



BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TP.HCM
EAR NOSE THROAT HOSPITAL HCMC.

BẢN TIN

LƯU HÀNH NỘI BỘ

THÔNG TIN THUỐC

Số 1 - Năm 2019



153 - 155B Trần Quốc Thảo, P.9, Q.3, TP.HCM



028. 3931 7381



<http://taimuihongtpHCM.vn>



MỤC LỤC

- 1** SỐT CAO ỨC TÍNH
- 2** ĐỂ KHÁNG KHÁNG SINH
SỰ RA ĐỜI CỦA KHÁNG SINH
- 4** VI KHUẨN KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH:
THỰC TRẠNG ĐÁNG BÁO ĐỘNG
- 7** ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC
- 8** THÔNG TIN ĐÌNH CHỈ LƯU HÀNH THUỐC



Sốt Cao Ác Tính

Sốt cao ác tính sau khi được gây mê bằng isofluran và suxamethonium gây tử vong cho bệnh nhân.

Sốt cao ác tính (malignant hyperthermia) là một hội chứng hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao liên quan đến các thuốc sử dụng trong gây mê. Ở bệnh nhân nhạy cảm, phản ứng có thể được khởi phát do các loại thuốc mê đường hô hấp (chủ yếu là các dẫn xuất hydrocarbon halogen hóa như halothan, isofluran, sevofluran, desfluran), các thuốc giãn cơ khử cực như suxamethonium. Tuy nhiên, phản ứng này cũng có thể xảy ra ở những người không sử dụng thuốc gây mê. Sốt cao ác tính được xác định có tính di truyền và thường gặp hơn ở nam giới, đặc biệt trên bệnh nhi [1], [2].

Trong sốt cao ác tính, nồng độ calci nội bào tăng đột ngột trong tế bào cơ kéo theo hàng loạt các rối loạn chuyển hóa. Dấu hiệu và triệu chứng sớm của hội chứng này bao gồm nhịp tim nhanh, huyết áp không ổn định, thân nhiệt tăng, thở nhanh, tăng CO₂ máu kèm với toan chuyển hóa và tăng kali máu. Co cứng cơ cũng xuất hiện ở nhiều bệnh nhân, sau đó cơ có thể bị tổn thương (tăng creatin phosphokinase huyết thanh, tăng myoglobin máu, myoglobin niệu...). Các biến chứng muộn bao gồm suy thận, rối loạn đông máu nội mạch và phù phổi [1]. Nhiệt độ cơ thể tăng nhanh với tốc độ 1°C mỗi 5 phút, bệnh nhân có thể đạt 46°C trong vòng 20 phút, rơi vào tình trạng nhiễm toan nặng, sốc, trụy tim mạch và tử vong. Cần chú ý triệu chứng tăng thân nhiệt thường xuất hiện muộn, có trường hợp bệnh nhân không xuất hiện triệu chứng này, do đó phải chẩn đoán và xử trí rất nhanh, không chờ đến khi xuất hiện triệu chứng [2], [3].

Mặc dù việc phát hiện sốt cao ác tính không dễ dàng do các triệu chứng không điển hình và có thể bị nhầm lẫn với tình trạng bệnh lý của người bệnh, nhưng chẩn đoán sớm và điều trị nhanh chóng đóng vai trò đặc biệt quan trọng giúp giảm nguy cơ tử vong cho người bệnh [1], [2].

Khi phát hiện các triệu chứng sớm của hội chứng sốt cao ác tính cần điều trị ngay bằng dantrolen đường tiêm tĩnh mạch cùng với các biện pháp hỗ trợ khác như truyền natri bicarbonat, dextrose, insulin, tích cực làm mát người bệnh [3]. Có thể giảm tỷ lệ phản ứng trên người bệnh nhạy cảm bằng cách tránh tiếp xúc với các tác nhân gây khởi phát hội chứng này [1]. Tiêu chuẩn vàng để phát hiện khả năng nhạy cảm với sốt cao ác tính là thực hiện test co cơ cafein-halothan (caffeine halothane contracture test) nhưng test này hiện khó áp dụng trong điều kiện thực hành tại Việt Nam. Để dự phòng, có thể sử dụng dantrolen với những đối tượng có nguy cơ cao nếu bắt buộc phải sử dụng các thuốc gây khởi phát sốt cao ác tính trong gây mê [2], [3].

