



BỆNH VIỆN ĐA KHOA CAO SU DẦU TIẾNG

BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC

SỐ 02 NĂM 2020



STT	NỘI DUNG	NGƯỜI BIÊN SOẠN
1	TRUYỀN THÔNG VỀ AN TOÀN THUỐC (NSAIDs)	DS. TRƯƠNG XUÂN BÁCH
2	DUNG DỊCH THUỐC TIÊM BUPIVACAINE 5MG/ML	DS. TRƯƠNG XUÂN BÁCH
3	LỰA CHỌN ĐƯỜNG DÙNG KHÁNG SINH HỢP LÝ: ĐƯỜNG UỐNG VÀ ĐƯỜNG TĨNH MẠCH	DS. TRƯƠNG XUÂN BÁCH
4	KẼM LIỀU THẤP ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY Ở TRẺ EM	DS. TRƯƠNG XUÂN BÁCH

TRUYỀN THÔNG VỀ AN TOÀN THUỐC CỦA FDA

Ngày 15/10/2020, FDA đưa ra cảnh báo mới về nguy cơ liên quan đến các vấn đề về thận và tình trạng thiếu ối ở thai nhi khi mẹ sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) từ tuần 20 của thai kỳ. Trong giai đoạn này, thận của thai nhi bắt đầu tạo ra phần lớn nước ối nên các vấn đề trên thận có thể làm giảm lượng nước ối. Nước ối có vai trò là chất đệm bảo vệ và giúp thai nhi phát triển một số 1 cơ quan. Vì vậy, thiếu ối có thể gây ra các biến chứng trên thai nhi, bao gồm co rút chi và chậm phát triển phổi. Theo đó, FDA đã yêu cầu các nhà sản xuất thuốc NSAID (không kê đơn và kê đơn) cập nhật nhãn, thông tin kê đơn về cảnh báo mới này và khuyến cáo chỉ sử dụng NSAID trong tuần 20-30 thai kỳ nếu chuyên gia y tế cho là cần thiết. Thông tin này đã bao gồm các cảnh báo trước đó về việc tránh sử dụng NSAID từ tuần 30 thai kỳ do các rủi ro trên tim ở thai nhi. Lưu ý, aspirin liều thấp (81 mg) không bao gồm trong cảnh báo này.

DUNG DỊCH THUỐC TIÊM BUPIVACAINE 5MG/ML

Ngày 27/10/2020, Sở Y tế nhận được công văn số 16249/QLD-CL ngày 27/10/2020 của Cục Quản lý Dược Bộ Y tế về sử dụng Dung dịch thuốc tiêm Bupivacaine 5mg/ml, SDK: VN-20879-17, các lô: 04DB1119, lô 07DB0919 và lô 08DB0919. Theo đó, ngày 30/06/2020, Cục Quản lý Dược đã có công văn số 9456/QLD-CL về thông báo kết quả kiểm tra chất lượng đối với Dung dịch thuốc tiêm Bupivacaine WPW Spinal

Theo các công văn của Sở Y tế Bình Dương báo cáo về các ca nghi ngờ độc sử dụng Bupivacain và công văn của Trung tâm DI&ADR Quốc gia về việc cung cấp các thông tin báo cáo phản ứng có hại của thuốc liên quan đến Dung dịch thuốc

0,5% Heavy (Bupivacaine hydrochlorid 5mg/ml), số đăng ký: VN-20879-17 do Công ty Warsaw Pharmaceutical Work Polfa S.A (Poland) sản xuất, Công ty cổ phần dược phẩm Trung ương CPC1 nhập khẩu, các lô: 06DB0919, 07DB0919 và 08DB0919. Các lô thuốc tiêm Bupivacaine WPW Spinal 0,5% Heavy này đã được Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương lấy mẫu và kiểm nghiệm đạt tiêu chuẩn chất lượng đã đăng ký.

tiêm Bupivacaine 5mg/ml, VN-20879-17, lô: 04DB1119, 07DB0919 và 08DB0919 gửi về Cục Quản lý Dược, đã ghi nhận 03/04 ca ADR nghiêm trọng (tử vong) sau khi dùng thuốc trên để gây tê tủy sống

Để đảm bảo an toàn cho người sử dụng, Sở Y tế có ý kiến như sau:

- Trong thời gian chờ xác định nguyên nhân tai biến, thủ trưởng các đơn vị không tiếp tục sử dụng Dung dịch thuốc tiêm Bupivacain WPW Spinal 0,5% Heavy 5mg/ml, SDK: VN-20879-17, các lô: 04DB1119, 07DB0919 và 08DB0919
- Các đơn vị thực hiện việc cung ứng thuốc theo công văn số 2701/SYT-NVD ngày 28/11/2019 của Sở Y tế và công văn 19760/QLD-GT ngày 22/11/2019 của Cục Quản lý Dược về việc đảm bảo cung ứng và tìm nguồn thay thế trong trường hợp cần thiết đối với thuốc tiêm chứa Bupivacaine và công văn 9456/QLD-CL ngày 30/06/2020 của Cục Quản lý Dược để tăng cường công tác dự phòng, phát hiện và xử lý tai biến có thể xảy ra trong

quá trình sử dụng Dung dịch thuốc tiêm Bupivacaine WPW Spinal 0,5% Heavy 5mg/ml,
SĐK: VN-20879-17

LỰA CHỌN ĐƯỜNG DÙNG KHÁNG SINH HỢP LÝ: ĐƯỜNG UỐNG VÀ ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Nội dung bài

Giới thiệu

Lựa chọn đường dùng tối ưu là một khía cạnh quan trọng trong sử dụng thuốc hợp lý. Với các trường hợp nhiễm khuẩn cần được điều trị bằng kháng sinh, đường uống là lựa chọn tối ưu cho nhiều bệnh nhân. Tuy nhiên, trên thực tế, bệnh nhân nội trú thường được chỉ định kháng sinh đường tĩnh mạch. Trong khi đó, với một số nhiễm trùng được chỉ định kháng sinh đường tĩnh mạch, liệu pháp kháng sinh đường uống có thể đem lại hiệu quả tương đương.

Kháng sinh đường tĩnh mạch

Phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch được khuyến cáo trong các nhiễm khuẩn nghiêm trọng đe dọa tính mạng và nhiễm khuẩn ở vị trí sâu do lo ngại về nguy cơ không đạt nồng độ kháng sinh tại vị trí nhiễm khuẩn khi dùng đường uống. Bệnh nhân không dung nạp thuốc hoặc không thể sử dụng thuốc đường uống (ví dụ: nôn) sẽ được chỉ định phác đồ đường tĩnh mạch. Phác đồ đường tĩnh mạch cũng được khuyến cáo trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch do suy giảm cơ chế phòng ngự chống nhiễm khuẩn.

Sử dụng kháng sinh đường uống thay cho đường tĩnh mạch

Các ưu điểm chính của việc sử dụng thuốc đường uống so với đường tĩnh mạch bao gồm tránh được các nhiễm khuẩn hoặc viêm tĩnh mạch huyết khối liên quan đến tiêm truyền, giá thành thuốc thấp hơn, giảm khối lượng công việc dành cho nhân viên y tế và thiết bị phục vụ việc tiêm truyền tĩnh mạch. Phác đồ đường uống có thể tạo điều kiện cho bệnh nhân xuất viện sớm hơn. Ví dụ, một liệu duy nhất kháng sinh đường tĩnh mạch trên bệnh nhi nhiễm khuẩn đường tiết niệu không phức tạp không làm giảm

Theo nghiên cứu, lượng kháng sinh sử dụng ngoài cộng đồng và trong bệnh viện tại Úc cao hơn một số nước. Tại Úc, theo Khảo sát Kê đơn Kháng sinh Quốc gia (NAPS) năm 2017, gần 1/3 (32,7%) trong 21.034 đơn thuốc (bao gồm cả đường uống và đường tĩnh mạch) không tuân thủ hướng dẫn điều trị của bệnh viện hoặc Hướng dẫn Điều trị Quốc gia (eTG). Một nghiên cứu tiến cứu trên tất cả các kháng sinh đường tĩnh mạch được sử dụng tại một bệnh viện đại học cho thấy khoảng 1/3 trên gần 2000 ngày sử dụng kháng sinh là không cần thiết.

tỷ lệ tái phát hoặc tái nhập viện. Điều này cho thấy hầu hết các bệnh nhi có nhiễm khuẩn đường tiết niệu có thể điều trị bằng kháng sinh đường uống.

