



BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ HÀ TĨNH  
Khoa Dược – Tổ thông tin thuốc & Dược lâm sàng  
Gmail: [khoaduocbvdktpht@gmail.com](mailto:khoaduocbvdktpht@gmail.com)  
Website: <http://bvdktphatinh.org.vn/>

LƯU HÀNH NỘI BỘ



# BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC

**SỐ II - 2023**

NỘI DUNG

THÔNG TIN THUỐC .....	1
CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ .....	9
TIN CẢNH GIÁC DƯỢC .....	19
GÓC THƯ GIẢN .....	21

**BIÊN TẬP:**

DS. Nguyễn Anh Tuấn

Ds. Phan Thị Thanh Hoa

Ds Nguyễn Huyền Thanh Thảo

**HIỆU ĐÍNH:**

Ds CKI. Lê Thị Huyền Trang

**PHÊ DUYỆT:**

Bs CKII. Lê Thị Thanh Thủy

## THÔNG TIN THUỐC

### 1. Sử dụng thuốc giảm đau ở phụ nữ cho con bú

Thuốc giảm đau là một trong những nhóm thuốc được sử dụng nhiều ở phụ nữ cho con bú. Việc lựa chọn thuốc cần dựa trên sự xem xét lợi ích – nguy cơ một cách toàn diện và đánh giá trên từng cá thể, dựa trên các tính chất dược động học, dược lực học của thuốc và các bằng chứng mới nhất. Một số yếu tố ảnh hưởng của thuốc vào sữa mẹ <sup>(1)</sup>:

- Giá trị pH của sữa mẹ (từ 7,0 – 7,2) thấp hơn so với huyết tương (từ 7,35 – 7,45) có thể làm các base hữu cơ bị ion hóa, do đó có thể ở lại nhiều trong sữa mẹ.
- Thuốc có trọng lượng phân tử thấp (< 200) xâm nhập vào sữa mẹ dễ dàng.
- Chỉ có dạng thuốc tự do, không liên kết mới đi vào sữa mẹ. Các thuốc gắn kết nhiều với protein sẽ đi vào sữa mẹ kém vì nồng độ của protein trong sữa mẹ chỉ bằng 10% so với nồng độ trong huyết tương.
- Thuốc tan trong chất béo có thể đi nhiều vào sữa mẹ.

**Paracetamol** (acetaminophen) được xem là thuốc giảm đau/hạ sốt đầu tay trong điều trị sốt và đau ở phụ nữ cho con bú. Khi uống, một lượng thuốc nhỏ được tiết vào sữa mẹ, tuy nhiên chỉ ở hàm lượng rất thấp để có thể gây nguy hiểm <sup>(2)</sup>. Paracetamol cũng là thuốc điều trị ưu tiên đối với chứng đau nửa đầu cấp tính ở bệnh nhân đang cho con bú (ACOG 2022). Theo WHO (2002), paracetamol được coi là tương thích với việc cho con bú khi sử dụng ở liều khuyến cáo thông thường <sup>(3)</sup>.

**Nhóm NSAID** (thuốc giảm đau, kháng viêm không steroid) được sử dụng nhiều để giảm đau trong giai đoạn hậu sản. NSAID nói chung là những thuốc có tính axit nhẹ (độ pH trung bình 7,1–7,2) so với huyết tương, có độ hòa tan trong lipid thấp và liên kết với protein cao (> 90%). Do đó, tỷ lệ NSAID trong sữa so với huyết tương thường < 1 <sup>(4)</sup>. Tuy nhiên, có một số lo ngại về mặt lý thuyết liên quan đến việc sử dụng NSAID khi cho con bú. Một số NSAID có tác dụng kháng tiểu cầu, do đó có khả năng ảnh hưởng đến chức năng tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Vì vậy, nên lựa chọn những thuốc có thời gian bán hủy ngắn.

- **Aspirin** qua được sữa mẹ. WHO (2002) xem việc sử dụng không thường xuyên aspirin liều thấp là tương thích với việc cho con bú, tránh điều trị lâu dài và cần theo dõi trẻ sơ sinh về các tác dụng phụ (tán huyết, chảy máu kéo dài, nhiễm toan chuyển

hóa). Aspirin liều cao (trên 150mg/ ngày) không được khuyến cáo ở những người đang cho con bú vì nguy cơ hội chứng Reye<sup>(3)</sup>.

- **Indomethacin** qua được sữa mẹ và cũng được phát hiện trong huyết tương của trẻ bú mẹ. Dựa trên các nghiên cứu đã báo cáo, nồng độ indomethacin trong sữa mẹ có thể quá thấp để gây ra bất kỳ tác dụng phụ đáng kể nào ở trẻ bú mẹ. Do đó, việc sử dụng indomethacin có thể tương thích với việc cho con bú. Nhưng vì một trường hợp co giật đã được báo cáo khi sử dụng sớm sau khi sinh, nên thận trọng ở trẻ sinh non và trẻ sơ sinh<sup>(2)</sup>. Tương tự như indomethacin, **Diclofenac** có thời gian bán thải ngắn (1 giờ) ở người trưởng thành và liều tương đối cho trẻ sơ sinh là 1,2%; lượng này có thể quá thấp để ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh<sup>(4)</sup>. **Ibuprofen** được phát hiện trong sữa mẹ với định lượng thấp hơn 2,5 ng/mL khi người mẹ uống 400mg mỗi 6 giờ. Hơn nữa, ibuprofen cũng được phê duyệt là thuốc điều trị cho trẻ em. Vì vậy Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ (2001) đã phân loại ibuprofen là tương thích với việc cho con bú. Một thuốc tương tự, **flurbiprofen**, đã được đánh giá ở cả liều đơn và liều lặp lại và cho thấy rằng khả năng vào sữa mẹ là rất thấp, với tỷ lệ < 0,1% liều thuốc cho mẹ trong sữa mẹ<sup>(4)</sup><sup>(5)</sup>. **Naproxen và piroxicam** cũng bài tiết vào sữa mẹ, nhưng với lượng không đủ để gây hại cho trẻ. Tuy nhiên, cần thận trọng sử dụng naproxen và piroxicam vì thời gian bán hủy dài, có thể sử dụng trong thời gian ngắn, tránh sử dụng lâu dài (> 1 tuần) đối với phụ nữ cho con bú<sup>(3)</sup>. Trong số các chất ức chế đặc hiệu cyclo-oxygenase-2 (COX-2), **celecoxib** được bài tiết vào sữa mẹ nhưng phần lớn được loại bỏ khỏi cả huyết tương và sữa sau 12 giờ kể từ lần dung nạp cuối cùng và nồng độ trong huyết tương ở trẻ sơ sinh có thể giảm xuống dưới giới hạn phát hiện trong vòng 4 giờ.

