thích do tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi khắt khe hơn, hầu hết bệnh nhân đều không có bệnh mắc kèm, các bệnh mắc kèm đã kiểm soát tốt. 100% đều là phẫu thuật nội soi nên tỉ lệ NKVM thấp. Việc đánh giá NKVM từ bác sĩ khi bệnh nhân quay lại tái khám sẽ chính xác hơn. Tuy nhiên có hơn một nửa bệnh nhân lựa chọn tái khám ở các cơ sở khám chữa bệnh gần nhà chứ không quay lại bệnh viện nên việc đánh giá nhiễm trùng được thực hiện bằng cách gọi điện phỏng vấn. So sánh tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giữa các nghiên cứu được thể hiện trong hình 3.



Hình 3. Biểu đồ so sánh tỉ lệ nhiễm khuẩn giữa các nghiên cứu

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Đánh giá chi phí

Tổng tiền thuốc 1 lần điều trị của nhóm KSĐT = số ngày nằm viện trung bình*số lần sử dụng thuốc/ngày*giá thuốc*số ca/ (tổng số ca). Số tiền thuốc kháng sinh trung bình cho một ca tại mỗi nhóm thể hiện trong bảng 6, 7.

Bảng 6. Tiền thuốc kháng sinh/ca sử dụng trong phác đồ KSĐT

	Nhóm KSĐT		Giá thuốc	Tổng tiền thuốc
Cefoxitin (tenafotin 2 g)	2	g 65	136.080	75.891.816
Cefoxitin (cefoxitin gerda 1g)	2	g 3	155.800	4.010.292
Cefoxitin amoxicillin, clavulanic viên	2	g + 5 acid	136.080 6.300	6.152.832
Cefamandol amoxicillin, clavulanic viên	2	g + 3 acid	94.000 6.300	2.514.060
Cefamandol 2 g		7	94.000	5.645.640
Cefoperazone 1 g		7	105.000	6.306.300
		90	Tổng tiền thuốc	100.520.940
Tổng tiền thuốc cho một đợt điều trị				1.116.899

Tổng tiền thuốc 1 lần điều trị của nhóm KSDP = giá thuốc*số ca/ (tổng số ca)

Bảng 7. Tiền thuốc kháng sinh/ca sử dụng trong phác đồ KSDP

Loại kháng sinh dự phòng	Số ca dùng	Giá thuốc	Tổng tiền thuốc
Cefoxitin (cefoxitin Gerda 1g)	4	155. 800	623.200
Cefoxitin (tenafotin 2g)	84	136.080	11.430.720
	88	Tổng tiền	12.053.920
Tổng tiền thuốc cho một đợt điều trị			136.976

Ghi chú: Tiền quy ra theo giá hiện tại tính theo đồng Việt Nam

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Theo các phân tích kết quả điều trị ở trên cho thấy nhóm kháng sinh dự phòng có hiệu quả tương đương nhóm kháng sinh điều trị. Như vậy phân tích giảm thiểu chi phí là phương pháp lượng giá kinh tế hợp lý để xem xét tính ưu việt của mỗi nhóm.

Qua bảng cho thấy chi phí sử dụng kháng sinh ở nhóm KSDP giảm đáng kể so với nhóm KSĐT. Số tiền một bệnh nhân khi mổ ruột thừa cấp chi trả ở nhóm KSDP giảm. Việc giảm chi phí sử dụng thuốc sẽ giảm bớt gánh nặng cho bệnh nhân vì ngoài chi phí thuốc men họ còn phải chi trả cho các khoản chi phí khác như: chi phí phẫu thuật, xét nghiệm, chi phí chăm sóc, nằm viện.