Vấn đề quan trọng cần được xem xét là sinh khả dụng của kháng sinh đường uống, thường khác biệt so với đường tĩnh mạch (bảng 1 và bảng 2). Một số kháng sinh đường uống có sinh khả dụng tương đương khi dùng qua đường tĩnh mạch. Tùy thuộc tình trạng nhiễm khuẩn và vị trí cần hấp thu thuốc, có thể cân nhắc

thay thế kháng sinh đường tĩnh mạch bằng các thuốc này.

Bảng 1: Chuyển đổi đường tĩnh mạch sang đường uống với kháng sinh có sinh khả dụng trên 90%

Kháng sinh đường tĩnh mạch	Lựa chọn kháng sinh đường uống	Dạng bào chế đường uống
Lincomycin hoặc clindamycin	Clindamycin	Hỗn dịch (có thể có vị khó chịu) và viên nang
Fluconazol	Fluconazol	Hỗn dịch và viên nang
Metronidazol	Metronidazol	Hỗn dịch và viên nang
Sulfamethoxazol/ trimethoprim	Sulfamethoxazol/ trimethoprim	Hỗn dịch và viên nén
Doxycyclin	Doxycyclin	Viên nén và viên nang

Bảng 2: Chuyển đổi đường tĩnh mạch sang đường uống với kháng sinh có sinh khả dụng từ 50%-90%

Kháng sinh đường tĩnh mạch	Lựa chọn kháng sinh đường uống	Dạng bào chế đường uống
Ampicilin hoặc amoxicilin	Amoxicilin	Hỗn dịch và viên nang
Benzylpenicilin	Amoxicilin	Hỗn dịch và viên nang
Azithromycin	Azithromycin	Hỗn dịch và viên nén
Amoxicilin/clavulanat	Amoxicilin/clavulanat	Hỗn dịch và viên nén
Flucloxacilin	Flucloxacilin	Hỗn dịch (có thể có vị khó chịu) và viên nang
	Hoặc: Cefalexin	Hỗn dịch và viên nang
Cefazolin	Cefalexin	Hỗn dịch và viên nang
Ciprofloxacin	Ciprofloxacin	Viên nén

Trong một nghiên cứu tiền cứu ở quy mô nhỏ, các bệnh nhân viêm mô tế bào mức độ trung bình được ngẫu nhiên chỉ định cefalexin đường uống hoặc cefazolin đường tĩnh mạch. Việc dùng thuốc qua đường tĩnh mạch được chuyển đổi sang đường uống khi viêm mô tế bào ngừng tiến triển và bệnh nhân đã cắt sốt. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, tuy nhiên chỉ có khoảng 20 bệnh nhân trong mỗi nhóm. Cần tiến hành những nghiên cứu lớn hơn nhằm xác minh kết quả này.

Điều trị đợt ngắn kháng sinh đường tĩnh mạch

Các nghiên cứu đang đánh giá về khả năng xử trí các nhiễm khuẩn thường được điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch dài ngày bằng phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch ngắn hạn. Một thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, có đối chứng trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn ổ bụng đã được kiểm soát đầy đủ nguồn gây nhiễm khuẩn, đã được thực hiện so sánh tiêu chí gộp của nhiễm khuẩn vết mổ, tái phát nhiễm khuẩn ổ bụng hoặc tử

vong trong 30 ngày cho thấy kết quả tương đương ở nhóm bệnh nhân được chỉ định phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch 3-5 ngày và nhóm bệnh nhân được chỉ định phác đồ kéo dài hơn sau khi các triệu chứng và xét nghiệm cận lâm sàng trở về bình thường. Điều này cho thấy sau khi kiểm soát đầy đủ nguồn gây nhiễm khuẩn, lợi ích của kháng sinh đường tĩnh mạch chỉ giới hạn trong vài ngày đầu của đợt điều trị. Tuy nhiên, cần

lưu ý không có nhiều bệnh nhân suy giảm miễn dịch được đưa vào nghiên cứu này.