**Nhóm Opioid** được chỉ định cho những bệnh nhân đau vừa đến nặng. Cần xem xét các nguy cơ và lợi ích của thuốc khi kê đơn, bao gồm các độc tính ở trẻ sơ sinh (ví dụ: giảm trương lực cơ như đi khập khiễng, khó bú, an thần, suy hô hấp). Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã đưa ra cảnh báo và khuyến cáo **không sử dụng codein và tramadol** để kiểm soát cơn đau ở trẻ <12 tuổi và ở những người đang cho con bú. Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ ưu tiên sử dụng **butorphanol, morphine** hoặc **hydromorphone** hơn các loại opioid khác do nồng độ trong sữa rất thấp và do đó không có khả năng ảnh hưởng đến trẻ bú mẹ. Ngoài ra, **fentanyl** cũng là thuốc được phân loại tương thích với phụ nữ cho con bú (Brigg's 2017). Tuy nhiên,

việc sử dụng các opioid nói chung nên được sử dụng ở liều thấp nhất có hiệu quả và được kê đơn trong thời gian ngắn nhất cần thiết để kiểm soát cơn đau cấp tính <sup>(3)</sup>.

**Nhóm thuốc chống trầm cảm 3 vòng (TCA)** ngoài việc được dùng trong điều trị trầm cảm, thuốc còn có chỉ định điều trị đau do nguyên nhân thần kinh (đau dây thần kinh, tổn thương dây thần kinh ngoại biên,...). Hầu hết các TCA đều có thời gian bán hủy tương đối dài. Điều này có thể dẫn đến sự tích lũy và tăng nguy cơ tác dụng phụ do khả năng đào thải chưa hoàn thiện của trẻ, đặc biệt là trong thời kỳ sơ sinh. Tuy nhiên, phần lớn trẻ sơ sinh có phơi nhiễm trong các nghiên cứu đã công bố, không có tác dụng phụ nào được báo cáo. Ngoài ra, các thuốc TCA có quá trình chuyển hóa lần đầu nên lượng thực tế mà trẻ sơ sinh hấp thụ sẽ ít hơn đáng kể so với nồng độ trong sữa mẹ. **Imipramine** và **nortriptyline** là các thuốc chống trầm cảm ba vòng được lựa chọn trong thời kỳ cho con bú <sup>(7)</sup>.

Tóm lại, lựa chọn thuốc giảm đau trong thời kỳ cho con bú, cần cân nhắc dựa trên lợi ích – nguy cơ. Trong đó, **paracetamol** là lựa chọn đầu tay; **ibuprofen** và **diclofenac** là những lựa chọn ưu tiên của nhóm NSAID do được sử dụng rộng rãi an toàn trong thời kỳ cho con bú trong thực hành lâm sàng. Nếu cần sử dụng chất ức chế COX-2, lựa chọn ưu tiên là **celecoxib** <sup>(6)</sup>. Trong những trường hợp đau vừa đến nặng, có thể sử dụng nhóm opioid, nhưng dùng ở liều thấp nhất có hiệu quả và được kê đơn trong thời gian ngắn nhất. Đối với các trường hợp đau do nguyên nhân thần kinh, có thể sử dụng các thuốc chống trầm cảm 3 vòng.

Trong đó:

- Tỷ lệ giữa Nồng độ thuốc trong sữa mẹ/Nồng độ thuốc trong huyết tương mẹ:

$$MP = (AUC \text{ sữa}) / (AUC \text{ huyết tương})$$

(Nếu MP > 1: thuốc có khuynh hướng tập trung vào sữa)

- Liều lượng tuyệt đối cho trẻ sơ sinh (Liều thuốc mà trẻ nhận được):

$$AID (\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ngày}) = C \text{ sữa} \cdot V \text{ sữa trẻ bú}$$

- Liều lượng tương đối cho trẻ sơ sinh:

$$RID = (AID (\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ngày})) / (\text{Liều của mẹ } (\mu\text{g}/\text{kg}/\text{ngày}))$$

(Nếu RID < 10%, thuốc ít có nguy cơ gây hại cho trẻ)

Phân loại Hale's 2019	L1 - Compatible: Tương thích
	L2 - Probably Compatible: Có thể tương thích (đã có nghiên cứu trên số lượng nhất định phụ nữ cho con bú)
	L3 - Probably Compatible: Có thể tương thích (không có nghiên cứu trên phụ nữ cho con bú, chỉ dùng khi lợi ích vượt trội hơn nguy cơ)
	L4 - Potentially Hazardous: Có khả năng nguy hại
	L5 - Hazardous: Nguy hại, thuốc chống chỉ định với phụ nữ đang cho con bú
Phân loại Brigg's 2017	Compatible: Tương thích
	No (Limited) Human Data - Probably Compatible: Dữ liệu còn hạn chế - có khả năng tương thích
	No (Limited) Human Data - Potential Toxicity: Dữ liệu còn hạn chế - có khả năng có độc tính
	Human Data Suggest Potential Toxicity: Dữ liệu trên người cho thấy có độc tính tiềm ẩn
	Contraindicated: Chống chỉ định

### ***Tài liệu tham khảo***

1. Dược lâm sàng đại cương, Nhà xuất bản Y học, 2019
2. Thomas W. Hale (2019), Hale's Medications & Mothers' Milk, Eighteenth Edition.
3. Cơ sở dữ liệu Uptodate, truy cập ngày 08/3/2023
4. Melanie Bloor 1, Michael Paech (2013), Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the initiation of lactation
5. Gerald G.Briggs, Roger K. Freeman et al (2017), Drugs in Pregnancy and Lactation, Eleventh Edition.



6. <https://www.sps.nhs.uk/articles/safety-in-lactation-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs/>
7. <https://www.sps.nhs.uk/articles/using-tricyclic-antidepressants-during-breastfeeding/>

## 2. Các phản ứng có hại của kháng sinh nhóm Fluoroquinolon

Fluoroquinolon là kháng sinh được sử dụng trong điều trị nhiễm khuẩn nghiêm trọng. Tương tự các thuốc khác, nhóm thuốc này có các phản ứng có hại. Một số phản ứng nghiêm trọng và không hồi phục như tổn thương thần kinh (bệnh thần kinh ngoại biên), rối loạn tâm thần, bệnh cơ xương (đau nhức các khớp, viêm hoặc đứt gân, đau yếu cơ).