Tài liệu tham khảo

1. Martindale: The Complete Drug Reference, monograph "Dantrolene", accessed on 5th February 2012.
2. Bandschapp O, Girard T. Malignant hyperthermia. Swiss Medical Weekly 2012;142:w13652.
3. Thomson Reuters (Healthcare) Inc. Micromedex 2.0: DISEASEDEX® System, monograph "Malignant hyperthermia", accessed on 1st February 2013.

Nguồn: Bản Tin Cảnh Giác Dược, Trung Tâm DI & ADR Quốc Gia - Bộ Y Tế

Đề Kháng Kháng Sinh

SỰ RA ĐỜI CỦA KHÁNG SINH

Sau 70 năm kể từ khi khoa học phát hiện ra kháng sinh penicilline đến nay, hàng trăm loại kháng sinh và các thuốc tương tự đã được phát minh, đưa vào sử dụng. Sự ra đời của kháng sinh đánh dấu kỷ nguyên phát triển mới của y học về điều trị các bệnh nhiễm khuẩn.

Không chỉ dùng để điều trị bệnh cho con người, kháng sinh còn được sử dụng rộng rãi trong chăn nuôi gia súc, gia cầm, thủy sản và trồng trọt để điều trị, phòng chống dịch bệnh trên động vật, cũng như cho mục đích sản xuất.

Việc sử dụng kháng sinh có lợi ích to lớn trong điều trị, chăm sóc người bệnh và cả thú y khi được kê đơn và điều trị đúng.

Sự lạm dụng kháng sinh

Việc sử dụng kháng sinh rộng rãi, kéo dài, lạm dụng, làm cho các vi sinh vật thích nghi với thuốc, tạo điều kiện cho nhiều loại vi khuẩn trở thành kháng thuốc, làm cho thuốc kém hiệu quả hoặc không hiệu quả. Tình trạng kháng thuốc không chỉ là mối lo ngại của các bác sĩ lâm sàng trong điều trị mà còn là thảm họa chung đối với sức khỏe cộng đồng. Có nhiều nguyên nhân như: Bác sĩ lạm dụng kháng sinh trong kê toa, người dân dùng thuốc điều trị vô tội vạ, những lỗ hổng trong quản lý dược phẩm... tất cả đã khiến nhân loại phải đối mặt với thảm họa kháng thuốc và đã đẩy Việt Nam rơi vào "vùng trũng" của tình trạng kháng thuốc.

Thảm họa kháng thuốc tại Việt Nam "khủng khiếp" nhất thế giới

Trên thế giới đã xuất hiện các vi khuẩn kháng với hầu hết kháng sinh, còn gọi là vi khuẩn siêu kháng thuốc. Ở Việt Nam, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đang phải đối mặt với tốc độ lan rộng các vi khuẩn kháng với nhiều loại kháng sinh. Mức độ và tốc độ kháng thuốc ngày càng gia tăng ở mức báo động.

Để kháng kháng sinh ở Việt Nam cao nhất thế giới. Một kết quả khảo sát của ngành y tế về việc bán thuốc kháng sinh ở các hiệu thuốc vùng nông thôn và thành thị các tỉnh phía bắc cho thấy, nhận thức về kháng kháng sinh của người

bán thuốc và người dân còn thấp. Kháng sinh đóng góp 13,4% (ở thành thị) và 18,7% (ở nông thôn) trong tổng doanh thu của hiệu thuốc. Phần lớn kháng sinh được bán mà không có đơn (88% thành thị và 91% nông thôn). Người dân mua kháng sinh tại các nhà thuốc dễ như mua rau ngoài chợ.