Một số thử nghiệm ngẫu nhiên, có đôi chứng đã nghiên cứu về các loại nhiễm khuẩn khác và độ dài của đợt điều trị. Đợt điều trị ngắn có thể đem lại hiệu quả tương đương với điều trị dài ngày trong

Chuyển đổi từ đường tĩnh mạch sang đường uống

Nhằm phát triển các hướng dẫn điều trị, một nghiên cứu về việc chuyển đổi kháng sinh sang phác đồ đường uống sau 48-72 giờ dùng đường tĩnh mạch đã được tiến hành. Các loại nhiễm khuẩn chính được nghiên cứu bao gồm nhiễm khuẩn đường hô hấp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, viêm đường mật, áp xe ổ bụng và viêm quầng. Trong 6 tuần sau khi kết thúc phác đồ kháng sinh, không ghi nhận trường hợp nào tái phát nhiễm khuẩn hoặc tái nhập viện do tái nhiễm khuẩn. Việc chuyển đổi phác đồ sang đường uống được ước tính làm giảm hơn 6000 liều kháng sinh đường tĩnh mạch.

Một nghiên cứu hồi cứu về nhiễm khuẩn da và mô mềm do *Staphylococcus aureus* kháng methicilin (MRSA) đã đánh giá việc điều trị bệnh nhân nội trú tại 12 nước châu Âu. Theo kết quả ước tính, hơn 1/3 số bệnh nhân có thể chuyển đổi từ kháng sinh đường tĩnh mạch sang đường uống sớm hơn thời điểm được chuyển đổi trên thực tế.

Nghiên cứu tại một bệnh viện đã sử dụng một bảng kiểm với mục đích khuyến khích việc chuyển đổi từ kháng sinh đường tĩnh mạch sang đường uống vào ngày điều trị thứ 3 trên các bệnh nhân có nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới, nhiễm khuẩn đường tiết niệu và nhiễm khuẩn ổ bụng. Trong số các bệnh nhân phù hợp để chuyển đổi sang kháng sinh đường uống, 61,4% bệnh nhân được đã chuyển

Hướng dẫn điều trị của Úc

các trường hợp: viêm phổi mắc phải tại cộng đồng hoặc viêm phổi liên quan đến thở máy, nhiễm khuẩn tiết niệu phức tạp, nhiễm khuẩn ổ bụng có biến chứng, nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram (-), đợt cấp bệnh phổi mạn tính, hoặc nhiễm khuẩn da và mô mềm.

đổi nhờ đáp ứng các tiêu chí trong bảng kiểm. Không ghi nhận sự gia tăng biến chứng trên nhóm bệnh nhân này.

Các nhà nghiên cứu đã tiến hành một tổng quan hệ thống các bằng chứng về thời gian điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch tối thiểu và tổng thời gian điều trị kháng sinh tối thiểu ở bệnh nhân dưới 18 tuổi có nhiễm khuẩn. Tổng quan này đã so sánh các đợt điều trị ngắn với các đợt điều trị dài ngày thường được áp dụng. Trong một số trường hợp như nhiễm khuẩn hô hấp, nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn tiết niệu - sinh dục, điều trị kéo dài bằng kháng sinh đường tĩnh mạch có thể không cần thiết và có thể chuyển đổi từ đường tĩnh mạch sang đường uống sớm hơn.

Khi cân nhắc chuyển sang phác đồ đường uống, việc đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng. Các tiêu chí đánh giá bao gồm khả năng đáp ứng điều trị, tình trạng miễn dịch của bệnh nhân, các bệnh lý nền mắc kèm, tiền sử dị ứng, khả năng hấp thu và dung nạp với thuốc đường uống. Việc xác định tác nhân gây bệnh, kiểu kháng thuốc và kết quả xét nghiệm vi sinh của bệnh nhân (nếu có) cũng cần thiết. Khi lựa chọn kháng sinh, cần cân nhắc các yếu tố bao gồm phổ tác dụng, sinh khả dụng, khả năng xâm nhập vào vị trí nhiễm khuẩn và các tác dụng không mong muốn của thuốc.

eTG có hướng dẫn về việc chuyển đổi kháng sinh đúng thời điểm từ dạng dùng qua đường tĩnh mạch sang đường uống. Thời điểm chuyển đổi được cân nhắc khi bệnh nhân có cải thiện về lâm sàng, hết sốt và không có bất thường về huyết động chưa giải thích được nguyên nhân (bảng 3).