Các hoạt chất của nhóm kháng sinh này bao gồm:

- *Ciprofloxacin*
- *Levofloxacin*
- *Ofloxacin*
- *Norfloxacin*
- *Moxifloxacin*
- *Lomefloxacin*
- *Delafloxacin*

### Fluoroquinolon được sử dụng trong trường hợp nào?

Fluoroquinolon được chỉ định trong điều trị một số loại nhiễm khuẩn nghiêm trọng, một số có thể đe dọa tính mạng. Nhóm kháng sinh này chỉ nên sử dụng khi thật sự cần thiết.

Fluoroquinolon không nên được chỉ định trong:

- Điều trị nhiễm khuẩn không nghiêm trọng hoặc có thể tự khỏi (self-limiting).
- Dự phòng tiêu chảy du lịch hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới tái phát.
- Điều trị nhiễm khuẩn không do vi khuẩn, như viêm tuyến tiền liệt mãn tính không do vi khuẩn
- Điều trị nhiễm khuẩn nhẹ đến trung bình (viêm bàng quang không biến chứng, đợt cấp viêm phế quản mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính COPD, viêm xoang cấp tính do vi khuẩn và viêm tai giữa cấp tính)
- Bệnh nhân gặp các phản ứng có hại nghiêm trọng khi sử dụng kháng sinh

quinolon/fluoroquinolon.

Hạn chế chỉ định đã được đưa ra từ năm 2019, sau khi đánh giá lại các phản ứng có hại nghiêm trọng của fluoroquinolon tại châu Âu.

Tuy nhiên, fluoroquinolon vẫn cần thiết trong một số trường hợp, và việc không sử dụng fluoroquinolon có thể không tối ưu trong điều trị cho bệnh nhân.

Cuối cùng, cần sử dụng hợp lý fluoroquinolon theo Hướng dẫn điều trị. Cần xem xét tiền sử sử dụng kháng sinh của bệnh nhân và tuân thủ chỉ định nghiêm ngặt.

Trên trẻ em, chỉ sử dụng fluoroquinolon cho nhiễm khuẩn đã xác định căn nguyên và đã hội chẩn bác sĩ nhi khoa truyền nhiễm.

### **Các phản ứng có hại tiềm ẩn của Fluoroquinolon là gì?**

Việc sử dụng fluoroquinolon có thể liên quan đến một số phản ứng có hại nghiêm trọng và không hồi phục.

Trước khi sử dụng fluoroquinolon, bệnh nhân cần được thông tin đầy đủ về các phản ứng có hại tiềm ẩn của nhóm kháng sinh này.

Tùy vào từng trường hợp, bệnh nhân cần khám tổng quát để hiểu rõ hơn về phản ứng có hại đang gặp phải, do chúng có thể liên quan đến các thuốc đang sử dụng.

#### **1. Tổn thương gân**

Tổn thương gân là gân bị viêm và yếu có thể dẫn tới đứt gân. Tổn thương này có thể có ở mọi gân (vai, cùi chỏ, đầu gối, hông), đặc biệt gân Achilles (ở gót chân/ mắt cá chân) dễ gặp tổn thương nhất.

Tổn thương gân gây đau đớn khi vận động (co và giãn cơ), sờ thấy gân dày lên hoặc có cục ở gân.

Tránh sử dụng đồng thời corticosteroid và fluoroquinolon do tăng nguy cơ tổn thương gân.

Cần thận trọng khi sử dụng thuốc trên người cao tuổi, bệnh nhân suy giảm chức năng thận, bệnh nhân ghép tạng, người vận động thể thao mạnh hoặc vận động trở lại sau khi nằm quá lâu, do nguy cơ viêm gân và đứt gân cao hơn trên những đối tượng này.

#### **2. Rối loạn tim mạch**

##### *Loạn nhịp tim*

Fluoroquinolon có thể gây loạn nhịp tim, có thể thấy qua điện tâm đồ (kéo dài khoảng QT). Triệu chứng là đánh trống ngực, cảm giác tim đập nhanh hoặc loạn nhịp tim.

##### *Phình động mạch và bóc tách động mạch chủ*

Đây là những rối loạn nghiêm trọng nhưng hiếm gặp, với triệu chứng là đau nhói và dữ dội vùng bụng, ngực hoặc lưng.

Các yếu tố tiên lượng hình thành động mạch và bóc tách động mạch chủ bao gồm tiền sử gia đình mắc chứng hình thành động mạch hoặc tiền sử từng mắc, hội chứng Marfan, hội chứng mạch máu Ehlers-Danlos, viêm động mạch Takayasu, viêm động mạch tế bào khổng lồ (bệnh Horton), bệnh Behçet, tăng huyết áp và xơ vữa động mạch.

Với những bệnh nhân có nguy cơ hình thành động mạch và bóc tách động mạch chủ, chỉ sử dụng Fluoroquinolon sau khi đã đánh giá kỹ lợi ích/ nguy cơ và cân nhắc các thuốc thay thế.

#### *Hở van và/ hoặc suy van tim*

Fluoroquinolon có thể làm tăng nguy cơ hở van/ suy van tim.

Triệu chứng gồm khó thở, đặc biệt khi nằm xuống, sưng phù mắt cá chân, bàn chân hoặc vùng bụng.

Những yếu tố nguy cơ gồm bệnh van tim bẩm sinh, bệnh mô liên kết (hội chứng Marfan hoặc hội chứng Ehlers-Danlos), hội chứng Turner, bệnh Behçet, tăng huyết áp, viêm khớp dạng thấp và nhiễm khuẩn nội tâm mạc.

Với những bệnh nhân có nguy cơ hở van/ suy van tim, chỉ sử dụng Fluoroquinolon sau khi đã đánh giá kỹ lợi ích/ nguy cơ và cân nhắc các thuốc thay thế.

### **3. Bệnh thần kinh ngoại biên (tổn thương thần kinh)**

Bệnh thần kinh ngoại biên là tổn thương thần kinh vận động hoặc cảm giác liên kết với thần kinh trung ương (não và tủy sống). Triệu chứng gồm cảm giác bỏng rát, ngứa ran, đau hoặc tê tay chân.

