



BẢN TIN

THÔNG TIN THUỐC

Số 1 - 2025



**Bệnh Viện Đa Khoa Quận Ô Môn
Số 83 CMT8, P. Châu Văn Liêm, Q. Ô Môn, Tp. Cần Thơ**

(Lưu hành nội bộ)

BẢN TIN
THÔNG TIN THUỐC
Năm 2025

BAN TỔ CHỨC

DSCK1 HỒ MINH NHỰT
DS TRẦN THỊ MỸ HẠNH
DS QUẢNG THỊ AN DUNG
DS CHÂU THỊ VÂN ANH
DS NGUYỄN THỊ TRÚC
THẨM

THẨM ĐỊNH BÀI VIẾT

BSCKII LÊ MINH BẠCH
BSCKI VƯƠNG TRUNG LỄ
BSCKI HUỖNH THANH TUẤN
DSCKI PHẠM QUỐC NAM

BỆNH VIỆN ĐA KHOA
QUẬN Ô MÔN

MỤC LỤC

Trang

CHUYÊN MỤC: THÔNG TIN THUỐC MỚI

THUỐC MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ GERD THAY THẾ PPI..... 2
KISUNLA – Thuốc mới điều trị bệnh Alzheimer 4

CHUYÊN MỤC: THÔNG TIN – CẢNH GIÁC DƯỢC

THÔNG TIN CỤC QUẢN LÝ DƯỢC

TỔNG HỢP CÔNG VĂN THU HỒI THUỐC CỦA CỤC QUẢN
LÝ DƯỢC TỪ THÁNG 1/2025 ĐẾN HẾT 6/2025 5

BÁO CÁO ADR

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO ADR NĂM 2024..... 6
TỔNG KẾT BÁO CÁO ADR 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2025 CỦA
BỆNH VIỆN ĐKKV BA TRI..... 10

CẢNH GIÁC DƯỢC

LƯU Ý VỀ PHẢN ỨNG QUÁ MÃN MUỘN TRÊN DA DO
THUỐC CẢN QUANG CHỨA IOD: THÔNG TIN TỪ CƠ QUAN
QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM PHÁP (ANSM) 11

CHUYÊN MỤC: THÔNG TIN KHOA HỌC

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CỦA IDSA TRONG ĐIỀU TRỊ
NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM KHÁNG THUỐC NĂM 2024..... 13

TIN NGẮN THUỐC

CẬP NHẬT CẢNH BÁO ĐẶC BIỆT VỀ TÁC DỤNG KHÔNG
MONG MUỐN TRÊN TÂM THẦN KINH KHI SỬ DỤNG
MONTELUKAST..... 21

LOẠI BỎ CHỈ ĐỊNH GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA CÁC
THUỐC OPIOID DẠNG GIẢI PHÓNG KÉO DÀI: THÔNG TIN
TỪ CƠ QUAN QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM ANH (MHRA)..... 21

ĐIỂM BÁO DINH DƯỠNG

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU OMEGA-3 BẢO VỆ SỨC KHỎE TRÁI TIM
NHƯ THẾ NÀO?..... 24

THUỐC MỚI TRONG ĐIỀU TRỊ GERD THAY THẾ PPI



Thuốc voquezna đã được FDA phê duyệt để điều trị chứng ợ nóng liên quan đến trào ngược dạ dày thực quản (GERD).

Voquezna thuộc nhóm P-CAB. Mặc dù thuốc này đã có từ hơn 30 năm trước, nhưng việc sử dụng lâm sàng hai loại P-CAB là revaprazan và vonoprazan mới chỉ được phê duyệt gần đây ở Hàn Quốc và Nhật Bản, hiện thuốc vẫn chưa có mặt ở thị trường Việt Nam.

Cơ chế tác dụng

- Vonoprazan ức chế sự tiết axit dạ dày cơ bản và bị kích thích ở bề mặt bài tiết của tế bào thành dạ dày thông qua việc ức chế hệ thống enzyme H^+ , K^+ - ATPase theo cách cạnh tranh kali.
- Vonoprazan không cần kích hoạt bằng axit.
- Vonoprazan có thể tập trung có chọn lọc vào tế bào thành ở cả trạng thái nghỉ và trạng thái kích thích.
- Vonoprazan liên kết với các bơm proton hoạt động theo cách không cộng hóa trị và có thể đảo ngược.

Ưu điểm so với PPI

- PPI đã là trụ cột của phương pháp điều trị GERD trong 30 năm qua và chúng có hiệu quả đối với nhiều bệnh nhân. Nhưng để có hiệu quả tốt, PPI phải được dùng 30 phút trước khi ăn hoặc uống và có thể mất vài ngày để nhận thấy hiệu quả đầy đủ của các phương pháp điều trị này. Một số bệnh nhân gặp phải "hiệu ứng hồi phục đáng kể" khi họ ngừng dùng PPI.
- Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy:
 - + Voquezna làm giảm các triệu chứng nhanh hơn PPI và mang lại hiệu quả giảm đau trong vòng 24 giờ.
 - + Thuốc có thể được dùng bất kỳ thời điểm nào trong ngày, bất kể thời gian ăn hay lượng thức ăn nạp vào.
 - + Khi được thử nghiệm với lansoprazole (một PPI thông thường), một thử nghiệm lâm sàng giai đoạn 3 cho thấy, vonoprazan có hiệu quả hơn trong việc duy trì quá trình chữa lành vết loét thực quản.

Voquezna có an toàn không?

Cũng như các loại thuốc khác, vonoprazan cũng có thể gây một số tác dụng phụ bao gồm: Ngoài ra, một số biến chứng hiếm gặp nhưng có khả năng nghiêm trọng của thuốc như:

- Đau dạ dày, đầy hơi và viêm
- Tiêu chảy hoặc táo bón
- Buồn nôn
- Huyết áp cao
- Nhiễm trùng đường tiết niệu...
- Viêm ống thận kẽ cấp tính (tình trạng bệnh lý ở thận làm giảm sản xuất nước tiểu).
- Tiêu chảy do sự phát triển quá mức của vi khuẩn *C. diff*.
- Tăng nguy cơ gãy xương hông, cổ tay hoặc cột sống
- Phản ứng dị ứng da
- Giảm nồng độ vitamin B12 hoặc magiê
- Khối u lành tính ở dạ dày (polyp tuyến đáy vị)

Nghiên cứu mới về Vonoprazan

- Vonoprazan đã được sử dụng lâm sàng để điều trị ngắn hạn bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD), bệnh loét dạ dày tá tràng và nhiễm trùng *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ở Nhật Bản. Tỷ lệ chữa lành bệnh GERD và loét dạ dày bằng vonoprazan lần lượt là hơn 95 và 90%. Ngoài ra, nó còn có hiệu quả trong việc chữa bệnh GERD kháng PPI.

- Vonoprazan làm tăng tỷ lệ diệt trừ *H. pylori* lên hơn 88% như là một phần của liệu pháp điều trị bậc một và bậc hai. Vonoprazan cũng có hiệu quả trong việc loại bỏ các chủng *H. pylori* kháng Clarithromycin. Tất cả những nghiên cứu ngắn hạn này cho thấy vonoprazan an toàn và dung nạp tốt. Là một chất ức chế axit an toàn và hiệu quả, vonoprazan có thể là một phương pháp thay thế mới trong điều trị các bệnh liên quan đến axit.

Nguồn:

1. <https://suckhoedoisong.vn/loai-thuoc-moi-tri-trao-nguoc-da-day-thuc-quan-gerd-16924082111212158.htm>

2. <https://trungtamthuoc.com/hoat-chat/vonoprazan>



KISUNLA – Thuốc mới điều trị bệnh Alzheimer

Là thuốc dạng dung dịch tiêm tĩnh mạch, chứa thành phần **donanemab**, là kháng thể đơn dòng, do Eli Lilly phát triển và thương mại hóa.

Kisunla được chỉ định để **điều trị bệnh Alzheimer ở những bệnh nhân bị suy giảm nhận thức nhẹ hoặc giai đoạn bệnh sa sút nhận thức nhẹ.**

Chỉ định này được FDA phê duyệt vào **tháng 7 năm 2024.**

CƠ CHẾ TÁC DỤNG

Donanemab là một kháng thể đơn dòng IgG1, liên kết với một loại protein gọi là amyloid, loại protein này tích tụ trong não ở giai đoạn đầu của bệnh Alzheimer. Donanemab **liên kết và phá hủy amyloid beta.**



TÁC DỤNG PHỤ

Tác dụng phụ thường gặp nhất (tỷ lệ mắc $\geq 10\%$ và cao hơn so với giả dược): **vi xuất huyết ARIA-E, ARIA-H, nhiễm sắt bề mặt ARIA-H và đau đầu.**

LIỀU DÙNG

Kisunla được cung cấp dưới dạng dung dịch tiêm

Liều khuyến cáo là **truyền tĩnh mạch 700 mg trong khoảng 30 phút mỗi 4 tuần cho 3 liều đầu tiên, tiếp theo là 1400 mg mỗi 4 tuần.**

Nguồn: <https://thegioithuocmoi.com/2024/07/03/kisunla-thuoc-moi-dieu-tri-benh-alzheimer/>.