Bảng 3: Hướng dẫn chuyển đổi kháng sinh từ đường tĩnh mạch sang đường uống

Việc chuyển đổi kháng sinh từ đường tĩnh mạch sang đường uống thường tỏ ra phù hợp trong trường hợp đáp ứng tất cả các tiêu chí sau*:

- Bệnh nhân có cải thiện về mặt lâm sàng;
- Bệnh nhân hết sốt hoặc đỡ sốt;
- Bệnh nhân không có bất thường về huyết động chưa giải thích được nguyên nhân;
- Bệnh nhân dung nạp thuốc đường uống và không có lo ngại về khả năng kém hấp thu;
- Kháng sinh đường uống thay thế có phổ tác dụng trùng hoặc tương tự thuốc dùng đường tĩnh mạch, hoặc có sẵn dạng bào chế đường uống của thuốc dùng qua đường tĩnh mạch. Với bệnh nhi, cần có sẵn dạng bào chế phù hợp cho trẻ em.

Lưu ý: * Không bao gồm các loại nhiễm khuẩn cần đạt được nồng độ kháng sinh cao tại mô hoặc điều trị kéo dài bằng phác đồ đường tĩnh mạch (như viêm màng não, viêm nội tâm mạc).

Các nhà nghiên cứu về bệnh nhiễm khuẩn trên bệnh nhi Úc đã tiến hành một tổng quan hệ thống các bằng chứng về việc chuyển đổi từ phác đồ đường tĩnh mạch sang đường uống đối với 36 loại nhiễm khuẩn ở trẻ em. Mục đích của tổng quan là cung cấp các bằng chứng tin cậy giúp bác sĩ đưa ra quyết định về việc chuyển đổi sang kháng sinh đường uống trên bệnh nhi và cho phép bệnh nhi xuất viện sớm hơn. Kết quả tổng quan cho thấy đối với một số bệnh nhiễm khuẩn, việc chuyển đổi có thể được tiến hành sớm hơn thời điểm được khuyến cáo trước đó.

Phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch kéo dài

Một số tình trạng như nhiễm khuẩn xương khớp, viêm nội tâm mạc, thường được điều trị bằng phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch kéo dài. Bằng chứng về độ dài đợt điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và khả năng sử dụng kháng sinh đường uống còn hạn chế.

Nhiễm khuẩn xương khớp

Thử nghiệm so sánh kháng sinh đường uống với kháng sinh đường tĩnh mạch trong nhiễm khuẩn xương khớp (OVIVA) đã được tiến hành đa trung tâm ở Anh. Nghiên cứu này so sánh việc chuyển đổi sớm (trong vòng 1 tuần) từ kháng sinh đường tĩnh mạch sang đường uống với việc tiếp tục phác đồ kháng sinh đường tĩnh mạch trong ít nhất 6 tuần. Nghiên cứu thu nhận tất cả bệnh nhân người lớn nghi ngờ nhiễm khuẩn xương khớp được lên kế hoạch điều trị bằng kháng sinh trong ít nhất 6 tuần, không phụ thuộc vào chỉ định can thiệp phẫu

thuật hay các kháng sinh được sử dụng. So sánh các kết quả trong vòng một năm cho thấy hiệu quả của phác đồ kháng sinh đường uống được lựa chọn hợp lý không thua kém so với phác đồ đường tĩnh mạch. Tuy nhiên, cần lưu ý:

- Nghiên cứu này không đủ hiệu lực thống kê đánh giá kết cục giữa các loại nhiễm khuẩn khác nhau;
- Nhiễm khuẩn do Gram (-) chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ;
- Đa số bệnh nhân được phẫu thuật để kiểm soát nguồn nhiễm khuẩn;

- Rifampicin được sử dụng trong phác đồ kháng sinh ở khoảng 1/3 số bệnh nhân

trong nghiên cứu;

- Bác sĩ điều trị cho bệnh nhân là các chuyên gia đầu ngành.