### **4. Bệnh nhạy cảm ánh sáng**

Đây là phản ứng trên da xuất hiện dưới ánh nắng mặt trời hoặc tia cực tím trong quá trình điều trị và sẽ hết sau vài ngày. Để tránh những triệu chứng trên, bệnh nhân cần tránh ánh nắng mặt trời (sử dụng quần áo, mũ,...) và tránh tia cực tím nhân tạo (đèn tắm nắng, nhà tắm nắng).

### **5. Bệnh thần kinh – tâm thần**

Các phản ứng có hại nghiêm trọng gồm lú lẫn, mất phương hướng, rối loạn giác quan (giảm thị giác, vị giác, khứu giác và thính giác), đau đầu, choáng váng, thậm chí ngã (với người cao tuổi), vấn đề hành vi, trầm cảm, vấn đề trí nhớ, mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng.



## **Thời gian khởi phát và kéo dài của phản ứng có hại**

Thời gian khởi phát và kéo dài của phản ứng có hại phụ thuộc vào loại phản ứng và từng người bệnh.

Triệu chứng có thể xuất hiện sau 48 giờ điều trị và kéo dài nhiều tháng sau khi đã ngừng thuốc.

Thời gian kéo dài của mỗi phản ứng có hại khác nhau giữa các bệnh nhân. Nhiều phản ứng có hại có thể còn sau khi đã ngừng điều trị, tuy nhiên phần lớn mất đi.

## **Cần làm gì khi gặp phản ứng có hại?**

Bệnh nhân và người chăm sóc cần được thông báo về nguy cơ gặp phản ứng có hại nghiêm trọng khi được kê đơn và cấp phát thuốc Fluoroquinolon.

Bệnh nhân nên đọc tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc và thảo luận thắc mắc với bác sĩ.

Cần liên hệ với bác sĩ ngay khi xuất hiện những triệu chứng sau:

- Sưng đau các gân hoặc khớp
- Đau bất thường và/ hoặc yếu tay chân
- Đánh trống ngực, cảm giác loạn nhịp tim hoặc nhịp tim nhanh
- Khó thở, sưng phù chân
- Giảm thị lực hoặc có bất kỳ rối loạn thị giác
- Mẩn đỏ, kích ứng, ngứa da, đặc biệt khi dưới ánh nắng mặt trời hoặc tia cực tím nhân tạo (đèn tắm nắng, nhà tắm nắng,...)
- Khi xuất hiện đau nhói và dữ dội vùng bụng, ngực hoặc lưng, cần đến bệnh viện ngay lập tức.

## **Lưu ý:**

Điều trị một số loại nhiễm khuẩn có thể bắt buộc sử dụng fluoroquinolon.

Tuy nhiên, nhóm thuốc này chỉ được kê sau khi đã đánh giá kỹ lợi ích và nguy cơ gặp phản ứng có hại, và sau khi đã thông tin cho bệnh nhân.

Nhân viên y tế và bệnh nhân cần lưu ý thận trọng khi sử dụng fluoroquinolon, cũng như những dấu hiệu cảnh báo, cần làm gì khi thấy triệu chứng tiềm tàng của các phản ứng nghiêm trọng. Một số trường hợp hiếm gặp cần có trợ giúp y tế khẩn cấp.

***Nguồn: Dossier thématique - Fluoroquinolones - ANSM (sante.fr)***

## CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

### Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh

#### Triệu chứng:

Tiêu chảy là một tác dụng phụ thường gặp khi điều trị bằng kháng sinh. Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh được định nghĩa là đi tiêu phân lỏng ít nhất 3 lần mỗi ngày <sup>(2)</sup>. Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh xảy ra sớm ở khoảng 5-30% bệnh nhân trong quá trình điều trị bằng kháng sinh hoặc đến 2 tháng sau khi kết thúc điều trị <sup>(1)</sup>.

Các biểu hiện lâm sàng của tiêu chảy liên quan đến kháng sinh bao gồm từ tiêu chảy nhẹ đến viêm đại tràng giả mạc tối cấp. Viêm đại tràng giả mạc với các triệu chứng đặc trưng như tiêu phân lỏng, đi tiêu thường xuyên hơn, sốt (gặp trong 80% trường hợp), tăng bạch cầu (80%) và sự hiện diện của giả mạc khi kiểm tra nội soi <sup>(1)</sup>.

#### Các thuốc kháng sinh dễ gây tiêu chảy

Hầu như tất cả các loại kháng sinh, đặc biệt là những loại tác động lên vi khuẩn kỵ khí, đều có thể gây tiêu chảy, nhưng hay gặp nhất là các nhóm: penicillin kết hợp với beta-lactamase, cephalosporin thế hệ 2/3/4, carbapenem, fluoroquinolon và clindamycin <sup>(1),(3),(4),(5)</sup>.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tiêu chảy do kháng sinh bao gồm: trên 65 tuổi, suy giảm miễn dịch, thời gian nằm trong phòng chăm sóc đặc biệt hoặc nằm viện kéo dài <sup>(1)</sup>.

#### Nhiễm trùng do *Clostridioides difficile* (tên cũ *Clostridium difficile*)

Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là hậu quả của sự phá vỡ hệ vi sinh bình thường của ruột do kháng sinh. Hệ vi sinh vật này, bao gồm  $10^{11}$  vi khuẩn trên mỗi gam chất trong ruột, tạo thành một hệ sinh thái ổn định cho phép loại bỏ các sinh vật ngoại sinh. Thuốc kháng sinh làm xáo trộn thành phần và chức năng của hệ sinh vật này và tạo điều kiện cho sự phát triển quá mức của các vi sinh vật gây tiêu chảy. Kể từ khi được phát hiện vào năm 1978, trực khuẩn kỵ khí gram dương *Clostridium difficile* (C. diff) đã nổi lên như tác nhân gây bệnh đường ruột chính, gây tiêu chảy do kháng sinh. Loại vi khuẩn hình thành bào tử kỵ khí này chiếm 10-25% các trường hợp tiêu chảy liên quan đến kháng sinh và hầu như tất cả các trường hợp viêm đại tràng giả mạc <sup>(1)</sup>.