Thống kê của Bộ Y tế chỉ ra, có tới 76% bác sĩ kê toa kháng sinh không phù hợp. Đây là nguyên nhân khiến 33% người bệnh bị kháng thuốc. Trong khi các quốc gia phát triển đang còn sử dụng kháng sinh thế hệ 1 thì Việt Nam đã sử dụng tới kháng sinh thế hệ 3 và 4, chi phí kháng sinh trong điều trị chiếm tới 17% trên tổng chi cho phí dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Tổ chức Y tế thế giới đã liệt Việt Nam vào danh sách nước có tỷ lệ kháng kháng sinh cao nhất trên toàn cầu.

Đại diện Bộ Y tế thừa nhận, mặc dù Việt Nam đã có quy định bắt buộc các nhà thuốc chỉ được bán kháng sinh theo toa, bác sĩ chỉ kê toa kháng sinh trong những trường hợp cần thiết, nhưng kháng sinh vẫn được bán một cách bừa bãi. Đây là nguyên nhân do nhận thức về sự nguy hiểm của tình trạng kháng thuốc trong cộng đồng còn hạn chế, công tác quản lý nhà nước về dược phẩm còn lỏng lẻo, chế tài xử lý chỉ là phạt hành chính nên chưa đủ sức răn đe đối với những đơn vị sai phạm.

Tại Việt Nam, tình trạng kháng kháng sinh đang ở mức báo động. Số lượng vi khuẩn kháng thuốc, mức độ kháng ngày càng gia tăng. Tỷ lệ kháng với kháng sinh carbapenem, nhóm kháng sinh mạnh nhất hiện nay lên đến 50%, đặc biệt là các vi khuẩn gram âm.

Một nghiên cứu lâm sàng tại Oxford năm 2013 cho biết, tỷ lệ vi khuẩn E.coli kháng với kháng



sinh carbapenem cũng rất cao. Trong số 26 nước báo cáo thì tỷ lệ kháng cao nhất tại Ấn Độ 11%, Việt Nam đứng thứ 2 là 9%, sau đó đến Bulgaria. Tỷ lệ khuẩn này kháng với kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 lên đến hơn 60%.

Hậu quả của việc đề kháng kháng sinh

Kháng thuốc khiến thời gian điều trị kéo dài, phát sinh thêm chi phí, nguy cơ tử vong cao và nguy cơ không có thuốc điều trị trong tương lai. Các kháng sinh mới thì chưa được tìm ra, còn kháng sinh cũ ngày càng bị kháng thuốc nhiều hơn. Các chuyên gia thế giới lo ngại một ngày “vũ khí” chống vi khuẩn không còn, do vi khuẩn kháng lại hết những vũ khí ấy.

Trong giai đoạn từ năm 1983 đến 1987, Cơ quan Quản lý Dược và Thực phẩm Mỹ cấp giấy chứng nhận sử dụng cho 18 loại kháng sinh và từ năm 2008 đến nay gần như không có kháng sinh mới nào được tìm ra. Trong khi đó, các báo cáo về vi khuẩn kháng các loại kháng sinh cũ ngày càng tăng lên. Sự xuất hiện của các “siêu vi khuẩn” kháng kháng sinh khiến thế giới lo ngại, bởi siêu vi khuẩn là loại vi khuẩn có khả năng kháng lại nhiều loại kháng sinh.

Who khuyến cáo 5 điểm cần lưu ý khi sử dụng thuốc kháng sinh

1. Kháng sinh không dùng để điều trị các bệnh do virus gây ra như cảm, cúm: Kháng sinh không có hiệu quả đối với tất cả lây nhiễm. Kháng sinh chỉ có hiệu quả đối với vi khuẩn chứ không phải đối với các loại lây nhiễm như virus, nguyên nhân của cảm, cúm.

2. Hãy giữ kháng sinh cho riêng mình: Không dùng chung kháng sinh với người khác. Người khác có thể có những nhiễm khuẩn khác nhau và không thể dùng cùng loại kháng sinh như mình, điều này có thể dẫn đến kháng thuốc.