ĐỀ NGHỊ

Trong 7 tháng đánh giá, hiệu quả điều trị của nhóm kháng sinh dự phòng tương đương nhóm kháng sinh điều trị dài ngày có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi xin đề xuất một số ý kiến như sau:

- Nghiên cứu sử dụng KSDP đơn liều trên bệnh nhân VRT cấp là nghiên cứu bước đầu có quy mô bệnh viện. Để có được kết quả thuyết phục hơn cần tăng cỡ mẫu và thời gian thực hiện, mở rộng phạm vi trên những bệnh nhân có nhiều bệnh mắc kèm đã kiểm soát tốt, từ đó phân tích mối liên quan giữa nhiễm khuẩn sau mổ và các yếu tố nguy cơ trong điều kiện bệnh viện công ở Việt Nam.
- Mở rộng nghiên cứu kháng sinh dự phòng trên những nhóm bệnh khác, những nhóm thuốc khác.
- Nên đẩy mạnh việc áp dụng KSDP vào phẫu thuật VRT cấp chưa biến chứng và các phẫu thuật sạch nhiễm khác. Không nên kéo dài KSĐT sau mổ trên những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm khuẩn thấp.
- Nên xây dựng phác đồ sử dụng KSDP trong bệnh viện với những lựa chọn đầu tay và lựa chọn thay thế theo các khuyến cáo và tình hình đề kháng tại bệnh viện để việc sử dụng KSDP trên lâm sàng được tuân thủ và triển khai rộng rãi.

Tự vấn

Thuốc Neubatel forte là thuốc gì, cách sử dụng thuốc như thế nào ?

Trả lời:

Thuốc Neubatel forte với thành phần chính là Gabapentin được dùng chung với các thuốc khác để phòng ngừa và kiểm soát [đông kinh](#), điều trị thần kinh ngoại biên. Ngoài ra Neubatel forte còn có thể điều trị các tình trạng đau thần kinh khác (chẳng hạn như bệnh thần kinh đái tháo đường, bệnh lý thần kinh ngoại biên, đau dây thần kinh sinh ba).

- Cách sử dụng thuốc Neubatel forte:

Nên dùng thuốc này theo đường thức ăn hoặc đường uống, uống theo chỉ định của các bác sĩ hoặc dược sĩ. Với mỗi tình trạng sức khỏe của bệnh nhân sẽ có liều lượng uống khác nhau. Còn đối với trẻ em, liều dùng còn phụ thuộc trọng lượng cơ thể của trẻ.

Khi sử dụng viên nén mà được bác sĩ chỉ định bẻ đôi viên thuốc uống, nên uống nửa viên còn lại trong giờ uống tiếp theo và không nên để nửa viên còn lại qua ngày hôm sau. Khi uống viên nang thì hãy uống cả viên với nước.

Cần uống thuốc theo đúng chỉ dẫn của các bác sĩ dược sĩ. Liều khởi đầu sẽ thấp hơn những liều sau để giúp trẻ dần thích nghi với thuốc và giảm tác dụng phụ.

Nên duy trì lượng thuốc ổn định để thuốc phát huy hiệu quả tốt nhất, do vậy sau mỗi liều dùng cần cách một khoảng thời gian đều nhau và nên uống cùng giờ mỗi ngày. Nếu được chỉ định mỗi ngày uống 3 lần để kiểm soát cơn động kinh thì không nên để thuốc cách quá 12 giờ.

Không tự ý tăng liều, dùng lâu hơn hoặc tự ý ngưng sử dụng thuốc khi chưa có chỉ định của các bác sĩ bởi như vậy tình trạng không những không cải thiện mà còn khiến người bệnh tránh gặp phải những nguy cơ tác dụng phụ của thuốc.

Thuốc Gabapentin có nhiều dạng như phóng thích ổn định, phóng thích tức thời, phóng thích ổn định Enacarbil. Mỗi dạng hấp thu vào cơ thể theo những cách khác nhau, nên không được tự ý chuyển từ dạng này sang dạng khác.

Tư vấn

Thuốc Augbidil điều trị bệnh gì. Có thể sử dụng Augbidil 1g cho phụ nữ có thai không ?

Trả lời:

Thuốc Augbidil được dùng để điều trị trong thời gian ngắn các trường hợp nhiễm khuẩn nặng đường hô hấp trên ([viêm amidan](#), viêm xoang, viêm tai giữa đã được điều trị bằng các kháng sinh thông thường nhưng không đỡ), nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới do các chủng H. influenzae và Branhamella catarrhalis sản sinh beta – lactamase ([viêm phế quản](#) cấp và mạn, [viêm phổi](#)).