#### **Bảng 1. Các kháng sinh có thể gây tiêu chảy và viêm đại tràng do C.diff <sup>(3),(4)</sup>**

Thường xuyên gặp	Thỉnh thoảng gặp	Hiếm khi gặp
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fluoroquinolones</li> <li>Clindamycin</li> <li>Penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase (phổ rộng)</li> <li>Cephalosporin (TH 2/3/4)</li> <li>Carbapenem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrolide</li> <li>Penicillin (phổ hẹp)</li> <li>Cephalosporin (TH1)</li> <li>Trimethoprim-sulfamethoxazol</li> <li>Sulfonamid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aminoglycosid</li> <li>Tetracyclin</li> <li>Tigecyclin</li> <li>Cloramphenicol</li> <li>Metronidazol</li> <li>Vancomycin</li> <li>Nitrofurantoin</li> </ul>

### Các giai đoạn lâm sàng của nhiễm trùng do *C. difficile* <sup>(2)</sup>

Bệnh nhẹ đến trung bình: bạch cầu < 15.000, creatinin huyết thanh không tăng

Bệnh nặng: bạch cầu > 15.000, creatinin huyết thanh tăng > 50%, điểm Zar  $\geq 2$






**Bảng 2. Bảng tính điểm Zar**

Hệ số điểm Zar	Điểm
Tuổi > 60	1
Nhiệt độ cơ thể > 38,3°C	1
Albumin < 25 g/L	1
Bạch cầu > 15.000	1
Bảng chứng nội soi của viêm đại tràng giả mạc	2
Đang điều trị trong ICU	2


**Hình 1. Tóm tắt về C. diff (5)**

**Cần nhắc nguy cơ nhiễm C.diff của bệnh nhân trước khi kê thuốc kháng sinh**

**C.diff có thể ảnh hưởng đến bất kỳ ai, đặc biệt là những người có các yếu tố nguy cơ sau:**

-  **Sử dụng kháng sinh**
-  **Thời gian nằm viện hoặc viện dưỡng lão dài ngày**
-  **Tiền sử đã nhiễm C.diff**
-  **Suy giảm miễn dịch**
-  **65+** **Cao tuổi**

**Các loại kháng sinh nguy cơ cao khiến bệnh nhân dễ bị nhiễm C.diff bao gồm:**

-  **Clindamycin**
- Fluoroquinolones** (e.g., ciprofloxacin, levofloxacin)
- Third/fourth generation cephalosporins** (e.g., cefepime, ceftriaxone, cefdinir, cefixime)

**Tối ưu hóa liệu pháp kháng sinh để giảm thiểu nguy cơ nhiễm C.diff:**

- Kê kháng sinh nhằm mục tiêu và an toàn nhất (Ở những bệnh nhân có tiền sử nhiễm C.diff, tránh sử dụng các nhóm kháng sinh có nguy cơ cao khi có nhóm khác điều trị hiệu quả. Cần lưu ý tiền sử dị ứng (penicillin), xác định xem bệnh nhân có thực sự dị ứng hay không để giảm việc sử dụng kháng sinh có nguy cơ cao.
- Tối ưu thời gian sử dụng kháng sinh.
- Đánh giá lại liệu pháp kháng sinh dựa trên đáp ứng lâm sàng và kết quả nuôi cấy vi sinh.

## Điều trị

Trong trường hợp tiêu chảy nhẹ đến trung bình, các biện pháp thông thường bao gồm bù nước hoặc ngừng tác nhân kích thích, tránh dùng các kháng sinh có nguy cơ cao như: clindamycin, cephalosporin, carbapenem, flouroquinolon... hoặc thay thế bằng kháng sinh có nguy cơ gây tiêu chảy thấp hơn, chẳng hạn như co-trimoxazole hoặc aminoglycoside. Trong 22% trường hợp tiêu chảy liên quan đến C. diff, việc ngừng tác nhân kích thích sẽ giúp giải quyết các triệu chứng lâm sàng trong ba ngày <sup>(1)</sup>.

Trong trường hợp tiêu chảy nặng hoặc kéo dài liên quan đến kháng sinh, cần xác định nguyên nhân có liên quan đến C. diff không, vì đây là mầm bệnh phổ biến nhất có thể xác định và điều trị được. Chẩn đoán dựa vào việc phát hiện độc tố A hoặc B trong phân. Xét nghiệm nuôi cấy mô là tiêu chuẩn vàng, mặc dù tốn thời gian. Xét nghiệm miễn dịch enzym đối với độc tố A hoặc B có độ đặc hiệu tốt, nhưng tỷ lệ âm tính giả là 10-20% <sup>(1)</sup>.

Nên tránh sử dụng các chất kháng nhu động ruột vì nguy cơ lưu giữ chất độc trong ruột. Khoảng 20% bệnh nhân bị tiêu chảy liên quan đến *C difficile* sẽ tái phát. Hầu hết bệnh nhân sẽ đáp ứng với một đợt điều trị của metronidazole hoặc vancomycin, nhưng 5% sẽ bị tái phát nhiều lần <sup>(1)</sup>.

Biện pháp chính để ngăn ngừa tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là hạn chế sử dụng kháng sinh. Probiotic (*Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Saccharomyces boulardii*...) có tác dụng ngăn ngừa tiêu chảy <sup>(1)</sup>.

Các thuốc điều trị <sup>(2)</sup>:

- Bệnh nhẹ hoặc trung bình:

Fidaxomicin 200mg uống 2 lần/ngày x 10 ngày (đắt tiền, chưa có ở Việt Nam)

Vancomycin 125mg uống 1 lần/ngày x 10 ngày

- Bệnh nặng:

Vancomycin 500mg uống 4 lần/ngày x 10 ngày +/- Metronidazol 500mg IV x 3 lần/ngày (đặc biệt nếu có tắc ruột: Vancomycin 500mg pha trong 100ml nước muối sinh lý đường trực tràng x 4 lần/ngày)

\* Các thuốc điều trị thay thế (khi hạn chế về khả năng cung ứng Fidaxomicin và Vancomycin uống):

- Bệnh nhẹ: Metronidazol 500mg x 3 lần/ngày

- Bệnh nặng: tránh dùng Metronidazol vì tử lệ tử vong cao hơn vancomycin.

Thông thường thời gian điều trị 10 ngày, có thể kéo dài đến 14 ngày nếu chưa đáp ứng tốt.

Rửa tay bằng xà phòng và nước có hiệu quả hơn trong việc loại bỏ các bào tử so với chất vệ sinh tay có cồn <sup>(2)</sup>.

### Tài liệu tham khảo

(1) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123310/>

Barbut, F. and Meynard, J.L., 2002. Managing antibiotic associated diarrhoea: Probiotics may help in prevention. *Bmj*, 324(7350), pp.1345-1346.

(2) *Clostridioides difficile*, *C. diff*, Sanford Guide, updated Jan 17, 2023.



(3) Kelly, C.P. and Khanna, S., 2021. Antibiotic-associated diarrhea and clostridioides difficile infection. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier.

(4) Dược thư quốc gia Việt Nam 2018.