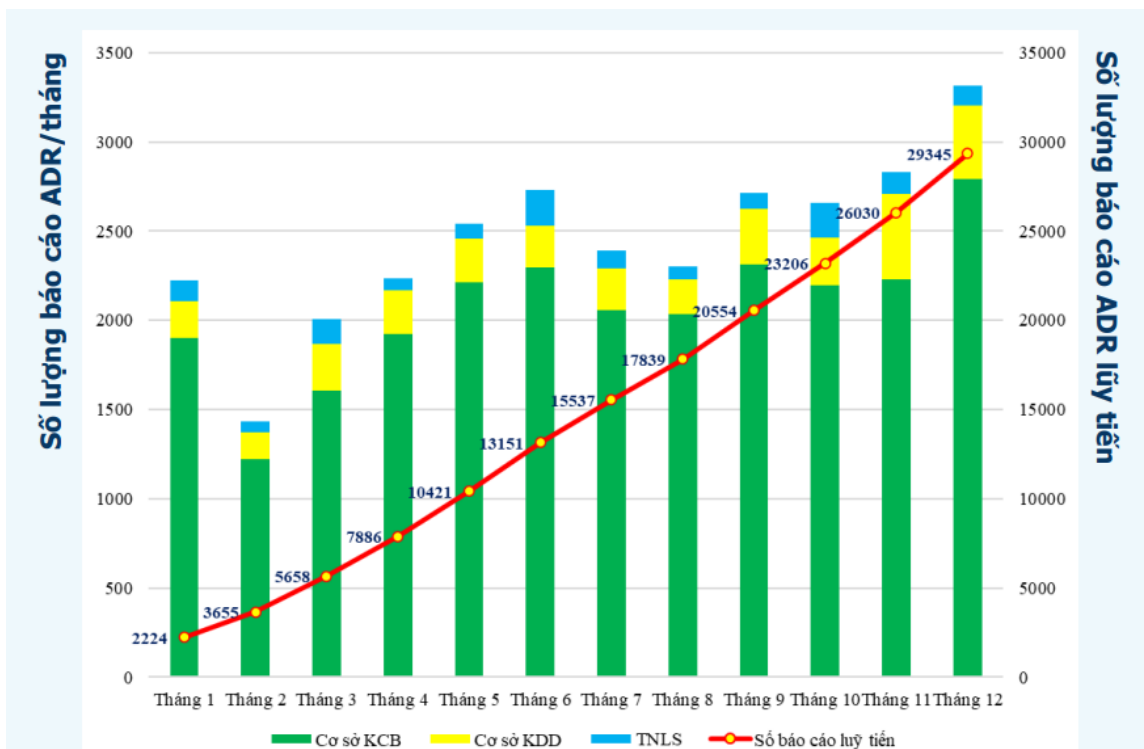
**TỔNG HỢP CÔNG VĂN THU HỒI THUỐC
CỦA CỤC QUẢN LÝ DƯỢC TỪ THÁNG 1/2025 ĐẾN HẾT 6/2025**

STT	Số văn bản	Ngày	Nội dung
1	Công văn số 685/QLD-CL	28/02/2025	Về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 2 (Viên nén bao phim Erythromycin 500mg (Erythromycin 500mg), Số GĐKLH: VD-31437-19, Số lô: 022024, NSX:15/06/2024, HD: 15/06/2028)
2	Công văn số 712/QLD-CL	05/3/2025	Về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 2 (viên nang cứng Femancia (Sắt nguyên tố (dưới dạng Sắt fumarat 305 mg) 100 mg; Acid Folic 350 mcg), Số GĐKLH: VD-27929-17 đối với 02 lô thuốc có số lô: 031222, NSX: 02/12/22, HD: 02/12/25 và số lô 020223, NSX: 21/02/23, HD: 21/02/26)
3	Công văn số 841/QLD-CL	19/3/2025	Về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 3 (Cốm pha hỗn dịch uống Pyfacolor Kid (Cefaclor 125mg), Số GĐKLH: VD-26427-17, Số lô: 330823, NSX: 10823, HD: 210826; Số lô: 050124, NSX: 250124, HD: 250127)
4	Công văn số 1245/QLD-CL	29/4/2025	về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 3 (Viên nén Tegrucil-1 (Acenoc oumarol 1mg), Số GĐKLH: VD-27453-17, Số lô: 241600, NSX: 01/07/2024, HD: 01/07/2027)
5	Công văn số 1513/QLD-CL	04/6/2025	Về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 3 (dung dịch thuốc nhỏ mắt, tai Ofleye Drops (Ofloxacin 0,3%), Số GĐKLH: 893115586524 (SĐK cũ: VD-32740-19), Số lô: 011024; Ngày SX: 25/10/2024; Hạn dùng: 24/10/2027)
6	Công văn số 1778/QLD-CL	20/6/2025	Về việc thông báo thu hồi thuốc vi phạm mức độ 2 (Viên nén Alfachim 4.2 (Chymotrypsin (tương đương 21 microkatal chymotrypsin) 4200 IU), Số GĐKLH: VD-34573-20, Số lô: 03010624; NSX: 01/06/2024; HD: 01/06/2026)

TỔNG KẾT CÔNG TÁC BÁO CÁO ADR NĂM 2024

Năm 2024, Trung tâm DI&ADR Quốc gia và Trung tâm DI&ADR khu vực TP. Hồ Chí Minh đã tiếp nhận và xử lý 29.345 báo cáo (đạt 290 báo cáo/1 triệu dân). Trong đó, 24.789 báo cáo ADR được gửi từ các cơ sở khám, chữa bệnh; 3241 báo cáo ADR xảy ra trên lãnh thổ Việt Nam từ các đơn vị sản xuất, kinh doanh dược phẩm (38 báo cáo trùng với báo cáo từ các cơ sở khám, chữa bệnh); và 1353 báo cáo biến cố bất lợi nghiêm trọng từ các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tại Việt Nam.

Trong số các báo cáo đã tiếp nhận, có 28.660 (97,7%) báo cáo về biến cố bất lợi của thuốc, 60 (0,2%) báo cáo về sai sót trong sử dụng thuốc, 55 (0,2%) báo cáo về chất lượng thuốc và 570 (1,9%) báo cáo về các vấn đề khác (báo cáo liên quan đến sử dụng thuốc với chỉ định chưa được phê duyệt, thiếu hiệu quả điều trị...). Chi tiết số lượng báo cáo đã nhận được lũy tiến theo từng tháng trong năm 2024 được trình bày trong Hình 1

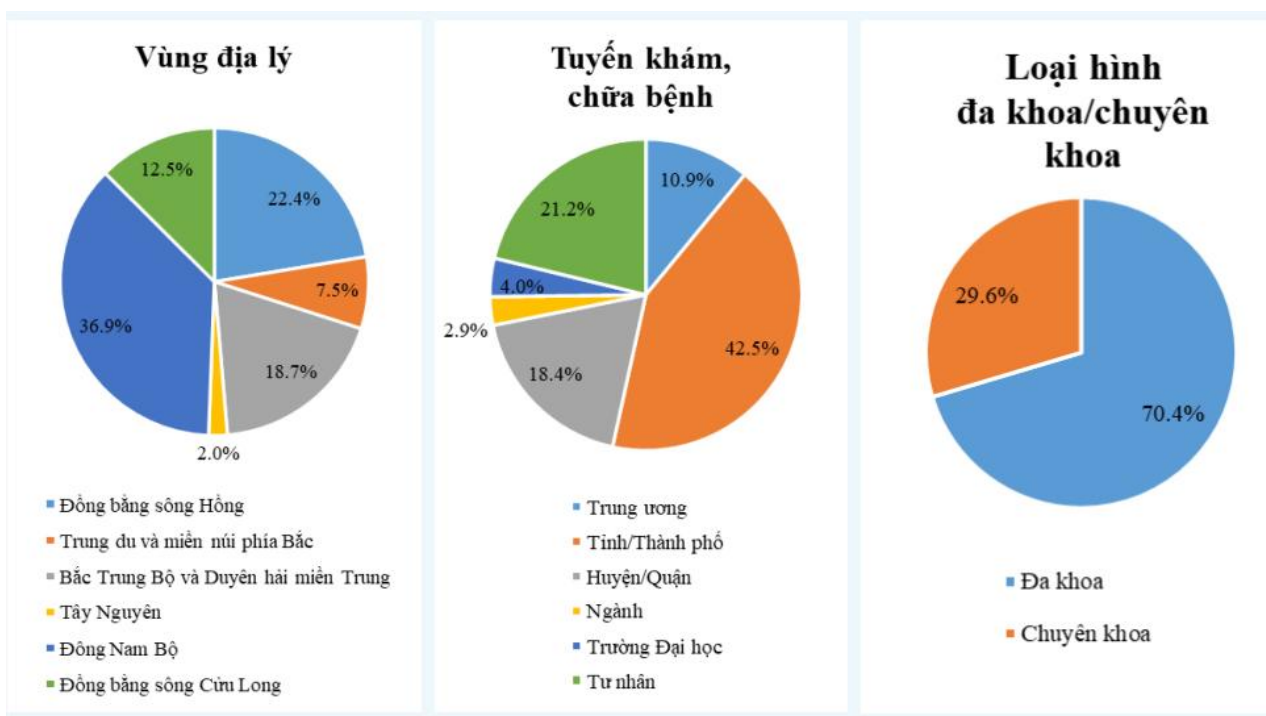


Hình 1: Số lượng báo cáo năm 2024 theo từng tháng

Báo cáo ADR từ các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Năm 2024, 1016 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của tất cả các tỉnh, thành phố trong cả nước đã tham gia báo cáo ADR (tăng 2,5% so với năm 2023)