Bên cạnh đó, thuốc Augbidil còn được dùng để điều trị nhiễm khuẩn nặng đường tiết niệu – sinh dục do các chủng E.coli, Klebsiella và Enterobacter sản sinh (viêm bàng quang, [viêm niệu đạo](#), viêm bể thận), nhiễm khuẩn da và mô mềm (mụn nhọt, áp xe, nhiễm khuẩn vết thương), viêm tủy xương, áp xe ổ răng.

Chỉ sử dụng thuốc này để điều trị một số bệnh lý khác khi có chỉ định của bác sĩ, dược sĩ.

- Thời kỳ mang thai: Nghiên cứu thực nghiệm trên quá trình sinh sản chuột đã chứng minh khi dùng chế phẩm theo đường uống và tiêm tĩnh mạch đều không gây dị



dạng. Tuy nhiên vì còn ít kinh nghiệm về dùng thuốc cho người mang thai, nên cần tránh sử dụng thuốc ở người mang thai là ít nhất trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ, trừ trường hợp cần thiết do bác sĩ hay dược sĩ chỉ định.

Giải trí

Câu chuyện y đức cảm động về Hải Thượng Lãn Ông

Vào một ngày hè nóng bức ngột ngạt, Lãn Ông đang ở nhà thì có người thuyền chài hốt hải chạy đến xin ông đi thăm bệnh cho con gái 13 tuổi. Lúc đó bé mới bị sốt, vì đang cảm mạo nặng nên nhức đầu đau mình, không ra mồ hôi, rất sợ nóng sợ lạnh, mũi ngạt tiếng nặng, lại thêm ho và khát nước, đại tiện thì táo kết còn tiểu tiện thì đỏ sẫm, có khi còn mê man, nói nhảm.

Ban đầu Lãn Ông không nghĩ bệnh nhân bị đậu mùa, thấy bé sức vóc đen gầy nên điều thuốc có tác dụng phát tán để mau hết sốt nhưng không đỡ. Ông lại dùng thuốc thanh nhiệt nhưng bệnh nhân vẫn không có tiến triển. Dù có dùng thuốc mạnh hơn, bệnh chưa đỡ hẳn nhưng tinh thần hơi tỉnh, các chứng phiền khát khỏi dần. Có điều khi hết thuốc bệnh lại như cũ, lúc đó bệnh nhân đã bị sốt tới 6 ngày.

Lãn Ông nghe người nhà bệnh nhân báo tin, đích thân đến xem mạch cho bệnh nhân. Tới nơi ông thấy tai, xương cùi và ngón tay giữa của bé gái đều lạnh, mạch chậm và yếu. Ông nghĩ với chứng đậu mùa thì từ lúc phát nóng đến khi mưng mủ, mạch đập rất dồn dập mới phải, nhưng với trường hợp này thì do huyết nóng, độc thịnh quá, nên mạch mới yếu dần.

Lãn Ông liền cho bé uống bài thuốc có tác dụng thanh nhiệt thải độc. Đến tối ông lại xem, khi soi đèn thấy đậu mọc lờ mờ trong da, khắp mình tấy đỏ, lúc đó đứa bé lại sinh thêm chứng trướng đau bụng, đánh rắm rất thối. Ông biết là có phân còn đọng lại trong người và độc cũng tắc lại, liền dùng phương thuốc trước và cho thêm vị Đại hoàng để giảm bớt các chứng.

Sáng sớm hôm sau, ông tiếp tục đến thăm, thấy trên trán người bệnh có những vết đỏ như son, khắp mặt và toàn thân đã mọc đầy các nốt đậu, nhai nuốt rất khó khăn, có cảm giác đau vương ở cổ họng, thân mình nóng rát như lửa, mặt hơi sưng. Tới khi đó ông nhận ra đó là các chứng của bệnh đậu mùa, không thể chữa trị dứt điểm trong ngày một ngày hai.