(5) <https://www.cdc.gov/cdiff/clinicians/faq.html#settingsa>

## CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

### NHỮNG TIẾN BỘ MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY Ở TRẺ EM

#### Tóm tắt

Trong những năm gần đây nhờ những nghiên cứu mới về phân loại mất nước và điều trị, đặc biệt là sử dụng Oresol với độ thẩm thấu thấp và việc bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy cấp đã đem lại những kết quả rất đáng khích lệ và là một cuộc cải cách lớn trong điều trị tiêu chảy đã được Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo gần đây.

#### Nội dung bài

#### TIÊU CHẢY LÀ GÌ

Tiêu chảy là triệu chứng có thể xảy ra do rối loạn chức năng tiêu hóa, hấp thu và bài tiết của ống tiêu hoá. Tiêu chảy được xác định khi trẻ đi ngoài phân lỏng, nhiều nước từ 3 lần/ngày trở lên. Tuy vậy ở trẻ em do chức năng của đại tràng chưa ổn định nên có thể có một số trẻ nhỏ còn bú 2-3 ngày mới đi ngoài 1 lần phân rắn và một số trẻ khác thì đi ngoài từ 5-8 lần/ ngày, mỗi lần đi ra một ít phân, mềm hoặc hơi lỏng vẫn là bình thường. Vì vậy khi muốn xác định xem trẻ có bị tiêu chảy hay không thì điều quan trọng là phải xem xét thêm các yếu tố sau ngoài số lần đi ỉa trong ngày đó là:

- Tăng số lần đi ngoài đột ngột
- Thay đổi độ đặc, rắn của phân và tăng lượng dịch trong phân
- Thay đổi màu sắc và tính chất phân như phân có nhày hoặc máu

Tiêu chảy có thể xảy ra cấp tính hoặc mãn tính do viêm hoặc không do viêm. Nếu tiêu chảy giới hạn trong thời gian dưới 2 tuần là tiêu chảy cấp còn nếu kéo dài từ 2 tuần trở lên là tiêu chảy kéo dài.

## NGUYÊN NHÂN

Khi các tác nhân gây tiêu chảy xâm nhập vào đường tiêu hoá sẽ sản xuất ra các độc tố ruột (enterotoxin) kích thích tiết các chất điện giải, xâm lấn trực tiếp và phá huỷ các tế bào biểu mô niêm mạc ruột gây viêm tại ruột và toàn thân. Có thể chia nguyên nhân gây tiêu chảy ra làm 3 nhóm chính

### \* *Do virus*

– Rotavirus là nguyên nhân gây bệnh hàng đầu ở trẻ em chiếm từ 20-40% tại các nước nhiệt đới và 40-60% tại các nước ôn đới<sup>(9;11)</sup>. Ở nước ta tỷ lệ này tại bệnh viện cũng tăng lên rõ rệt từ 21,5%-28,1% (1983-1984) lên đến 53,7-68,8 (2001). Còn tại cộng đồng tỷ lệ này là 17,9-19% lên tới 25%<sup>(2;3)</sup>.

– Các virus khác cũng là nguyên nhân gây tiêu chảy cấp nhưng chưa được nghiên cứu nhiều là : Adenovirus, Mowwalkvirus, Coronavirus, Picornavirus<sup>(4)</sup>

### \* *Vi khuẩn*

– *E. coli* là loại vi khuẩn gây bệnh đứng hàng đầu ở nước ta chiếm 24,9% với đủ cả 5 loại type huyết thanh trong đó nhiều nhất là EAEC 10,5-15%<sup>(2)</sup>.

– Shigella là loại vi khuẩn đứng hàng thứ hai chiếm tỷ lệ từ 3,8-12,7% trong đó 2 nhóm hay gặp nhất là *S. flexneri* và *S. sonnei*<sup>(2;4)</sup>.

– *Campylobacter jejuni* là loại vi khuẩn đứng hàng thứ ba chiếm tỷ lệ 7-10%

– Salmonella chiếm tỷ lệ thấp từ 0,8-1,3%<sup>(2;4)</sup>.

– Vi khuẩn tả (*Vibrio cholerae*) thường gây thành dịch lớn rất nguy hiểm

### \* *Ký sinh trùng*

*Entamoeba histolytica* là tác nhân chủ yếu gây bệnh lỵ a míp. Ngoài ra còn có *Giardia lamblia* và *Crypto sporidium*.



## BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tiêu chảy nhiều lần, phân lỏng, có thể có nhầy mũi hoặc máu tùy từng trường hợp. Nôn có thể xảy ra ở một số trẻ và rất thường gặp trong tiêu chảy do rotavirus và do bệnh tả. Phân có máu mũi thường gặp trong bệnh lỵ trực khuẩn. Đau bụng hoặc bụng hơi chướng có thể cũng gặp ở một số trẻ. Sốt cũng có thể gặp nhưng thường chỉ xảy ra trong một vài ngày đầu của bệnh. Nếu đi ngoài qua nhiều lần, một số trẻ có thể có hăm loét đỏ ở vùng quanh hậu môn. Nếu tình trạng bệnh kéo dài sẽ gây rối loạn hấp thu và làm trẻ suy dinh dưỡng.

Mất nước và điện giải là biến chứng nặng hay gặp và là lý do chủ yếu có thể làm trẻ tử vong. Do đó khi gặp bệnh nhi bị tiêu chảy cấp, trước hết phải được đánh giá tình trạng mất nước. Đánh giá tình trạng mất nước cần dựa vào việc quan sát và phát hiện các dấu hiệu và triệu chứng sau:

- Tình trạng chung của trẻ là tỉnh táo hay vật vã, kích thích hay li bì, khó đánh thức hoặc hôn mê.
- Mắt trẻ bình thường hay có trũng xuống không
- Trẻ có khát nước không? Trẻ không khát, uống bình thường hay khát, uống háo hức hoặc uống kém, không thể uống được
- Khám nếp véo da bằng cách dùng hai ngón tay cái và trở véo da vùng bụng của trẻ xem nếp véo da có mất nhanh hay mất chậm hoặc mất rất chậm (trên 2 giây). Sau đó đánh giá mất nước dựa vào bảng sau<sup>(1)</sup>