Phần lớn báo cáo được gửi từ các đơn vị ở Đông Nam bộ và vùng đồng bằng sông Hồng, từ các bệnh viện tuyến tỉnh, bệnh viện đa khoa và bệnh viện thuộc khối các bệnh viện công lập (Hình 2). Thành phố Hồ Chí Minh và thành phố Hà Nội có tỷ lệ báo cáo cao nhất chiếm tỷ lệ tương ứng 32,9% và 13,7% tổng số báo cáo của tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh. 17 tỉnh/thành phố có số báo cáo/1 triệu dân cao hơn 200 (báo cáo/1 triệu dân), trong đó các tỉnh/thành phố có số báo cáo/1 triệu dân cao nhất cả nước là thành phố Đà Nẵng (934,8 báo cáo/1 triệu dân), thành phố Hồ Chí Minh (863,5 báo cáo/1 triệu dân) và thành phố Cần Thơ (451,2 báo cáo/1 triệu dân). Các đơn vị có số lượng báo cáo ADR cao tập trung tại TP. Hồ Chí Minh, trong đó Bệnh viện đa khoa Tâm Anh là đơn vị có số báo cáo ADR nhiều nhất trong cả nước, chiếm 3,9% tổng số báo cáo ADR từ các đơn vị khám, chữa bệnh. (Bảng 1)

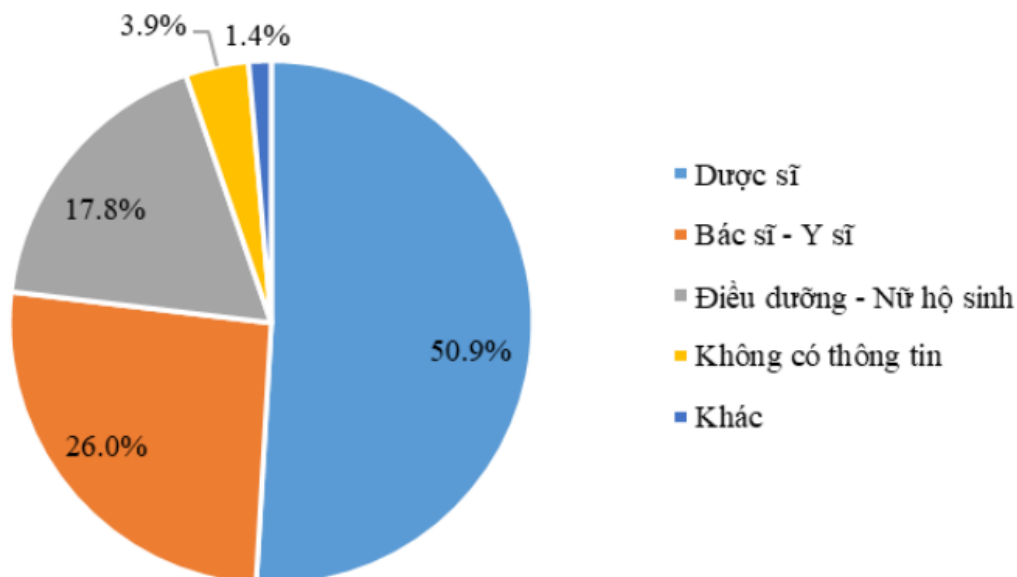


Hình 2: Phân loại báo cáo ADR theo vị trí địa lý, tuyến điều trị và loại hình đơn vị gửi báo cáo

Bảng 1. Danh sách 10 bệnh viện gửi báo cáo nhiều nhất

STT	Đơn vị gửi báo cáo	Tỉnh/Thành phố	Số báo cáo	Tỷ lệ (%) N=24789
1	Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh	TP. Hồ Chí Minh	963	3,9
2	Bệnh viện Nhân Dân Gia Định	TP. Hồ Chí Minh	694	2,8
3	Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh	TP. Hồ Chí Minh	673	2,7
4	Bệnh viện Hùng Vương	TP. Hồ Chí Minh	472	1,9
5	Bệnh viện Phổi Trung ương	Hà Nội	450	1,8
6	Bệnh viện Thống Nhất	TP. Hồ Chí Minh	373	1,5
7	Bệnh viện Trung ương Quân đội 108	Hà Nội	358	1,4
8	Bệnh viện Từ Dũ	TP. Hồ Chí Minh	342	1,4
9	Bệnh viện Bạch Mai	Hà Nội	339	1,4
10	Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức	TP. Hồ Chí Minh	321	1,3

Nhân viên y tế gửi báo cáo chủ yếu là dược sĩ (50,9%), bác sĩ - y sĩ (26,0%) và tiếp theo là điều dưỡng và nữ hộ sinh (17,8%)



Hình 3: Tỷ lệ nhân viên y tế tham gia báo cáo ADR

Các thuốc nghi ngờ gây ADR được báo cáo nhiều nhất

Trong 24.789 báo cáo có 51 báo cáo về chất lượng thuốc và 1 báo cáo về sai sót trong sử dụng thuốc, do đó thông tin về thuốc nghi ngờ được thông kê trên 24.737 báo cáo, tương ứng với 28.969 thuốc nghi ngờ (tỷ lệ 1,2 thuốc/1 báo cáo). Các thuốc nghi ngờ gây phản ứng có hại xuất hiện nhiều nhất trong các báo cáo ADR thuộc 2 nhóm chính: kháng sinh (ceftriaxon, cefotaxim, ciprofloxacin, vancomycin, cefoperazon, levofloxacin, cefazolin, amoxicilin/chất ức chế betalactamase, ceftazidim) và nhóm thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm (diclofenac). Ceftriaxon là thuốc nghi ngờ được báo cáo nhiều nhất với tỷ lệ 8,3%.

Bảng 2. Danh sách 10 thuốc nghi ngờ được báo cáo nhiều nhất

STT	Tên thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%) (n=24737)
1	Ceftriaxon	2058	8,3
2	Cefotaxim	1372	5,5
3	Diclofenac	1340	5,4
4	Ciprofloxacin	1251	5,1
5	Vancomycin	1097	4,4
6	Cefoperazon	782	3,2
7	Levofloxacin	749	3,0
8	Cefazolin	744	3,0
9	Amoxicilin/chất ức chế betalactamase	633	2,6
10	Ceftazidim	593	2,4

CÁC TRƯỜNG HỢP KHẨN LIÊN QUAN ĐẾN AN TOÀN THUỐC

Trong năm 2024, Trung tâm DI & ADR Quốc gia đã xử lý 44 trường hợp phản hồi khẩn liên quan tới an toàn thuốc. Trong đó, 37 trường hợp là báo cáo ADR khẩn phản hồi cho cán bộ y tế và đơn vị gửi báo cáo ADR và 7 trường hợp công văn cung cấp thông tin về an toàn

thuốc cho các cơ quan quản lý của Bộ Y tế. Trong các trường hợp báo cáo ADR khẩn, 32 trường hợp tử vong và 5 trường hợp chuỗi báo cáo mà phản ứng có hại xảy ra với cùng một lô thuốc trong một thời gian ngắn [bao gồm các chế phẩm Omnipaque (iohexol), Vinrolac (ketorolac), Hemafer-S (sắt sucrose), Smoflipid 20%, Fentanyl và Nupovel (propofol)]. Song song với công tác phản hồi khẩn cho cá nhân, đơn vị gửi báo cáo ADR, Trung tâm DI & ADR Quốc gia cũng cập nhật các thông tin về an toàn thuốc gửi cơ quan quản lý của Bộ Y tế bao gồm:

- Cảnh báo nguy cơ tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast.
- Cung cấp thông tin về việc hướng dẫn kiểm tra ma túy đối với người điều khiển phương tiện tham gia giao thông.
- Cập nhật thông tin sản phẩm của thuốc chứa dẫn chất heparin và thuốc tiêm chứa promethazin hydroclorid.
- Cập nhật thông tin sản phẩm của thuốc chủ vận thụ thể GLP1.
- Cung cấp thông tin về khuyến cáo không sử dụng màng polyacrylonitril trong lọc máu trên bệnh nhân đang điều trị bằng caspofungin.
- Cung cấp thông tin thuốc phục vụ xây dựng cập nhật danh mục thuốc thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia Bảo hiểm y tế.
- Cung cấp thông tin về khuyến cáo chống chỉ định promethazin hydroclorid đường uống cho trẻ em dưới 6 tuổi.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR, Bản tin cảnh giác Dược số 2-2025

TỔNG KẾT BÁO CÁO ADR 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2025 CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA Ô MÔN

Tổng kết báo cáo ADR ở Bệnh viện đa khoa Ô Môn 6 tháng đầu năm 2025 từ các khoa lâm sàng là **17 báo cáo**.

Đối tượng báo cáo ADR chủ yếu là **Bác sĩ điều trị** chiếm tỷ lệ **70,6%**, **Điều dưỡng 29,4%**. Các báo cáo đều thể hiện đầy đủ các nội dung cơ bản theo mẫu báo cáo. Qua đó cho thấy vai trò quan trọng của Bác sĩ, Điều dưỡng trong công tác báo cáo Phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện.

Báo cáo ADR xảy ra ở các Khoa HSTCCĐ, Nội, Nhi, Khoa Khám, Ngoại, GMHS. Các Khoa còn lại chưa ghi nhận trường hợp xảy ra ADR.

Báo cáo ADR chủ yếu rơi vào nhóm **Kháng sinh chiếm tỉ lệ 52,9%**, cụ thể:

- + Cefotiam 2g: 1 báo cáo
- + Cefotaxim 1g: 2 báo cáo.
- + Ceftriaxon 2g: 1 báo cáo.
- + Ceftriaxon 500g: 1 báo cáo
- + Tazopelin 4,5g: 1 báo cáo
- + Nozasul 2g: 1 báo cáo
- + Bidisyn 1,5g: 1 báo cáo
- + Vancomycin 0,5g: 1 báo cáo
- + Celecoxib 200: 1 báo cáo
- + Ibuprofen 400mg: 1 báo cáo
- + Diclofenac 75mg/3ml: 2 báo cáo
- + Diossmin 1000: 1 báo cáo
- + Tizanidin DWP: 3 báo cáo

Phân bố số báo cáo ADR theo cơ địa bệnh nhân: Số báo cáo ADR trên bệnh nhân không có tiền căn dị ứng thuốc là 15 báo cáo chiếm tỉ lệ 88,2%, có tiền căn dị ứng (paracetamol) là 2 báo cáo chiếm tỉ lệ 11,8%

Mức độ nghiêm trọng của phản ứng chủ yếu là kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân, sau khi được xử trí 100% đều hồi phục không có di chứng.