3. Không dùng kháng sinh còn lại cho lần sử dụng sau.

4. Dùng kháng sinh đúng thời điểm: Nếu bạn được kê dùng kháng sinh, điều quan trọng là bạn phải tuân thủ lời khuyên của bác sĩ là dùng kháng sinh như thế nào, thời điểm nào, dùng trong bao lâu.

5. Hãy thực hiện các bước đơn giản để phòng, chống nhiễm khuẩn: che miệng khi ho, hắt hơi. Rửa tay với xà phòng, đặc biệt là trước khi chuẩn bị hoặc trước khi ăn hoặc sau khi lau mũi.

NGUYÊN NHÂN CỦA KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH

Kháng thuốc kháng sinh diễn ra khi vi khuẩn thay đổi và trở nên kháng với kháng sinh đã sử dụng để chữa trị lây nhiễm do chúng gây ra.

www.facebook.com/amrweekvietnam
www.who.int/drugresistance

World Health Organization

KHÁNG THUỐC KHÁNG SINH LAN TRUYỀN NHƯ THẾ NÀO

www.facebook.com/amrweekvietnam
www.who.int/drugresistance

World Health Organization

Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh: Thực trạng đáng báo động

*K*hoảng một thập kỷ trở lại đây vấn đề kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn đã được thông báo

nhiều và dày đặc hơn trên các tạp chí chuyên ngành vi sinh, truyền nhiễm. Khác với trước đó, đa phần các bác sỹ rất coi nhẹ đến cụm từ “Vi khuẩn kháng thuốc kháng sinh” bởi vì lúc đó các kháng sinh được kê theo kinh nghiệm có vẻ vẫn có tác dụng tốt trên hầu hết các chủng vi khuẩn gây bệnh.



Thực trạng kháng kháng sinh đã mang tính toàn cầu, đặc biệt là ở các nước đang phát triển với các bệnh truyền nhiễm còn chiếm tỷ lệ cao trong cơ cấu bệnh tật như: nhiễm khuẩn đường tiêu hoá, đường hô hấp, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm khuẩn bệnh viện... đang là gánh nặng thực sự vì sự gia tăng chi phí do phải bắt buộc thay thế các kháng sinh cũ bằng các kháng sinh mới đắt tiền. Việc kiểm soát các loại bệnh này đã và đang chịu sự tác động bất lợi của sự phát triển và lan truyền tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn.

Xu hướng kháng lại các thuốc kháng sinh thường dùng, làm cho thuốc đó không còn tác dụng trên lâm sàng, không còn tác dụng tiêu diệt vi khuẩn gây bệnh. Khi đó thuốc kháng sinh đang dùng điều trị cho người bệnh không tiêu diệt được vi khuẩn gây bệnh. Ngay cả khi chúng ta sử dụng kháng sinh với nồng độ cao, thời gian kéo dài. Việc kháng thuốc kháng sinh là một mối hiểm họa to lớn bởi lẽ vi khuẩn gây bệnh sẽ thoải mái lộng hành, phát triển mà không còn sợ hãi trước các vũ khí của con người. Những vi khuẩn kháng thuốc sẽ nhân lên nhanh chóng, lây lan, gây bệnh trước sự bất lực của các bác sỹ.

Theo báo cáo của trung tâm phòng chống bệnh tật Châu Âu (ECDC), hằng năm ở Châu Âu có trên 25.000 bệnh nhân chết vì nhiễm phải vi khuẩn đa kháng thuốc. Các vi khuẩn kháng thuốc như MRSA, vi khuẩn tiết ESBL... tăng lên rõ rệt hằng

năm. Cũng theo ECDC, vi khuẩn tiết ESBL đã tăng 6 lần trong vòng 4 năm từ 2005 đến 2009.