Biến cố bất lợi nghiêm trọng (có thể liên quan đến kháng sinh) được ghi nhận ở khoảng 1/4 số bệnh nhân trong nghiên cứu. Điều này cho thấy việc tiếp tục theo dõi bệnh nhân là cần thiết, kể cả với kháng sinh đường uống. Cần tiến hành những nghiên cứu sâu hơn để đánh giá một cách chặt chẽ về các loại nhiễm khuẩn và các phác đồ kháng sinh khác nhau trong các hệ thống y tế sát với thực hành lâm sàng tại cơ sở điều trị.

Viêm nội tâm mạc

Nghiên cứu kết hợp kháng sinh đường uống đã được tiến hành trong viêm nội tâm mạc (POET) đối với viêm nội tâm mạc trái do liên cầu (Streptococci), Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus hoặc tụ cầu không sinh men coagulase (coagulase-negative staphylococci). Bệnh nhân được chỉ định ngẫu nhiên kháng sinh qua đường tĩnh mạch trong suốt đợt điều trị hoặc trong ít nhất 10 ngày, sau đó sử dụng thuốc đường uống. Các bệnh nhân đều ổn định về mặt lâm sàng trước khi chuyển đổi và được siêu âm tim qua thực quản để theo dõi đáp ứng điều trị. Phác đồ đường uống được thiết kế bao gồm ít nhất hai thuốc với cơ chế tác dụng khác nhau, có thể có tác dụng hiệp đồng và làm giảm nguy cơ kháng thuốc dựa trên kết quả phân tích PK/PD.

Tình trạng kháng kháng sinh

Việc lạm dụng kháng sinh dẫn đến sự xuất hiện và lan rộng của các tác nhân kháng thuốc trong bệnh viện và ngoài cộng đồng. Giảm sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch và rút ngắn độ dài đợt điều trị giúp làm giảm lượng kháng sinh tiêu thụ, từ đó hạn chế gia tăng kháng thuốc. Việc sử dụng hợp lý các kháng sinh đường uống, đặc biệt với thuốc có sinh khả dụng cao, là cần thiết để duy trì hiệu quả của kháng sinh.

Kết luận

Trong nhiều nhiễm khuẩn, kháng sinh đường uống có thể có hiệu quả tương đương kháng sinh đường tĩnh mạch. Cần nhắc rút ngắn thời gian điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch và chuyển đổi sang phác đồ đường uống là vấn đề cần được chú ý khi điều trị cho bệnh nhân, giúp cải thiện kết quả điều trị, phòng tránh các tác dụng bất lợi khi dùng qua đường tĩnh mạch và tạo điều kiện cho bệnh nhân xuất viện sớm hơn.

Kết quả cho thấy không có sự khác biệt trên tiêu chí gộp bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, cần phẫu thuật tim không theo chương trình, biến cố tắc mạch hoặc tái phát nhiễm khuẩn huyết do căn nguyên đã phân lập được ban đầu. Phân tích tiếp theo sau 3,5 năm cũng ghi nhận các kết quả tương tự.

Cần lưu ý, nghiên cứu này có hạn chế liên quan đến thiếu tính đồng nhất giữa 2 nhóm điều trị về tác nhân vi khuẩn, phác đồ phối hợp kháng sinh được sử dụng và chưa có mặt các nhiễm khuẩn do căn nguyên vi khuẩn đa kháng. Rất ít các bệnh nhân được thu dung được đặt thiết bị trên tim hoặc là đối tượng nghiên cứu chính thuốc qua đường tiêm. Nghiên cứu này cũng được thực hiện tại các trung tâm chuyên khoa tim.

KẼM LIỀU THẤP TRONG ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY Ở TRẺ EM