KẾT LUẬN

- Số lượng báo cáo ADR tại Bệnh viện đa khoa Ô Môn 6 tháng đầu năm 2025 là 17 báo cáo.

LƯU Ý VỀ PHẢN ỨNG QUÁ MẮN MUỘN TRÊN DA DO THUỐC CẢN QUANG CHỨA IOD: THÔNG TIN TỪ CƠ QUAN QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM PHÁP (ANSM)

Thuốc cản quang chứa iod được sử dụng trong chẩn đoán hình ảnh được sử dụng qua đường tiêm, đường uống hoặc đặt trực tràng, nhằm tăng độ tương phản, hỗ trợ quan sát rõ hơn các cơ quan và tổn thương trong cơ thể. Hiện nay, thuốc cản quang chứa iod được sử dụng rất phổ biến, đặc biệt trong chụp cắt lớp vi tính.

Phản ứng quá mẫn muộn thường xuất hiện trong khoảng hơn 1 giờ đến vài ngày sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc thuốc. Các phản ứng này thông qua các tế bào miễn dịch của cơ thể (đặc biệt là tế bào lympho T), kích hoạt đáp ứng miễn dịch muộn. Trong đa số trường hợp, phản ứng biểu hiện dưới dạng ban đỏ và ngứa xuất hiện trên da, thường nhẹ và biến mất nhanh khi ngừng thuốc gây phản ứng. Tuy nhiên, một số phản ứng nghiêm trọng mặc dù rất hiếm gặp, có thể xuất hiện nhiều tuần sau đó, ảnh hưởng đến các cơ quan khác nhau, thậm chí có thể dẫn đến tử vong, bao gồm:

- Phản ứng do thuốc đặc trưng bởi tình trạng tăng bạch cầu ái toan và các triệu chứng toàn thân (DRESS): khởi phát phản ứng thường gồm các triệu chứng giả cúm (sốt, mệt mỏi...), sau đó xuất hiện phát ban trên da kèm phù mắt kéo dài, có thể có tổn thương miệng, mắt và cơ quan sinh dục;
- Hội chứng phát ban mụn mủ ngoại ban toàn thân cấp tính (AGEP): đặc trưng bởi đợt bùng phát của nhiều mụn mủ nhỏ trên nền ban đỏ, kèm sốt và mệt mỏi;
- Hội chứng Stevens - Johnson: là một phản ứng trên da nghiêm trọng biểu hiện bởi tình trạng bong da (dưới dạng bong nước), sốt, đau, phát ban và/hoặc tổn thương niêm mạc miệng, mắt;
- Hoại tử thượng bì nhiễm độc (hội chứng TEN): là sự phá hủy nhanh và rộng khắp các lớp thượng bì và niêm mạc, biểu hiện với các nốt dạng bong nước, đau và bong da trên khắp cơ thể.

Gần đây, ANSM nhận được các báo cáo mô tả phản ứng quá mẫn muộn trên da khi sử dụng thuốc cản quang chứa iod trong chẩn đoán hình ảnh. Các phản ứng này thường không nghiêm trọng, gồm các biểu hiện như: ngứa, mẩn đỏ xuất hiện trong vòng vài giờ đến vài ngày sau khi tiêm các thuốc cản quang chứa iod. Các triệu chứng này hồi phục sau khoảng một đến vài tuần. Bên cạnh đó, ANSM cũng ghi nhận những trường hợp xảy ra phản ứng quá mẫn hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong cho người bệnh. Các thuốc cản quang chứa iod đã có báo cáo về phản ứng quá mẫn muộn trên da bao gồm: iobitridol, iopromid, iohexol, iodixanol và iopamidol. Đồng thời, ghi nhận phản ứng chéo giữa các thuốc trong nhóm thuốc này, đặc biệt giữa 2 thuốc iohexol và iodixanol.

Lưu ý:

Trong thực tế, không tồn tại việc dị ứng với iod. Một số bệnh nhân và nhân viên y tế cho rằng nếu bệnh nhân dị ứng với cá hoặc loài giáp xác cũng sẽ dị ứng với các sản phẩm có chứa iod (ví dụ: chất sát khuẩn, thậm chí với các thuốc cản quang iod được dùng trong các chẩn đoán hình ảnh). Cần nhấn mạnh rằng, không có mối liên hệ này, những phản ứng dị ứng này khác nhau và độc lập với nhau. Tuy nhiên, một số trường hợp rất hiếm gặp có thể xảy ra tình trạng bệnh nhân dị ứng đồng thời với nhiều tác nhân nêu trên, mặc dù cơ chế độc lập. Việc

không hiểu rõ vấn đề này có thể khiến một số bệnh nhân không được sử dụng thuốc cản quang trong khi thực hiện chẩn đoán hình ảnh, dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán hoặc điều trị.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

Trước khi kê đơn thuốc cản quang chứa iod để chẩn đoán hình ảnh, lưu ý:

- Đảm bảo việc chẩn đoán hình ảnh có sử dụng thuốc cản quang chứa iod thực sự cần thiết cho việc chẩn đoán hoặc điều trị của bệnh nhân, không có phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào khác cung cấp đủ thông tin cần thiết mà không sử dụng thuốc cản quang chứa iod.
- Ra soát tiền sử dị ứng của bệnh nhân, đặc biệt nếu bệnh nhân từng gặp phản ứng quá mẫn với thuốc cản quang chứa iod.
- Nắm rõ các dấu hiệu và triệu chứng của các phản ứng quá mẫn muộn nghiêm trọng như đã mô tả ở trên.
- Thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ quá mẫn muộn, đặc biệt về nguy cơ phát ban trên da có thể xuất hiện sau một khoảng thời gian kể từ khi sử dụng các thuốc cản quang chứa iod.

Trong khi thực hiện chẩn đoán hình ảnh:

- Kiểm tra tiền sử dị ứng của bệnh nhân.
- Ghi rõ tên thuốc cản quang iod đã sử dụng, bao gồm cả số lô lên báo cáo chẩn đoán hình ảnh để lưu vào hồ sơ bệnh án, giúp truy xuất tiền sử sử dụng với thuốc cản quang iod. Xử trí khi gặp phản ứng quá mẫn muộn
- Sử dụng corticosteroid bôi tại chỗ để kiểm soát các triệu chứng dị ứng không nghiêm trọng trên da. Trong trường hợp phản ứng quá mẫn nghiêm trọng, bệnh nhân cần nhập viện điều trị ngay lập tức.
- Khi bệnh nhân xuất hiện phản ứng trên da (bất kể mức độ nghiêm trọng) và nghi ngờ liên quan đến việc sử dụng thuốc cản quang iod, nên tiến hành test dị ứng với nhiều thuốc cản quang iod khác nhau, không chỉ riêng hoạt chất đã sử dụng. Việc này nhằm xác nhận bản chất dị ứng của phản ứng và đảm bảo an toàn cho quá trình chẩn đoán hình ảnh sau đó do có nguy cơ phản ứng chéo giữa tất cả các thuốc cản quang chứa iod.
- Thông báo cho bệnh nhân về kết quả của test dị ứng, các thuốc cho kết quả xét nghiệm dương tính (chống chỉ định đối với bệnh nhân) và các thuốc cho kết quả âm tính (có thể được sử dụng cho bệnh nhân trong tương lai). Khuyến cáo bệnh nhân trước mỗi lần tiến hành chụp chiếu, cần thông báo cho bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (và các nhân viên y tế liên quan) về các thuốc gây dị ứng này.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR, Bản tin cảnh giác Dược số 2-2025

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CỦA IDSA TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN GRAM ÂM KHÁNG THUỐC NĂM 2024

Ngày 12/07/2024, Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) công bố Hướng dẫn về Điều trị Nhiễm khuẩn Gram âm kháng thuốc năm 2024, cập nhật cho Hướng dẫn phiên bản 2023 về các bệnh nhiễm khuẩn do *Enterobacterales* sinh β -lactamase phổ mở rộng (ESBL-E), *Enterobacterales* kháng carbapenem (CRE) và *Pseudomonas aeruginosa* kháng thuốc khó điều trị (DTR-P.*Aeruginosa*) và Hướng dẫn phiên bản 3.0 về các bệnh nhiễm khuẩn do *Enterobacterales* sinh AmpC β -lactamase (AmpC-E), *Acinetobacter baumannii* kháng carbapenem (CRAB) và *Stenotrophomonas maltophilia*.

1. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ CHUNG

Tiếp cận điều trị chung bao gồm điều trị theo kinh nghiệm và độ dài đợt điều trị không thay đổi so với khuyến cáo trong các phiên bản cũ.