*Bảng 1: Phân loại độ mất nước trong tiêu chảy*

<p>Có từ hai dấu hiệu sau trở lên</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Li bì khó đánh thức</li> <li>2. Mắt trũng</li> <li>3. Không uống được hoặc uống kém</li> <li>4. Nếp véo da mất rất chậm</li> </ol>	MẤT NƯỚC NẶNG
<p>Có từ 2 dấu hiệu sau trở lên</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vật vã, kích thích</li> <li>2. Mắt trũng</li> <li>3. Uống háo hức, khát</li> <li>4. Nếp véo da mất chậm</li> </ol>	CÓ MẤT NƯỚC
<p>Không đủ các dấu hiệu trên để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng</p>	KHÔNG MẤT NƯỚC

**ĐIỀU TRỊ****Phác đồ A – Điều trị tiêu chảy tại nhà**

Hướng dẫn bà mẹ 3 nguyên tắc điều trị tiêu chảy tại nhà là:

**\* Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường**

Tốt nhất là uống Oresol (ORS). Hiện nay có nhiều loại gói và viên Oresol khác nhau. Có loại pha trong 200ml, có loại pha trong 250 ml, có loại pha trong 1lít nước. Có loại có mùi vị cam hoặc mùi nước dừa cho trẻ dễ uống v.v... Vì vậy cần phải chuẩn bị dụng cụ đựng nước cho phù hợp với các hướng dẫn ghi trên gói Oresol. Rửa tay trước khi pha Oresol và sử dụng các dụng cụ sạch để đựng. Dung dịch Oresol đã pha chỉ dùng trong 24 giờ. Khi cho trẻ uống Oresol cần chú ý:

- Với trẻ dưới 2 tuổi cho uống từng thìa nhỏ cách nhau 1-2 phút.
- Trẻ lớn hơn cho uống từng ngụm bằng cốc.

– Nếu trẻ nôn, đợi 10 phút sau đó uống chậm hơn. Ví dụ: cho uống từng thìa cách nhau 2- 3 phút.

Liều lượng Oresol của trẻ được tính theo bảng sau:

*Bảng 2: Liều lượng uống Oresol*

<b>Tuổi</b>	<b>Lượng ORS uống sau mỗi lần đi ngoài</b>	<b>Lượng ORS cần cung cấp để dùng tại nhà</b>
Dưới 24 tháng	50-100ml	500ml/ngày
2 – 10 tuổi	100- 200ml	1000ml/ ngày
10 tuổi trở lên	Uống theo nhu cầu	2000ml/ ngày

Nếu không có Oresol thì có thể cho trẻ uống nước cháo, nước đun sôi để nguội hoặc các loại nước sạch khác như nước dừa hoặc nước hoa quả tươi khác nhưng không được pha thêm đường.

Cần chú ý không cho trẻ uống các loại nước giải khát có đường pha chế sẵn vì sẽ làm trẻ tiêu chảy nhiều hơn

**\* Tiếp tục cho trẻ ăn**

Tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ nếu trẻ còn đang bú mẹ. Nếu trẻ không được bú sữa mẹ thì cho ăn như thường lệ. Thức ăn cần được nấu kỹ hoặc nghiền nhỏ. Nếu trẻ đang uống sữa bột thì nên chuyển sang loại sữa dành riêng cho trẻ tiêu chảy không có đường Lactose như sữa Enfalac Lactofree chẳng hạn

**\*Đưa trẻ tới khám lại**



Cần đưa trẻ đến khám lại nếu sau 3 ngày không đỡ hoặc có một trong các triệu chứng như: đi ngoài nhiều lần hơn, phân nhiều nước, nôn liên tục, khát nhiều, ăn hoặc uống kém, sốt hoặc có máu trong phân.

### Phác đồ B – Điều trị có mất nước

Các trẻ tiêu chảy có mất nước cần được điều trị và chăm sóc tại cơ sở y tế để bù nước và điện giải trong 4 giờ đầu theo bảng sau:

*Bảng 3: Lượng dung dịch ORS cho uống trong 4 giờ đầu*

Tuổi	< 4 tháng	4-11 th	12-23 th	2- 4 tuổi	5-14 tuổi
Cân nặng (kg)	<6	6 – <10	10 – <12	12-19	20 trở lên
Lượng dịch (ml)	200-400	400-700	700-900	900-1400	1400-2200

- Chỉ sử dụng tuổi của bệnh nhân để tính lượng dịch cần bù khi không biết cân nặng. Lượng dung dịch ORS (ml) cũng có thể tính bằng cách nhân trọng lượng cơ thể của bệnh nhân (kg) với 75.
- Quan sát trẻ cẩn thận và giúp người mẹ cho trẻ uống ORS

Sau 4 giờ đánh giá lại độ mất nước rồi chọn phác đồ A, B hay C để điều trị tiếp.

Nếu người mẹ cần phải về trước khi kết thúc phác đồ điều trị B:

- Hướng dẫn người mẹ cho trẻ uống hết lượng ORS
- Đưa cho người mẹ số gói ORS đủ để hoàn thành việc bù nước và điều trị thêm 2 ngày như hướng dẫn trong phác đồ A.
- Hướng dẫn người mẹ cách pha dung dịch ORS

- Giải thích cho người mẹ 3 nguyên tắc điều trị trong phác đồ A để điều trị trẻ tại nhà.

**Nguồn:** <http://magazine.canhgiacduoc.org.vn/Magazine/Details/8> /Trung tâm DI & ADR quốc gia

## CẢNH GIÁC DƯỢC

### **Corticosteroid tác dụng tại chỗ và nguy cơ tổn thương da khi ngừng thuốc**

Corticoid tác dụng tại chỗ (TCS) được sử dụng để làm giảm các triệu chứng viêm, ngứa trong nhiều bệnh lý da liễu, trong đó có eczema và vẩy nến. TCS được cấp phép sử dụng ở nhiều nơi bao gồm betamethason, clobetasol, desonid, diflucortolon, fluocinolon, fluticason, hydrocortison, mometason và triamcinolon. Theo HSA, hiện nay đã phát hiện nhiều trường hợp trộn corticoid vào trong các mỹ phẩm làm trắng da lan tràn trên thị trường.

### **Tổn thương da khi ngừng steroid tại chỗ (TSW)**

Tổn thương da khi ngừng steroid tại chỗ (TSW) bao gồm nhiều triệu chứng kết hợp như lệ thuộc vào corticoid, hội chứng đỏ da, viêm da do steroid. Nhiều ý kiến cho rằng TSW phát sinh từ việc lệ thuộc vào corticoid tại chỗ, đặc biệt trong các trường hợp tăng liều, tăng tần suất sử dụng cũng như sử dụng trong thời gian dài. Các biểu hiện trên da sẽ trở nên trầm trọng hơn khi ngừng corticoid tại chỗ và có thể lan rộng với nhiều hình thái tổn thương khác nhau so với tình trạng da ban đầu.