Bấy giờ đang giữa mùa hè oi bức nóng nực, nhà bệnh nhân lại ở ngay trên thuyền, bao nhiêu mùi tanh thối từ các nốt đậu trên người bốc lên nồng nặc, gió thổi xộc vào mũi khiến Hải Thượng Lãn Ông cảm thấy nôn nao không chịu được. Vì vậy, ông không muốn tiếp tục chữa trị cho bệnh nhân. Ông nói với gia chủ bệnh tình đã rất nguy hiểm, mình không trị được, người nhà nên mời thầy khác rồi ra về.

Dẫu do ngoại cảnh tác động, tuy nhiên cách hành xử khi đó của ông thật không phải chút nào, càng không hợp với địa vị của một lang y luôn quan niệm nghề thuốc là nhân thuật. Tuy nhiên, chúng ta không có cơ hội trách móc ông lâu, vì những diễn biến tiếp theo đã chứng minh sinh động đó là người thật tâm đặt lợi ích của bệnh nhân trên tất cả.

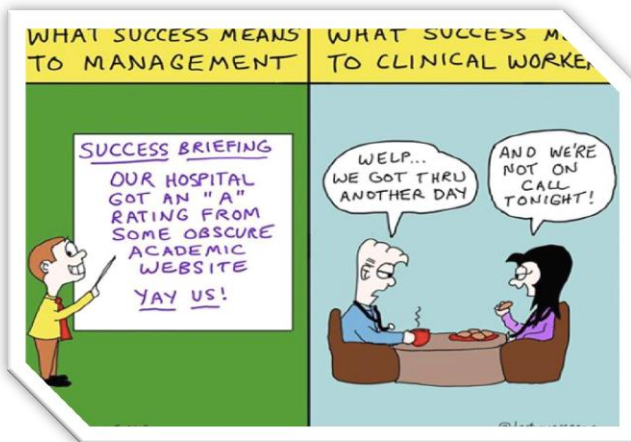
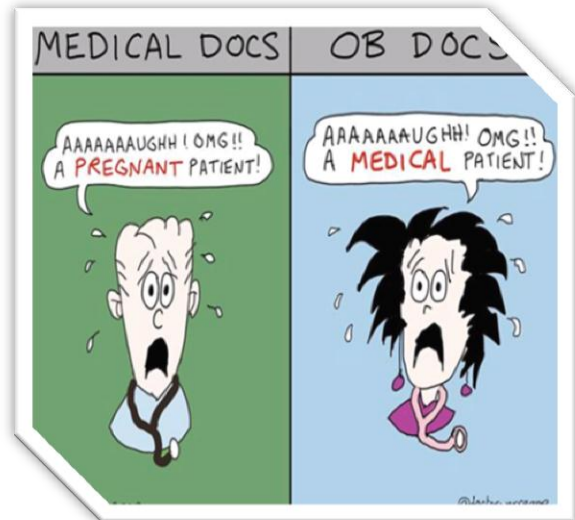
Tối hôm ấy, cha mẹ bệnh nhân đem trầu cau cùng 5 quan tiền đến nhà Lãn Ông, sụp lạy và nói: “Không may cháu bị chứng quá nặng, cảnh nhà nghèo đói, không lấy gì mời thầy khác được, xin ông thương tình, cứu cho cháu sống, rồi sau xin cho cháu làm tôi đòi để đền ơn sâu nghĩa nặng. Hôm nay bán được cái chài, sửa chút lễ mọn để tỏ lòng thành, không dám nói gì đến trả tiền thuốc”.

Giải trí

Lãn Ông đáp: “Tôi không phải vì bác nghèo mà không chữa, chỉ vì sức không chịu được nóng nực, lễ vật này nên mang về để làm lễ mời thầy khác”. Cha đưa bé thấy ông ráo riết cự tuyệt, liền nói: “Từ trước đến nay, sống chết vẫn trông cậy ở tay ông, nếu ông không hạ cố chữa cho, nhà quá túng thiếu thế này, đâu dám mời thầy thuốc khác. Đành đợi chết thôi”.