Liều kháng sinh gợi ý cho bệnh nhân trưởng thành có chức năng gan và chức năng thận bình thường được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Liều gợi ý cho điều trị nhiễm khuẩn gram âm kháng thuốc ở người lớn với chức năng gan và thận bình thường^{1,2}

Amikacin	Viêm bàng quang không biến chứng: 15 mg/kg/liều IV một lần duy nhất Viêm đài bể thận hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng: liều đầu tiên 15 mg/kg IV, các liều tiếp theo và quãng đưa liều hiệu chỉnh dựa trên đánh giá dược động học
Ampicillin-sulbactam	Tổng liều hàng ngày: 6-9g sulbactam Các chiến lược truyền có thể áp dụng: 9g ampicillin-sulbactam (6g <u>Ampicillin</u> và 3g <u>Sulbactam</u>) IV q8h truyền trong 4h HOẶC 27g ampicillin-sulbactam (18g ampicillin và 9g sulbactam) IV truyền liên tục trong 24h HOẶC 3g ampicillin-sulbactam (2g ampicillin và 1g sulbactam) IV q4h truyền trong 30 phút.
Cefepim	Viêm bàng quang không biến chứng: 1g IV q8h truyền trong 30 phút Các nhiễm khuẩn khác: 2g IV q8h truyền trong 3h (nếu có thể)
Cefiderocol	2g IV q8h truyền trong 3h
Ceftazidim-avibactam	2,5g IV q8h truyền trong 3h
Ceftazidim-avibactam và aztreonam	Ceftazidim-avibactam: 2,5g IV q8h truyền trong 3h PHỐI HỢP VỚI Aztreonam: 2g IV q6h-q8h (ưu tiên q6h nếu có thể) truyền trong 3h
Ceftolozan-tazobactam	Viêm bàng quang: 1,5g IV q8h truyền trong 1h Các nhiễm khuẩn khác: 3g IV q8h truyền trong 3h
Ciprofloxacin	Viêm bàng quang: 400mg IV q12h HOẶC 500mg PO q12h Các nhiễm khuẩn khác: 400mg IV q8h HOẶC 750mg PO q12h

Colistin	Tham khảo hướng dẫn đồng thuận quốc tế về polymyxin ³
Eravacyclin	1 mg/kg/liều IV q12h
Ertapenem	1 g IV q24h, truyền trong 30 phút
Fosfomycin	Viêm bàng quang không biến chứng: 3g PO x 1 liều duy nhất
Gentamicin	Viêm bàng quang không biến chứng: 5 mg/kg/liều IV một lần duy nhất Viêm đài bể thận hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng: liều đầu tiên 7 mg/kg IV, các liều tiếp theo và quãng đưa liều hiệu chỉnh dựa trên kết quả nồng độ
Imipenem-cilastatin	Viêm bàng quang không biến chứng: 500 mg IV q6h truyền trong 30 phút Các nhiễm khuẩn khác: 500 mg IV q6h truyền trong 3h (nếu có thể)
Imipenem-cilastatin-relebactam	1,25 g IV q6h, truyền trong 30 phút
Levofloxacin	750 mg IV/PO q24h
Meropenem	Viêm bàng quang không biến chứng: 1g IV q8h truyền trong 30 phút Các nhiễm khuẩn khác: 2g IV q8h truyền trong 3h (nếu có thể)
Meropenem-vaborbactam	4g IV q8h, truyền trong 3h
Minocyclin	200 mg IV/PO q12h
Nitrofurantoin	Dạng tinh thể/monohydrat: 100 mg PO q12h Dạng hỗn dịch uống: 50 mg PO q6h
Polymyxin B	Tham khảo hướng dẫn đồng thuận quốc tế về polymyxin ³
Tigecyclin	Liều đầu tiên 200 mg IV, sau đó 100 mg IV q12h
Tobramycin	Viêm bàng quang: 5 mg/kg IV x 1 liều duy nhất Viêm đài bể thận hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng: liều đầu tiên 7 mg/kg IV, các liều tiếp theo và quãng đưa liều hiệu chỉnh dựa trên kết quả nồng độ
Trimethoprim- sulfamethoxazol	Viêm bàng quang: 160 mg (tính theo trimethoprim) IV/PO q12h Các nhiễm khuẩn khác: 8-12 mg/kg/ngày (tính theo trimethoprim) IV/PO chia làm nhiều lần q8h-q12h (cân nhắc liều tối a <u>Trimethoprim</u> 960 mg/ngày)

IV: Truyền tĩnh mạch; PO: Đường uống; q4h: Mỗi 4 giờ; q6h: Mỗi 6 giờ; q8h: Mỗi 8 giờ; q12h: Mỗi 12 giờ; q24h: Mỗi 24 giờ

2. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC ĐỀ XUẤT ĐỐI VỚI CÁC CHỨNG CỤ THỂ

2.1 Enterobacterales sinh β -lactamase phổ mở rộng

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
1 Kháng sinh ưu tiên cho điều trị viêm bàng quang	Lựa chọn điều trị ưu tiên là nitrofurantoin và trimethoprim-sulfamethoxazol. Lựa chọn thay thế là Ciprofloxacin, Levofloxacin và carbapenem. Aminoglycosid liều duy nhất và

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
không biến chứng do ESBL-E	<p>Fosfomycin đường uống cũng là một lựa chọn thay thế(chỉ dùng cho E. coli).</p> <p>Amoxicillin-clavulanic acid vẫn không phải là thuốc được ưu tiên dùng cho viêm bàng quang không biến chứng do ESBL; tuy nhiên có thể dùng nếu tình trạng kháng thuốc hoặc tác dụng phụ ngăn cản việc sử dụng kháng sinh đường uống hoặc kháng sinh đường tĩnh mạch. Người ta khuyên rằng nên thận trọng với bệnh nhân về nguy cơ nhiễm trùng tái phát nếu dùng amoxicillin-clavulanic acid cho chỉ định này.</p> <p>Hạn chế dùng Doxycycline để điều trị viêm bàng quang không biến chứng do ESBL-E.</p>
<p>2 Kháng sinh ưu tiên cho điều trị viêm bể thận và nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng do ESBL-E</p>	<p>Lựa chọn điều trị ưu tiên là trimethoprim-sulfamethoxazol, ciprofloxacin, hoặc levofloxacin.</p> <p>Ertapenem, meropenem, và imipenem-cilastatin được ưu tiên khi bệnh nhân không thể sử dụng trimethoprim-sulfamethoxazol hoặc fluoroquinolone do vi khuẩn kháng thuốc hoặc độc tính.</p> <p>Lựa chọn thay thế là aminoglycosid dùng đến khi đủ độ dài đợt điều trị (ví dụ: chuyển từ thuốc khác sang liều cuối cùng) do thời gian hoạt động kéo dài của chúng ở vỏ thận và sự tiện lợi của liều dùng một lần mỗi ngày.</p>
<p>3 Kháng sinh ưu tiên cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do ESBL-E</p>	<p>Lựa chọn điều trị ưu tiên là meropenem, imipenem-cilastatin, hoặc ertapenem. Meropenem và imipenem-cilastatin được ưu tiên hơn ở bệnh nhân nặng và/hoặc có hạ <u>Albumin</u> máu.</p> <p>Sau khi có đáp ứng lâm sàng, cân nhắc chuyển sang trimethoprim-sulfamethoxazol, ciprofloxacin, hoặc levofloxacin đường uống nếu vi khuẩn nhạy cảm</p>
<p>4 Vai trò của piperacillin-tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E</p>	<p>Nếu phác đồ kinh nghiệm ban đầu cho viêm bàng quang không biến chứng sử dụng piperacillin-tazobactam, sau đó vi khuẩn phân lập được là ESBL-E và bệnh nhân có cải thiện lâm sàng, không cần thiết phải thay đổi hoặc kéo dài thời gian điều trị kháng sinh.</p> <p>Nhóm đồng thuận gợi ý trimethoprim-sulfamethoxazol, ciprofloxacin, levofloxacin, hoặc carbapenem hơn là piperacillin-tazobactam cho điều trị viêm bể thận và nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng do ESBL-E, mặc dù nguy cơ thất bại lâm sàng với piperacillin-tazobactam có thể thấp.</p> <p>Piperacillin-tazobactam không được khuyến cáo cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do ESBL-E, thậm chí cả khi vi khuẩn nhạy cảm.</p> <p>Đã có thông tin chi tiết bổ sung về lý do cơ chế tại sao piperacillin-tazobactam không được dự đoán là có hiệu quả đối với nhiễm trùng ESBL-E .</p> <p>Hạ thấp ngưỡng piperacillin-tazobactam đối với Enterobacterales. MIC $\leq 8/4$ $\mu\text{g/mL}$ được coi là nhạy cảm và MIC 16 $\mu\text{g/mL}$ được coi là nhạy cảm, phụ thuộc vào liều</p>

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
<p>5 Vai trò của cefepim trong điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E</p>	<p>Nếu phác đồ kinh nghiệm ban đầu cho viêm bàng quang không biến chứng sử dụng cefepim, sau đó vi khuẩn phân lập được là ESBL-E và bệnh nhân có cải thiện lâm sàng, không cần thiết phải thay đổi hoặc kéo dài thời gian điều trị kháng sinh.</p> <p>Nhóm đồng thuận khuyến cáo không sử dụng cefepim trong điều trị viêm bể thận và nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng do ESBL-E.</p> <p><u>Cefepim</u> không được khuyến cáo cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do ESBL-E, thậm chí cả khi vi khuẩn nhạy cảm.</p>
<p>6 Vai trò của các cephamycin trong điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E</p>	<p>Các cephamycin không được khuyến cáo cho điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E cho đến khi có nhiều dữ liệu lâm sàng hơn về việc sử dụng <u>cefoxitin</u> hoặc cefotetan và liều dùng tối ưu được xác định</p>
<p>7 Vai trò của các chất ức chế β-lactamase và cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E</p>	<p>Nhóm đồng thuận khuyến cáo chỉ sử dụng ceftazidim-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-cilastatin-relebactam, và cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do các chủng kháng carbapenem.</p> <p>Nhóm đồng thuận khuyến cáo không sử dụng ceftolozane-tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn do ESBL-E, trừ trường hợp nhiễm nhiều loại vi khuẩn cùng lúc.</p> <p>Ceftazidime-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-cilastatin-relebactam, ceftolozane-tazobactam và cefiderocol có hiệu quả chống lại nhiễm trùng ESBL-E, nhưng hội đồng đề xuất rằng các lựa chọn này nên được ưu tiên dành riêng để điều trị các vi khuẩn kháng carbapenem hoặc nhiễm trùng đa vi khuẩn bao gồm các vi khuẩn biểu hiện kháng carbapenem (ví dụ, ceftolozane-tazobactam để đồng nhiễm với DTR <i>P. aeruginosa</i> và ESBL-E).</p>

2.2 Enterobacterales sinh AmpC β -lactamase

Thuật ngữ “nguy cơ trung bình đến cao” về mặt lâm sàng có ý nghĩa sinh AmpC đã được thay thế bằng “nguy cơ trung bình”.