Gần đây, đã có sự lây lan một cách nhanh chóng của các vi khuẩn Gram âm mang gen kháng kháng sinh mới: gen New Delhi Metallo Beta lactamase 1 (NDM-1) kháng lại được nhóm kháng sinh mạnh nhất hiện nay và là lựa chọn cuối cùng mà con người đang có khi xuất hiện vi khuẩn đa kháng thuốc đó là nhóm carbapenem. Lúc đầu các chủng vi khuẩn có gen NDM-1 chỉ có ở Ấn Độ, nhưng đến nay người ta đã phát hiện được ở nhiều nước trên thế giới như Anh, Mỹ, Nhật Bản... Tại Việt Nam cũng đã phát hiện được một số vi khuẩn đường ruột có mang gen NDM-1.

Các vi khuẩn thường gặp trong bệnh viện ở Việt Nam theo báo cáo của ASTS (Chương trình theo dõi kháng kháng sinh) của nước ta năm 2006 bao gồm các vi khuẩn: E.coli, trực khuẩn mủ xanh, Klebsiella, A.baumannii, tụ cầu vàng. Tại các bệnh viện lớn như Bạch mai, Chợ Rẫy, Bệnh viện TUQĐ 108, Bệnh viện TƯ Huế... các vi khuẩn nêu trên có tỷ lệ kháng rất cao với các kháng sinh thường dùng, cụ thể là với E.coli các kháng sinh hay sử dụng để điều trị là gentamicin và cefotaxim đã bị kháng lần lượt là 51% và 50,3%. Tụ cầu vàng kháng methiciline là 41,7%, đây chính là các chủng MRSA (2010).

Đặc biệt với Acinetobacter baumannii, một căn nguyên nhiễm trùng bệnh viện hàng đầu hiện

nay thì tỷ lệ kháng kháng sinh đã ở mức báo động đỏ cụ thể là với hơn 3000 chủng *A. baumannii* phân lập được tại 7 bệnh viện lớn, đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam Việt Nam. Kết quả cho thấy vi khuẩn này đã có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thông thường dùng trong bệnh viện (tỷ lệ kháng trên 70% ở 13 trên tổng số 15 loại kháng sinh được thử nghiệm). Trong đó tỷ lệ kháng với nhóm carbapenem với 2 đại diện imipenem và meropenem lần lượt là: 76,5% và 81,3%. Nhóm cephalosporin kháng trên 80%, trong đó kháng 83,9% với cefepim, 86,7% với ceftazidim, 88% với cefotaxim, 93,1% với ceftriaxone (2013).

Thuốc kháng sinh được coi là một giải pháp cho loài người trong điều trị các bệnh do nhiễm vi khuẩn. Nhờ có thuốc kháng sinh mà chúng ta có thể kiểm soát được nhiều dịch bệnh. Tuy nhiên, hiện nay con người đang sử dụng kháng sinh chưa thật hợp lý, chính điều này đang dẫn nhanh tới tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn.

Tại sao vi khuẩn lại kháng được thuốc kháng sinh?

Để trả lời câu hỏi này, từ lâu các nhà khoa học đã đi sâu vào nghiên cứu cơ chế kháng lại các kháng sinh của vi khuẩn. Thật ngạc nhiên và rất thú vị là vi khuẩn dù rất bé nhỏ nhưng lại có muôn vàn phương kế để đối phó với con người và hầu như chúng ta luôn chạy theo sau vi khuẩn. Các kháng sinh mới, đắt tiền, vừa được đưa vào sử dụng rộng rãi thì ngay sau đó không lâu đã xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng lại kháng sinh đó. Có rất nhiều cách để vi khuẩn làm mất tác dụng của kháng sinh, nhưng gộp chung lại có 3 nhóm nguyên nhân chính để vi khuẩn có thể qua mặt được chúng ta đó là:

Một là: Vi khuẩn có cách để làm hạn chế việc xâm nhập của các kháng sinh vào bên trong tế bào vi khuẩn. Dẫn đến kháng sinh sẽ ít có cơ hội tác động để tiêu diệt vi khuẩn. Ở nhóm nguyên nhân này, vi khuẩn có thể gia tăng củng cố các màng bảo vệ của chúng ví dụ như màng ngoài (outer membrane) ở các vi khuẩn gram âm hoặc sử dụng các bơm đẩy từ bên trong tế bào để bơm kháng sinh ra ngoài như ở trực khuẩn mủ xanh, *Acinetobacter* sp... (nếu như kháng sinh đã lọt vào trong tế bào vi khuẩn). Ở nhóm nguyên nhân này, vi khuẩn chống chọi bằng cách mặc áo giáp và dùng bơm công suất lớn

đẩy kháng sinh ra ngoài. Phần lớn vi khuẩn gram âm sống ở đại tràng của người đều có chế này để kháng lại các kháng sinh nhóm beta-lactam.

Hai là: vi khuẩn sản xuất ra các men (enzymes) để phá hủy các kháng sinh. Hiện tượng tổng hợp nên các enzym phân huỷ kháng sinh là một hiện tượng rõ nét ở vi khuẩn tụ cầu vàng và các vi khuẩn đường ruột. Ở tụ cầu vàng, chúng thường tổng hợp nên các men β -lactamase bẻ gãy vòng lactam của các kháng sinh nhóm β -lactam. Ở các vi khuẩn đường ruột như *E.coli*, *Klebsiella* sp... thì chủ yếu là sản xuất ra các men β -lactamase phổ rộng (ESBL). Với các chủng sinh ESBL này vi khuẩn có thể kháng lại được hầu hết các kháng sinh β -lactam trừ một số kháng sinh mới và đắt tiền như imipenem, meronem... Đặc biệt gần đây người ta nói nhiều đến vi khuẩn có NDM-1 (viết tắt của men phá hủy kháng sinh là New Delhi Metallo-Beta Lactamase) là những vi khuẩn siêu kháng thuốc kháng lại được tất cả các kháng sinh thường dùng kể cả 2 loại kháng sinh mới và đắt tiền vừa nêu ở trên. Ở nhóm nguyên nhân này, khi các kháng sinh đủ mạnh để qua được áo giáp của vi khuẩn và không bị bơm đẩy ra ngoài thì vi khuẩn sẽ sử dụng hóa chất (ở đây là các enzyme) để phá hủy cấu trúc của kháng sinh.

Ba là: Vi khuẩn che chắn hoặc làm biến đổi các đích tác động của kháng sinh làm mất hiệu lực của kháng sinh. Hiện tượng này là do nguồn gốc từ các đột biến gen trên nhiễm sắc thể hoặc plasmide bên trong tế bào vi khuẩn. Đối với nhóm kháng sinh beta-lactam, muốn tiêu diệt vi khuẩn thì kháng sinh này phải bám vào được các đích tác động đó là các PBP (protein gắn penicillin). Việc giảm ái lực của các PBP với các thuốc nhóm beta-lactam có thể do đột biến gene ở nhiễm sắc thể, hoặc do mắc phải gene bên ngoài có các PBP mới thông qua các plasmid. Cơ chế này thường gặp với các cầu khuẩn gram dương, như *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus pneumonia*, nhưng rất hiếm gặp ở vi khuẩn gram âm. Tương tự như vậy là sự đột biến gen để biến đổi vị trí gắn của kháng sinh ở tiểu đơn vị ribosom đích bên trong tế bào vi khuẩn dẫn đến giảm hoạt tính của các kháng sinh macrolides, clindamycine, nhóm aminoglycosides,... Sự biến đổi này làm cho kháng sinh không đủ khả năng ức chế tổng hợp protein cũng như sự tăng trưởng của vi khuẩn.

Sự đột biến gen mã hóa cho men DNA-gyrase gây ra đề kháng quinolone. DNA-gyrase là men cần thiết cho hoạt tính của các quinolone. Nhóm nguyên nhân này chúng ta thấy vi khuẩn sử dụng các yếu tố sinh học (các đột biến gen) để làm mất tác dụng của kháng sinh. Như vậy, vi khuẩn đã sử dụng đủ các loại vũ khí như hóa học, sinh học, vật lý để chống lại các kháng sinh mà loài người chúng ta tạo ra để tiêu diệt chúng. Thời khắc mà vi khuẩn dơ tay đầu hàng các bác sỹ có lẽ còn rất lâu.