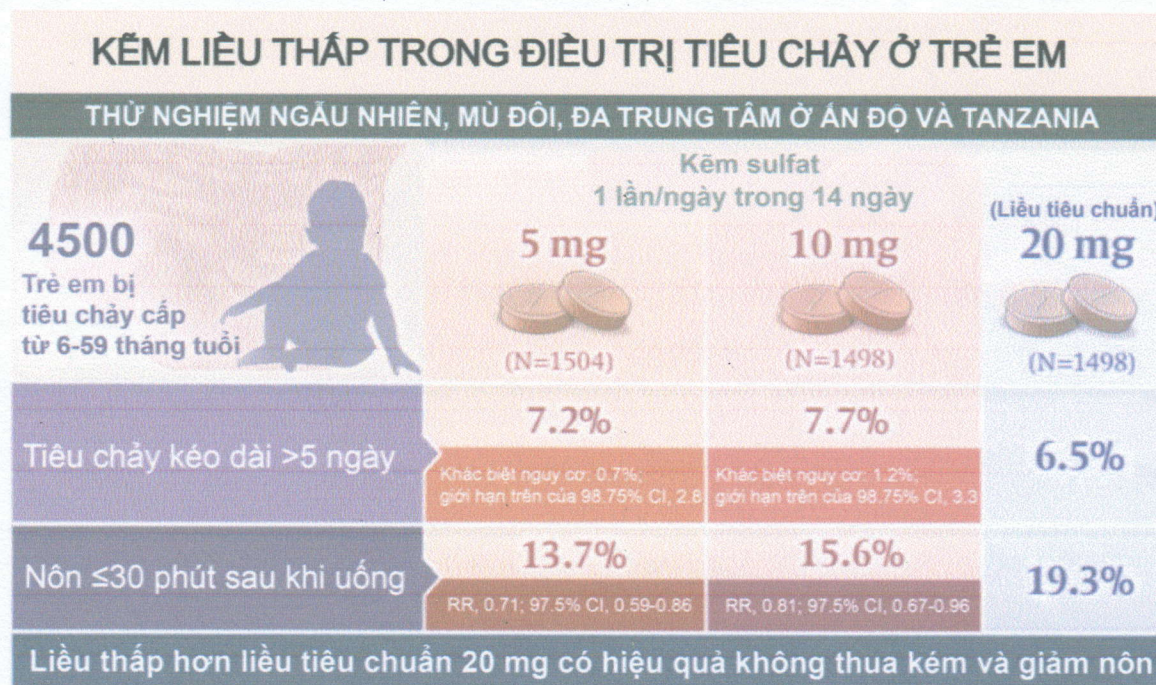
Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo sử dụng 20 mg kẽm mỗi ngày trong 10-14 ngày cho trẻ bị tiêu chảy cấp. Trong các thử nghiệm lâm sàng trước đây, liều này tuy đã chứng tỏ được hiệu quả giảm tiêu chảy nhưng lại gây gia tăng tình trạng nôn.

Một thử nghiệm gần đây được tiến hành trên 4500 trẻ bị tiêu chảy cấp từ 6-59 tháng tuổi ở Ấn Độ và Tanzania nhằm xác định việc giảm liều có duy trì được hiệu quả điều trị mà giảm được tác dụng phụ gây nôn hay không. Đối tượng tham gia được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm sử dụng kẽm sulfat với các liều lần lượt là 5 mg, 10 mg và 20 mg trong 14 ngày.

Kết quả cho thấy việc sử dụng kẽm liều thấp hơn (5 mg, 10mg) cho hiệu quả không thấp hơn trong điều trị tiêu chảy ở trẻ em và ít gây nôn hơn so với liều tiêu chuẩn 20 mg.

Nghiên cứu được kỳ vọng sẽ góp phần giúp WHO điều chỉnh lại liều kẽm cho trẻ bị tiêu chảy. Với mức liều hợp lý vừa có thể duy trì hiệu quả điều trị vừa có thể giúp giảm tác dụng phụ gây nôn, thì khả năng đồng ý sử dụng kẽm cho trẻ của người chăm sóc có thể tăng, dẫn đến việc sử dụng nhiều hơn và kết quả điều trị tốt hơn.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE



Tài liệu tham khảo:

1. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-recommends-avoiding-use-nsaids-pregnancy-20-weeks-or-later-because-they-can-result-low-amniotic?>
2. Công văn số 2538/SYT-NVD V/v sử dụng Dung dịch thuốc tiêm Bupivacain 5mg/ml, VN-20879-17, lô: 04DB1119, 07DB0919 và 08DB0919
3. <http://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/237>
4. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1915905>



BS. Đỗ Nam Cường

TRƯỞNG KHOA DƯỢC


Nguyễn Thị Kim Chi

TM. BAN TTT - DLS


Trương Xuân Bách