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
<p>1 Các chủng Enterobacterales được đánh giá có nguy cơ trung bình AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Enterobacter cloacae, Klebsiella aerogenes, và Citrobacter freundii</p>
<p>2 Các yếu tố cần lưu tâm khi lựa chọn kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do các vi khuẩn có nguy cơ trung bình - cao sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Một số kháng sinh β-lactam có nguy cơ cảm ứng gen ampC tương đối cao. Khi quyết định lựa chọn kháng sinh cần cân nhắc cả hai yếu tố là khả năng cảm ứng gen ampC và khả năng chống chịu sự thủy phân do AmpC. Ngay cả khi không có gen AmpC cảm ứng, sản xuất β-lactamase AmpC bởi các sinh vật có biểu hiện ampC có thể gây ra tình trạng kháng thuốc nội tại đối với ampicillin, amoxicillin-clavulanate, ampicillin-sulbactam và Cephalosporin thế hệ thứ nhất và thứ hai.</p>

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
<p>3 Vai trò của cefepim trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ trung bình AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Cefepim được khuyến cáo trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ ung bình sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng (<i>E. cloacae</i>, <i>K. aerogenes</i>, và <i>C. freundii</i>).</p> <p>Dữ liệu hạn chế gợi ý ưu tiên sử dụng carbapenem trong điều trị nhiễm khuẩn do các vi khuẩn này khi MIC của <u>Cefepime</u> $\geq 4 \mu\text{g/mL}$, vì vi khuẩn có thể đồng thời sinh ESBL, giả định vi khuẩn nhạy cảm với carbapenem.</p> <p>Cefepime không được khuyến cáo cho <i>Enterobacter cloacae</i>, <i>Citrobacter freundii</i> và <i>Klebsiella aerogenes</i> có MIC cefepime là 4-8 $\mu\text{g/mL}$ do lo ngại về nguy cơ sinh ESBL trong phạm vi MIC cefepime này.</p>
<p>4 Vai trò của <u>Ceftriaxone</u> trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ trung bình sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Khuyến cáo không sử dụng ceftriaxone (hoặc <u>Cefotaxime</u> hoặc ceftazidim) trong điều trị nhiễm khuẩn xâm lấn do vi khuẩn có nguy cơ trung bình - cao sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng (<i>E. cloacae</i>, <i>K. aerogenes</i>, và <i>C. freundii</i>).</p> <p>Có thể sử dụng ceftriaxone trong điều trị viêm bàng quang không biến chứng do các vi khuẩn này nếu còn nhạy cảm.</p>
<p>5 Vai trò của piperacillin-tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ trung bình sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Khuyến cáo không sử dụng piperacillin-tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn nghiêm trọng do vi khuẩn có nguy cơ trung bình - cao sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng.</p>
<p>6 Vai trò của các chất ức chế β-lactamase và cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ trung bình sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Nhóm đồng thuận khuyến cáo chỉ sử dụng ceftazidim-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-cilastatin-relebactam, và cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do các chủng kháng carbapenem.</p> <p>Nhóm đồng thuận khuyến cáo không sử dụng ceftolozane-tazobactam trong điều trị nhiễm khuẩn do AmpC-E, trừ trường hợp nhiễm nhiều loại vi khuẩn cùng lúc.</p>
<p>7 Vai trò của liệu pháp không β-lactam trong điều trị nhiễm khuẩn do <i>Enterobacterales</i> có nguy cơ trung bình sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng do gen ampC cảm ứng</p>	<p>Lựa chọn điều trị ưu tiên trong điều trị viêm bàng quang không biến chứng do AmpC-E là nitrofuratoin và trimethoprim-sulfamethoxazol.</p> <p>Lựa chọn thay thế trong điều trị viêm bàng quang không biến chứng, viêm bể thận và nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng là aminoglycosid.</p> <p>Trimethoprim-sulfamethoxazol hoặc fluoroquinolone có thể được cân nhắc trong điều trị nhiễm khuẩn xâm lấn do vi khuẩn có nguy cơ trung bình - cao sinh AmpC có ý nghĩa lâm sàng.</p>

2.3 Enterobacterales kháng carbapenem

Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
<p>1 Kháng sinh ưu tiên cho điều trị nhiễm khuẩn do các chủng Enterobacterales không sinh carbapenemase còn nhạy</p>	<p>Khuyến cáo sử dụng meropenem (hoặc imipenem-cilastatin) truyền kéo dài khi</p>

	Câu hỏi	Tiếp cận điều trị được đề xuất
	cảm với <u>Meropenem</u> và <u>Imipenem</u> nhưng không còn nhạy cảm với ertapenem	MIC của meropenem và imipenem ≤ 1 $\mu\text{g/mL}$ và MIC của <u>Ertapenem</u> ≥ 1 $\mu\text{g/mL}$.
2	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị viêm bàng quang không biến chứng do CRE	Lựa chọn điều trị ưu tiên là nitrofurantoin, trimethoprim-sulfamethoxazol, ciprofloxacin, hoặc levofloxacin. Lựa chọn thay thế là aminoglycosid một liều duy nhất, fosfomycin đường uống (chỉ dùng cho <i>E. coli</i>), ceftazidim-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-cilastatin-relebactam, hoặc cefiderocol
3	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị viêm bể thận và nhiễm khuẩn đường tiết niệu có biến chứng do CRE	Lựa chọn điều trị ưu tiên là trimethoprim-sulfamethoxazol, ciprofloxacin, hoặc levofloxacin nếu vi khuẩn nhạy cảm. Lựa chọn điều trị ưu tiên khác là ceftazidim-avibactam, meropenem-vaborbactam, imipenem-cilastatin-relebactam, và cefiderocol. Lựa chọn thay thế là aminoglycosid.
4	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do CRE khi không có kết quả carbapenamase hoặc kết quả âm tính	Lựa chọn điều trị ưu tiên là ceftazidim-avibactam, meropenem-vaborbactam, và imipenem-cilastatin-relebactam. Với bệnh nhân nhiễm khuẩn do CRE trong vòng 12 tháng trước đó đã được chăm sóc y tế ở các quốc gia có tỷ lệ vi khuẩn sinh metallo- β -lactamase tương đối cao hoặc bệnh nhân đã có kết quả nuôi cấy dương tính với vi khuẩn sinh metallo- β -lactamase trước đó, lựa chọn điều trị ưu tiên bao gồm ceftazidim-avibactam phối hợp aztreonam, hoặc cefiderocol đơn độc, trong khi chờ kết quả AST đối với các thuốc beta-lactam mới và kết quả xét nghiệm carbapenamase.
5	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do CRE sinh KPC	Lựa chọn điều trị ưu tiên cho vi khuẩn sinh KPC là meropenem-vaborbactam, ceftazidim-avibactam, và imipenem-cilastatin-relebactam. Lựa chọn thay thế là cefiderocol.
6	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do CRE sinh NDM	Lựa chọn điều trị ưu tiên cho vi khuẩn sinh NDM và các metallo- β -lactamase khác là ceftazidim-avibactam phối hợp aztreonam, hoặc cefiderocol đơn độc.
7	Kháng sinh ưu tiên cho điều trị các nhiễm khuẩn khác ngoài đường tiết niệu do CRE sinh enzym giống OXA-48	Lựa chọn điều trị ưu tiên cho vi khuẩn sinh enzym giống OXA-48 là ceftazidim-avibactam. Lựa chọn thay thế là cefiderocol.
8	Khả năng xuất hiện đề kháng với các kháng sinh β -lactam mới ở các chủng CRE phân lập được, khi sử dụng các	Khả năng xuất hiện đề kháng là một điều đáng quan ngại với tất cả các kháng sinh β -lactam mới khi sử dụng để điều trị nhiễm

	<i>Câu hỏi</i>	<i>Tiếp cận điều trị được đề xuất</i>
	kháng sinh này để điều trị nhiễm khuẩn do CRE	khuẩn do CRE, nhưng tần suất xuất hiện cao nhất với ceftazidim-avibactam.
9	Vai trò của các dẫn xuất tetracyclin trong điều trị nhiễm khuẩn do CRE?	Mặc dù các kháng sinh β -lactam vẫn là lựa chọn ưu tiên cho nhiễm khuẩn do CRE, tigecyclin và eravacyclin là các lựa chọn thay thế khi vi khuẩn không nhạy cảm với β -lactam hoặc bệnh nhân không dung nạp. Các dẫn xuất tetracyclin đơn độc không được khuyến cáo cho điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc <u>nhiễm khuẩn huyết</u> do CRE.
10	Vai trò của các polymyxin trong điều trị nhiễm khuẩn do CRE	Khuyến cáo không sử dụng <u>Polymyxin B</u> và colistin cho điều trị nhiễm khuẩn do CRE. Colistin có thể được xem là một lựa chọn thay thế cho viêm bàng quang không biến chứng do CRE.
11	Vai trò của việc phối hợp kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do CRE	Các phác đồ phối hợp kháng sinh (ví dụ như sử dụng một β -lactam kết hợp với một aminoglycosid, fluoroquinolon, hoặc polymyxin) không được khuyến cáo cho điều trị nhiễm khuẩn do CRE.