Vợ chồng họ ứa nước mắt vái chào rồi đi. Cảnh tượng đó khiến Lê Hữu Trác vô cùng cảm động. Ông nghĩ, thầy thuốc đời nay chỉ là của kẻ giàu sang, nếu thấy kẻ rách rưới không muốn đếm xỉa thì đâu còn là y đức của người làm nghề. Và lại làm thuốc là nhân thuật, chỉ nghĩ sao cứu sống được người, nếu mất chút thời giờ mà bệnh nhân được sống thì tuy mất mà cũng là được. Nhà bệnh nhân kia đang tìm cái sống ở trong chỗ chết, mà trông cậy vào thầy thuốc, nay mình lại dễ làm khó bỏ, thì mang danh để làm gì?

-St-



THÀNH TÍCH



*Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai
tổ chức lễ đón "chứng nhận
tiêu chuẩn vàng điều trị đột
quỵ" của Hội Đột quỵ châu Âu*



*TS.BS Nguyễn Huy Thắng, chủ tịch
Hội Đột quỵ TP. HCM (trái), trao
"chứng nhận tiêu chuẩn vàng điều
trị đột quỵ" của Hội Đột quỵ châu
Âu cho Giám đốc Bệnh viện Đa khoa
Đồng Nai Bs CKII Ngô Đức Tuấn.*

THÀNH TÍCH



*Khoa Dược đạt
giải khuyến
khích trong
phong trào “Lễ
phát động chiến
dịch vệ sinh
tay”*



THÔNG TIN THUỐC MỚI



GIỚI THIỆU

- Mạnh kháng thể người (FAB) đặc hiệu cho Dabigatran
- Gắn kết có ái lực với dabigatran ~350 lần so với ái lực thrombin và dabigatran -> tác dụng tức thời
- Không có đích khác trong cơ thể
Không có hoạt động tăng đông máu hoặc kháng đông
- Phức hợp idarucizumab-dabigatran thải trừ nhanh, 90% thuốc sẽ được thải trừ sau 5 giờ

BẢO QUẢN

Trước khi sử dụng, lọ thuốc chưa mở nắp cần được giữ ở nhiệt độ phòng (25°C):

- có thể để đến 48 tiếng nếu cất giữ trong hộp nguyên.
- Có thể để đến 6 tiếng nếu bị tiếp xúc ánh sáng.

Khi dung dịch được rút ra khỏi lọ, độ ổn định về hóa học và vật lý để sử dụng của idarucizumab đã được chứng minh trong 6 giờ ở nhiệt độ phòng.

Praxbind[®] có hạn dùng 36 tháng và cần bảo quản trong tủ lạnh (2–8°C)*

Không để đông. Idarucizumab

THÔNG TIN THUỐC MỚI

Idarucizumab có thể được dùng cùng các biện pháp hỗ trợ khác và cho phép dùng lại kháng đông sớm sau 24h.

Praxbind[®] 5 g IV^{*}

Praxbind[®] được dùng với liều cố định trong mọi điều kiện lâm sàng. Mỗi liều chứa dung dịch đã được pha tiêm sẵn sàng cho chỉ định

Truyền tĩnh mạch chậm



Truyền trọn liều 5g qua 2 lần truyền liên tiếp, mỗi lần 2.5g trong 5-10 phút

HOẶC

Tiêm tĩnh mạch



Tiêm trọn liều 5g trong hai lần tiêm liên tiếp, mỗi lần 2.5 g

Không cần kiểm tra kháng đông trước khi chỉ định idarucizumab hoặc giữa 2 liều tiêm.

Trường hợp nào cân nhắc 5g idarucizumab lần thứ hai?



Nếu có xuất huyết tái phát đáng kể trên lâm sàng xuất hiện đồng thời có thời gian đông máu kéo dài



Nếu xuất huyết có khả năng tái phát và đe dọa tính mạng đồng thời có thời gian đông máu kéo dài.



Nếu bệnh nhân cần phẫu thuật hoặc thủ thuật khẩn lần thứ hai và có thời gian đông máu kéo dài.

Khẩn trương, niềm nở, kịp thời, chính xác



KHOA DƯỢC
DRUG INFO &
CLINICAL PHAR



BỆNH VIỆN ĐA KHOA
ĐỒNG NAI



Lưu hành nội bộ

Khẩn trương, niềm nở, kịp thời, chính xác

BẢN TIN THUỐC