Các tổng quan hệ thống đã đối chiếu và mô tả các đặc điểm lâm sàng của TSW từ các báo cáo ca, chuỗi ca và nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được công bố. TSW chủ yếu ảnh hưởng đến vùng mặt, bộ phận sinh dục, với các triệu chứng bao gồm ngứa, bỏng rát và châm chích. Thời gian sử dụng TCS trong phần lớn các trường hợp được ghi nhận đều từ 6 tháng trở lên và thời gian khởi phát TSW trong khoảng vài ngày đến vài tháng sau khi ngừng sử dụng TCS. Có hai biểu hiện lâm sàng khác biệt của TSW:

- Tình trạng ban đỏ, phù nề, nóng rát xuất hiện thường xuyên hơn ở những bệnh nhân eczema/viêm da cơ địa.
- Tình trạng sẩn mụn xuất hiện ở những bệnh nhân sử dụng TCS với mục đích làm đẹp (VD: các loại kem làm trắng da có trộn corticoid trên thị trường)

Các nghiên cứu kết luận rằng TSW có khả năng là tác dụng không mong muốn của việc sử dụng TCS thường xuyên, kéo dài và không phù hợp. Tuy nhiên, bằng chứng thu nhận được (VD từ các nghiên cứu quan sát) chưa có độ tin cậy cao và có thể có nguy cơ sai lệch, cần có thêm các nghiên cứu được thiết kế tốt hơn để hiểu và xác định rõ vấn đề này.

Việc chẩn đoán xác định TSW vẫn là một thách thức do chưa có sự đồng thuận về tiêu chuẩn chẩn đoán cho TSW, đồng thời TSW cũng có những đặc điểm chồng lấp với các bệnh lý khác, như viêm da dị ứng do tiếp xúc và đợt bùng phát lại tình trạng viêm hoặc nhiễm khuẩn trên da đã có từ trước). Thêm vào đó, việc chẩn đoán bằng các thủ thuật (VD: sinh thiết da) thường hạn chế trong việc phân biệt TSW và sự bùng phát của các bệnh lý trên da sẵn có. Các cơ chế được đề xuất bao gồm giãn mạch do tăng nồng độ NO, rối loạn điều hòa các thụ cảm thể (receptor) của glucocorticoid và hiện tượng dung nạp thuốc nhanh (tachyphylaxis). Tuy nhiên, bằng chứng hiện tại còn nhiều hạn chế và chưa thực sự thống nhất.

### **Đánh giá của cơ quan quản lý dược phẩm và các sản phẩm chăm sóc sức khỏe tại Anh (MHRA)**

Năm 2021, MHRA đã thực hiện đánh giá các bằng chứng dựa trên y văn đã được công bố cũng như các ca TSW có liên quan đến sử dụng TCS trong phần lớn các ca bệnh được báo cáo. Cơ quan này đã ghi nhận bằng chứng về TSW có liên quan đến sử dụng TCS liên tục, không hợp lý trong thời gian dài ngày càng gia tăng. Mặc dù MHRA chưa ước tính được tình lệ mắc TSW, tuy nhiên cơ quan này có thể đưa ra đánh giá rằng số lượng báo cáo về các trường hợp bị tổn thương da nghiêm trọng là rất hiếm khi xét đến số lượng bệnh nhân điều trị bằng TCS. Đánh giá này đã đi đến kết luận rằng TCS vẫn là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cho các rối loạn về da khi được sử dụng đúng cách (liều tối thiểu có tác dụng, thời gian sử dụng ngắn hoặc không liên tục trong thời gian kéo dài).

### **Thực trạng và tư vấn của HSA**

Cho đến nay, HSA đã nhận được ba báo cáo về TSW, tất cả đều có liên quan đến việc sử dụng các sản phẩm bôi ngoài da có chứa TCS kéo dài (vài năm). HSA đã đưa ra thông báo nhằm cảnh báo về việc mua và sử dụng các mỹ phẩm (có thể trộn corticoid) trôi nổi trên thị trường và nâng cao nhận thức về nguy cơ của TSW khi sử dụng TCS

kéo dài. HSA cũng đề cập đến vấn đề này trong bản tin cảnh giác được đề thông báo cho các nhân viên y tế về những sản phẩm đó và cảnh giác với các triệu chứng của TSW có thể xuất hiện ở những người sử dụng chúng.

Các bác sĩ nên cân nhắc các thông tin trên khi kê đơn TCS cho bệnh nhân và xem xét nguy cơ TSW ở những bệnh nhân có tiền sử sử dụng TCS liên tục kéo dài khi có dấu hiệu lâm sàng. Khuyến khích các nhân viên y tế báo cáo cho HSA về bất kỳ trường hợp nào nghi ngờ TSW liên quan đến việc sử dụng TCS.

**Nguồn:** <https://www.hsa.gov.sg/announcements/safety-alert/topical-corticosteroids-and-risk-of-topical-steroid-withdrawal>

## GÓC THƯ GIẢN

### Bệnh nhân lo lắng vì thuốc có tác dụng

Một bệnh nhân đến gặp bác sĩ tâm lý rầu rĩ nói:

– Thưa bác sĩ, tôi thấy tình hình mấy hôm nay của mình không được tốt lắm.

Vị bác sĩ từ tốn:

– Anh nói cụ thể xem nào?

– Tôi không còn nghe thấy giọng nói lạ trong đầu như trước nữa.

Bác sĩ ngạc nhiên:

– Đó không phải là tin tốt sao? Điều đó chứng tỏ thuốc tôi kê cho anh đã có tác dụng rồi.

Bệnh nhân thở phào nhẹ nhõm:

– Vậy ư? Vậy mà mấy ngày nay tôi cứ lo lắng hay mình bị điếc rồi!

### Chịu đau giỏi

Đôi vợ chồng nọ đưa nhau đến gặp nha sĩ, người chồng tỏ ý rất vội:

– Càng đơn giản càng tốt, thưa bác sĩ. Không cần phải gây mê hay tiêm thuốc giảm đau gì hết. Ông cứ nhổ phứt cái răng sâu ra là được.

- Nha sĩ thán phục: Giá mà bệnh nhân nào cũng chịu đau giỏi như anh. Nào, chỉ cho tôi chiếc răng sâu!
- Lập tức, ông chồng quay sang vợ: Em yêu, cho bác sĩ xem cái răng sâu đi!