2.4 Acinetobacter baumannii kháng carbapenem (CRAB)

	<i>Câu hỏi</i>	<i>Tiếp cận điều trị được đề xuất</i>
1	Tiếp cận điều trị chung trong nhiễm khuẩn do CRAB	Phác đồ ưu tiên là sulbactam-durlobactam kết hợp với carbapenem (tức là imipenem-cilastatin hoặc meropenem). Một phác đồ thay thế là ampicillin-sulbactam liều cao (tổng liều hàng ngày là 9 gam sulbactam) kết hợp với ít nhất một tác nhân khác (tức là polymyxin B, <u>Minocycline</u> > tigecycline hoặc cefiderocol), nếu không có sulbactam-durlobactam. Liều lượng đề xuất của ampicillin-sulbactam liều cao đã được điều chỉnh thành 27 gam ampicillin-sulbactam (18 gam ampicillin, 9 gam sulbactam) mỗi ngày.
2	Vai trò của việc phối hợp kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Phác đồ kết hợp ít nhất 2 kháng sinh, sử dụng ít nhất cho đến khi bệnh nhân có cải thiện trên lâm sàng được khuyến cáo.
3	Vai trò của Sulbactam-durlobactam trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Sulbactam-durlobactam là thuốc được ưu tiên sử dụng để điều trị nhiễm trùng CRAB và được đề xuất dùng kết hợp với imipenem-cilastatin hoặc meropenem.
4	Vai trò của ampicillin-sulbactam trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Ampicillin-sulbactam liều cao kết hợp với ít nhất một thuốc khác đã được thay đổi từ phác đồ ưu tiên sang phác đồ thay thế nếu không có sẵn sulbactam-durlobactam.
5	Vai trò của polymyxin trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Có thể cân nhắc phối hợp polymyxin với ít nhất một kháng sinh khác.
6	Vai trò của các dẫn xuất tetracyclin trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Có thể cân nhắc phối hợp minocyclin hoặc tigecyclin liều cao với ít nhất một kháng sinh khác. Hội đồng ưu tiên minocyclin do kinh nghiệm lâm sàng lâu dài và có sẵn tiêu chí phiên giải tính nhạy cảm theo

		CLSI (Viện tiêu chuẩn xét nghiệm lâm sàng Hoa Kỳ); tuy nhiên, tigecyclin cũng là một lựa chọn hợp lý.
7	Vai trò của cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Chỉ nên giới hạn sử dụng cefiderocol trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB kháng trị hoặc không dung nạp với các kháng sinh khác. Hội đồng khuyến cáo phối hợp cefiderocol với các kháng sinh khác nếu sử dụng để điều trị nhiễm khuẩn do CRAB.
8	Vai trò của meropenem hoặc imipenem-cilastatin truyền kéo dài trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Meropenem hoặc imipenem-cilastatin không được đề xuất để điều trị nhiễm trùng CRAB, ngoại trừ trường hợp dùng đồng thời với sulbactam-durlobactam.
9	Vai trò của <u>Rifamycin</u> trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Khuyến cáo không sử dụng rifampin hoặc các rifamycin khác.
10	Vai trò của kháng sinh đường khí dung trong điều trị nhiễm khuẩn do CRAB	Hội đồng không khuyến cáo sử dụng kháng sinh đường khí dung trong điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp do CRAB.

3. KẾT LUẬN

Lĩnh vực AMR là vấn đề cần phát triển và thay đổi liên tục, việc điều trị nhiễm trùng AMR sẽ tiếp tục là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng. Khi các loại kháng sinh mới hơn chống lại các tác nhân gây bệnh kháng thuốc được đưa vào thực hành lâm sàng, chúng ta sẽ tìm hiểu thêm về hiệu quả và xu hướng kháng thuốc của chúng.

Nguồn: <https://trungtamthuoc.com/bai-viet/cap-nhat-huong-dan-cua-idsa-trong-dieu-tri-nhiem-khuan-gram-am-khang-thuoc-nam-2024>

CẬP NHẬT CẢNH BÁO ĐẶC BIỆT VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN TÂM THẦN KINH KHI SỬ DỤNG MONTELUKAST:

THÔNG TIN TỪ TGA

Ngày 16/01/2025, TGA thông báo bổ sung Cảnh báo đặc biệt kèm theo hướng dẫn xử trí biến cố trên tâm thần kinh cho bác sĩ kê đơn và bệnh nhân khi sử dụng montelukast. Các thông tin an toàn này nhằm nhấn mạnh thêm cho cảnh báo hiện có về biến cố nghiêm trọng trên tâm thần kinh (bao gồm cả thay đổi hành vi, trầm cảm và có ý định tự sát) khi sử dụng thuốc này.

Từ tháng 07/2018, TGA đã tiến hành đánh giá mối liên quan giữa việc sử dụng montelukast và biến cố bất lợi trên tâm thần kinh, rà soát dữ liệu y văn, tham vấn ý kiến từ các Cơ quan Quản lý (CQQL) trên thế giới và xin tư vấn chuyên môn của Ủy ban Tư vấn về thuốc của Úc (ACM). Đến năm 2024, độ an toàn của montelukast tiếp tục được đánh giá lại, sau khi các CQQL Dược phẩm trên thế giới tăng cường cảnh báo về nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn trên tâm thần kinh. Các chuyên gia của ACM đưa ra kết luận không phát sinh nguy cơ mới, đồng thời, bằng chứng về mối liên quan giữa biến cố tâm thần kinh và việc sử dụng montelukast hiện chưa chắc chắn.

Tính đến ngày 18/12/2024, Cơ sở dữ liệu Cảnh giác Dược của Úc ghi nhận 356 báo cáo biến cố rối loạn tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Các triệu chứng được ghi nhận phổ biến nhất bao gồm hưng hăng (100 báo cáo), lo âu (87 báo cáo), có ý định tự sát (72 báo cáo), trầm cảm (71 báo cáo), mất ngủ (52 báo cáo) và gặp ác mộng (50 báo cáo). Trong 91 báo cáo đề cập đến hành vi tự sát, có 10 báo cáo có hậu quả tử vong. Từ đó, ACM khuyến cáo, từ tháng 01/2025, thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast cần cập nhật thêm Cảnh báo đặc biệt để tương đồng với các CQQL dược phẩm khác trên thế giới.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Nhân viên y tế cần được cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Biến cố này đã được ghi nhận trên mọi độ tuổi, thường ở mức độ nhẹ

và có thể xảy ra ở bất kỳ bệnh nhân nào. Tuy nhiên, triệu chứng có thể trầm trọng hơn nếu tiếp tục sử dụng thuốc sau khi xảy ra biến cố. Một số trường hợp hiếm gặp ghi nhận bệnh nhân tử vong sau khi có ý định tự sát.

- Nhân viên y tế cần theo dõi sát triệu chứng tâm thần kinh của bệnh nhân và ngừng sử dụng montelukast trong trường hợp bệnh nhân xuất hiện triệu chứng tâm thần kinh mới hoặc trầm trọng hơn.

- Khuyến khích bệnh nhân và người chăm sóc theo dõi các biến cố tâm thần kinh và đi khám ngay nếu xuất hiện triệu chứng này. Trong nhiều trường hợp, triệu chứng thuyên giảm khi ngừng sử dụng thuốc; tuy nhiên một số trường hợp ghi nhận triệu chứng vẫn còn dai dẳng sau khi ngừng thuốc. Với những trường hợp đó, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ dưới sự giám sát của nhân viên y tế. Bác sĩ kê đơn cần thận trọng đánh giá lợi ích và nguy cơ của việc tiếp tục sử dụng montelukast ở bệnh nhân đã từng gặp biến cố trên tâm thần kinh khi dùng thuốc.

LOẠI BỎ CHỈ ĐỊNH GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA CÁC THUỐC OPIOID DẠNG GIẢI PHÓNG KÉO DÀI: THÔNG TIN TỪ CƠ QUAN QUẢN LÝ DƯỢC PHẨM ANH (MHRA)

Ngày 12/03/2025, MHRA thông báo không tiếp tục cấp phép cho chỉ định giảm đau sau phẫu thuật của tất cả các dẫn chất opioid dạng giải phóng kéo dài do tăng nguy cơ sử dụng opioid kéo dài sau phẫu thuật và suy hô hấp do opioid.

Các dẫn chất opioid dạng giải phóng kéo dài (giải phóng biến đổi) được chỉ định giảm đau mức độ từ trung bình đến nặng và đau do ung thư. Theo hướng dẫn điều trị của Viện Y tế và Chất lượng Điều trị Quốc gia Anh (National Institute of Health and Care Excellence – NICE), các thuốc opioid không được khuyến cáo trong các trường hợp đau mạn tính nguyên phát khi không có tình trạng bệnh lý nền gây đau. Một số dẫn chất opioid giải phóng kéo dài chứa morphin hoặc

oxycodon được cấp phép giảm đau sau phẫu thuật. Tuy nhiên, gần đây, MHRA đã ghi nhận tình trạng gia tăng của việc sử dụng opioid kéo dài sau phẫu thuật (persistent post-operative opioid – PPOU) và suy hô hấp do opioid (opioid-induced ventilatory impairment – OIVI).