Làm sao Hạn chế được vi khuẩn kháng thuốc?

Sự kháng thuốc kháng sinh, xét về bản chất là do việc sử dụng kháng sinh không đúng gây ra. Theo những quan điểm tiến hoá thì sự kháng thuốc sẽ xảy ra dần dần vì vi khuẩn phải có thời gian để đột biến. Thời gian này có thể là 10 năm, có thể là 30 năm hoặc lâu hơn nữa. Nhưng chính sự sử dụng kháng sinh không đúng đã làm cho hiện tượng đột biến xảy ra nhanh hơn, mạnh hơn và thời gian kháng thuốc sẽ ngắn dần. Để phòng ngừa sự kháng thuốc kháng sinh, ngoài sự quy chuẩn của y tế, ngay bản thân những người bệnh là những người quyết định đến vận mệnh chống nhiễm trùng của mình nhất. Những biện pháp sau được xem là có tác dụng:

- Không lạm dụng thuốc kháng sinh như một thuốc thông thường. Chúng ta không nên chỉ đau, ho là đã ngay lập tức sử dụng kháng

sinh vì những triệu chứng trên chưa hẳn là biểu hiện của một bệnh nhiễm khuẩn. Nên nhớ, kháng sinh chỉ có tác dụng khi có mầm bệnh là vi khuẩn gây bệnh.

- Chỉ sử dụng kháng sinh khi chắc chắn có dấu hiệu hay bằng chứng của sự nhiễm trùng. Trong một số trường hợp, dự đoán chắc chắn nhiễm trùng nặng sẽ xảy ra thì có thể sử dụng kháng sinh dự phòng nhưng nên nhớ chỉ sử dụng ở một liều tối thiểu.
- Cần chấm dứt ngay việc sử dụng kháng sinh khi đã đủ liệu trình cho phép nhưng cũng không được kết thúc quá sớm trước thời gian tiêu chuẩn. Sử dụng quá lâu sẽ làm cho vi khuẩn có cơ hội "tìm hiểu" kháng sinh và đột biến mạnh hơn. Còn kết thúc quá sớm sẽ làm cho vi khuẩn có nguy cơ hồi sinh và do đó có "kinh nghiệm" chinh chiến nhiều hơn để thay đổi. Cả hai biểu hiện này cần tuyệt đối tránh khi có sử dụng kháng sinh trong điều trị.
- Cần sử dụng đúng kháng sinh với đúng loại mầm bệnh. Tránh sử dụng kháng sinh tùy tiện, sử dụng mà không cần thăm khám. Việc sử dụng đúng kháng sinh sẽ hạ thấp được liều điều trị, thành công hoá mục tiêu kiểm soát và sẽ hạn chế tối đa sự kháng thuốc.
- Nếu có điều kiện, nên lựa chọn kháng sinh sau khi có kết quả làm kháng sinh đồ.

Nguồn: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế
(<http://amr.moh.gov.vn>)



Điểm Tin Cảnh Giác Dược



Khuyến cáo của MHRA cho cán bộ y tế: Kháng sinh Fluoroquinolon - hạn chế chỉ định và biện pháp phòng ngừa mới do ghi nhận báo cáo về các tác dụng phụ gây tàn tật, kéo dài và không hồi phục

- Fluoroquinolon dùng toàn thân (đường uống, tiêm, khí dung) hiếm khi gây ra tác dụng phụ kéo dài (vài tháng hoặc nhiều năm), gây tàn tật và không hồi phục, ảnh hưởng đến nhiều hệ thống, cơ quan, giác quan. Tuy nhiên MHRA đã ghi nhận những báo cáo case như vậy và khuyến cáo cán bộ y tế cẩn thận trọng và tư vấn kỹ cho bệnh nhân khi sử dụng thuốc.
- Khuyến cáo bệnh nhân nên ngừng điều trị nếu thấy những dấu hiệu đầu tiên của một phản ứng có hại nghiêm trọng như viêm gân, đứt gân, nhược cơ, đau khớp, sưng khớp, viêm dây thần kinh ngoại biên, bệnh liên quan đến hệ thống thần kinh trung ương. Liên hệ ngay với bác sĩ để được tư vấn thêm.
- Không kê đơn fluoroquinolon khi bệnh nhân không nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn không nghiêm trọng hoặc tự giới hạn, nhiễm khuẩn nhẹ đến trung bình (như trong đợt cấp viêm phế quản mạn tính và đợt cấp COPD) trừ khi những kháng sinh khác không có hiệu quả.
- Không kê đơn ciprofloxacin và levofloxacin cho viêm bàng quang chưa có biến chứng trừ khi những kháng sinh khác không có hiệu quả.
- Đặc biệt thận trọng khi kê đơn fluoroquinolon cho bệnh nhân trên 60 tuổi, bệnh nhân suy thận hoặc ghép tạng do nguy cơ tổn thương gân cao hơn những bệnh nhân khác.
- Không dùng corticoid kèm với một thuốc fluoroquinolon vì việc dùng đồng thời hai loại thuốc này có thể làm trầm trọng thêm triệu chứng viêm gân, đứt gân do fluoroquinolon.

Nguồn: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/fluoroquinolone-antibiotics-new-restrictions-and-precautions-for-use-due-to-very-rare-reports-of-disabling-and-potentially-long-lasting-or-irreversible-side-effects>



THUỐC ĐÌNH CHỈ LƯU HÀNH

A. Căn cứ Công văn số 16457/QLD-CL ngày 23/9/2019 về việc thu hồi thuốc Clavophynamox 1000 không đạt tiêu chuẩn chất lượng:

Thu hồi toàn quốc lô thuốc Viên nén bao phim Clavophynamox 1000 (Amoxicillin 875mg, Clavulanic acid 125mg), SĐK: VN-20275-17, Số lô: K026, NSX: 14/01/2018, HD: 13/01/2020 do Công ty Flamingo Pharmaceuticals Ltd. (India) sản xuất, Công ty cổ phần dược Đại Nam nhập khẩu, do không đạt chất lượng về chỉ tiêu Độ hòa tan.

B. Căn cứ Công văn số 17344/QLD-CL ngày 10 tháng 10 năm 2019 về việc xử lý thuốc Clarividi 250 không đạt tiêu chuẩn chất lượng:

Thu hồi thuốc Viên nén bao phim Clarividi 250 (Clarithromycin 250mg), SĐK: VD-16044-11, Số lô: 111118, NSX: 19/11/2018, HD: 19/11/2021 do Công ty Cổ phần dược phẩm Trung ương Vidipha sản xuất tại các cơ sở kinh doanh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn Tp. Hồ Chí Minh, do không đạt chất lượng về chỉ tiêu Độ hòa tan.

C. Căn cứ Công văn số 18023/QLD-CL ngày 18/10/2019 về việc đình chỉ thuốc không đạt tiêu chuẩn chất lượng:

Tạm dừng nhập khẩu, phân phối, sử dụng mặt hàng thuốc Viên nén LIV- Z Tablets (Levocetirizine dihydrochloride 5mg) do Công ty Maxtar Bio-Genics_ India sản xuất.

D. Căn cứ Công văn số 17364/QLD-CL ngày 11/10/2019 về việc đình chỉ lưu hành thuốc Methylprednisolon 16mg không đạt tiêu chuẩn chất lượng:

Thu hồi toàn quốc Viên nén Methylprednisolone 16mg, SĐK: VD-19224-13, Số lô: 804060 NSX: 20.04.2018, HD: 20.04.2021 do Công ty TNHH dược phẩm USA-NIC sản xuất do không đạt tiêu chuẩn chất lượng về Chỉ tiêu độ hòa tan.





<http://taimuihongtphcm.vn>