PPOU được định nghĩa là việc sử dụng các dẫn chất opioid kéo dài quá 90 ngày sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá dữ liệu từ các nước trong Liên minh Châu Âu và Vương quốc Anh, cho thấy tỷ lệ PPOU dao động từ 2% đến 44% bệnh nhân được điều trị bằng opioid dạng giải phóng kéo dài. Trong đó, PPOU cũng được ghi nhận phổ biến hơn (chiếm khoảng 60%) ở những bệnh nhân đã sử dụng opioid dạng giải phóng kéo dài trước phẫu thuật. Suy hô hấp là một tác dụng không mong muốn đã ghi nhận được của opioid, đặc biệt khi dùng quá liều hoặc kết hợp với các thuốc an thần khác (ví dụ: dẫn chất benzodiazepin, pregabalin hoặc gabapentin) có thể dẫn đến hôn mê và tử vong. Trong đó, OIVI là tình trạng suy hô hấp nghiêm trọng, với tần suất dao động từ 0,4% đến 41%. OIVI đặc trưng bởi các biểu hiện: ức chế trung tâm hô hấp (giảm tần số và/hoặc độ sâu của nhịp thở), an thần (giảm tỉnh táo), tắc nghẽn đường hô hấp trên (giảm trương lực cơ đường hô hấp trên).

Sau khi MHRA hoàn tất việc đánh giá an toàn và xin tư vấn từ Ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHM), MHRA thông báo không tiếp tục cấp phép cho chỉ định giảm đau sau phẫu thuật của các thuốc morphin giải phóng kéo dài và oxycodon giải phóng kéo dài. Các opioid giải phóng kéo dài còn lại cũng sẽ không được khuyến cáo để giảm đau cấp tính sau phẫu thuật, thậm chí, không được chỉ định trong điều trị cơn đau cấp tính hoặc chống chỉ định trong các trường hợp này.

Khuyến cáo kê đơn trong giảm đau sau phẫu thuật

Cơn đau sau phẫu thuật thường không kéo dài, khoảng từ 5 đến 7 ngày, do đó, chỉ cần giảm đau ngắn hạn bằng opioid dạng giải phóng tức thì. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân xuất viện được kê đơn các thuốc giảm đau opioid với liều vượt quá nhu cầu kiểm soát cơn đau cấp tính sau phẫu thuật. Điều này

làm tăng nguy cơ PPOU, lệ thuộc, nghiện hoặc nguy cơ lạm dụng opioid và OIVI.

Do đó, MHRA khuyến cáo bệnh nhân chỉ nên được kê đơn thuốc opioid giải phóng tức thì với liều thấp nhất có hiệu quả khi xuất viện. Bên cạnh đó, nhiều hướng dẫn điều trị hiện tại cũng đồng thuận rằng việc sử dụng opioid trước phẫu thuật cần được đánh giá lại trước khi tiến hành phẫu thuật.

Yếu tố nguy cơ gặp phản ứng có hại nghiêm trọng liên quan đến các thuốc opioid

Có thể cần hiệu chỉnh liều hoặc chế độ dùng thuốc giảm đau opioid ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, bao gồm:

- Bệnh nhân cao tuổi (> 65 tuổi);
- Suy giảm chức năng hô hấp hoặc mắc các bệnh lý hô hấp;
- Bệnh nhân có bệnh lý thần kinh, tim mạch;
- Suy giảm chức năng thận;
- Đang sử dụng đồng thời các thuốc ức chế thần kinh trung ương;
- Có tình trạng dung nạp opioid;
- Có sử dụng opioid trước phẫu thuật.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

Các thuốc opioid dạng giải phóng kéo dài được chỉ định để giảm đau trong trường hợp đau nặng và kéo dài, không nên sử dụng trong trường hợp đau cấp tính sau phẫu thuật.

Các thuốc opioid dạng giải phóng kéo dài có liên quan đến nguy cơ PPOU và OIVI, dẫn đến suy hô hấp nghiêm trọng, an thần, giảm trương lực cơ đường hô hấp trên.

Trước phẫu thuật, nhân viên y tế nên trao đổi với bệnh nhân về:

- Nguy cơ sử dụng opioid kéo dài sau phẫu thuật, từ đó tiềm ẩn nguy cơ lệ thuộc thuốc, nghiện thuốc và triệu chứng cai thuốc.
- Nguy cơ suy hô hấp do opioid, đặc biệt đối với bệnh nhân có bệnh lý hô hấp tiềm ẩn.
- Sử dụng thuốc opioid dạng giải phóng tức thì trong trường hợp đau cần điều trị bằng opioid trong thời gian ngắn.

- Chiến lược giảm đau cho bệnh nhân bao gồm: sử dụng opioid dạng giải phóng tức thì, phương pháp giảm đau đa mô thức và kế hoạch kết thúc điều trị.

- Bệnh nhân đang điều trị bằng opioid trước phẫu thuật nên được đánh giá điều trị trước và sau phẫu thuật dựa theo hướng dẫn điều trị

Khi bệnh nhân xuất viện, nhân viên y tế cần:

- Kê đơn opioid dạng giải phóng tức thì với liều thấp nhất có hiệu quả trong điều trị đau cấp tính sau phẫu thuật để giảm thiểu nguy

cơ PPOU, lệ thuộc thuốc, dự trữ thừa opioid và nguy cơ lạm dụng opioid.

- Trao đổi về chiến lược giảm đau với các cơ sở y tế ban đầu trong tiếp nhận và chăm sóc cho bệnh nhân trong cộng đồng, đồng thời ghi lại đầy đủ thông tin trong hồ sơ của bệnh nhân.

- Báo cáo các trường hợp gặp phản ứng có hại như lệ thuộc thuốc hoặc suy hô hấp liên quan các opioid.

Nguồn: Trung tâm DI&ADR, Bản tin cảnh giác Dược số 1-2025



1. Omega-3 là gì và tại sao lại quan trọng với cơ thể?

Omega-3 là một nhóm các acid béo không bão hòa đa thiết yếu, có nghĩa là cơ thể chúng ta không thể tự sản xuất ra chúng mà phải hấp thụ từ chế độ ăn uống. Ba dạng chính của omega-3 thường biết đến là:

ALA (Alpha-Linolenic Acid)

EPA (Eicosapentaenoic Acid)

DHA (Docosahexaenoic Acid)

CHẾ ĐỘ ĂN GIÀU OMEGA-3 BẢO VỆ SỨC KHỎE TRÁI TIM NHƯ THỂ NÀO?



Giảm triglyceride

Đây có lẽ là lợi ích được chứng minh rõ ràng nhất của omega-3. Triglyceride là một loại chất béo trong máu. Mức triglyceride cao là một yếu tố nguy cơ độc lập gây xơ vữa động mạch và bệnh tim. Omega-3, đặc biệt là EPA và DHA, có khả năng làm giảm đáng kể nồng độ triglyceride trong máu, có thể lên tới 20-30%. Cơ chế là do omega-3 làm giảm sản xuất triglyceride trong gan và tăng tốc độ loại bỏ chúng khỏi máu

2. Cơ chế "bảo vệ tim" đa diện của omega-3

Hạ huyết áp

Tăng huyết áp (cao huyết áp) là một "sát thủ thầm lặng", gây áp lực lớn lên thành mạch máu và tim, dẫn đến nguy cơ đau tim, đột quỵ. Omega-3 đã được chứng minh có tác dụng làm giãn mạch máu, cải thiện chức năng nội mạc (lớp lót bên trong mạch máu), từ đó giúp hạ huyết áp, đặc biệt ở những người đã có huyết áp cao. Mức độ giảm có thể không quá lớn nhưng đối với huyết áp, ngay cả một sự giảm nhẹ cũng mang lại lợi ích đáng kể.

Ngăn ngừa cục máu đông

Cục máu đông là một trong những nguyên nhân chính gây ra đau tim và đột quỵ. Chúng hình thành khi các tiểu cầu trong máu kết dính lại với nhau. Omega-3 có tác dụng làm giảm khả năng kết tập tiểu cầu, khiến máu ít bị "đông đặc" hơn, từ đó giảm nguy cơ hình thành các cục máu đông nguy hiểm làm tắc nghẽn mạch máu.

Giảm viêm nhiễm mạn tính

Viêm nhiễm, đặc biệt là viêm mạn tính mức độ thấp, được coi là yếu tố nền tảng thúc đẩy sự phát triển của xơ vữa động mạch và các bệnh tim mạch. Omega-3 là những chất chống viêm mạnh mẽ. Chúng tham gia vào việc sản xuất các hợp chất chống viêm như resolvin và protectin, giúp điều hòa phản ứng miễn dịch của cơ thể, ngăn chặn tình trạng viêm trở nên quá mức và gây hại cho thành mạch máu. Bằng cách giảm viêm, omega-3 giúp bảo vệ tính toàn vẹn của mạch máu và giảm nguy cơ tích tụ mảng bám

2. Cơ chế "bảo vệ tim" đa diện của omega-3

Hỗ trợ nhịp tim khỏe mạnh và ngăn ngừa rối loạn nhịp tim

Rối loạn nhịp tim (Arrhythmias) là tình trạng tim đập quá nhanh, quá chậm hoặc không đều, có thể dẫn đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng. Omega-3, đặc biệt là EPA và DHA, có khả năng ổn định màng tế bào tim, ảnh hưởng đến kênh ion và hoạt động điện của tim.

Cải thiện mức cholesterol

Mặc dù omega-3 không phải là yếu tố chính làm giảm cholesterol toàn phần nhưng chúng có tác động tích cực đến các thành phần cholesterol quan trọng. Omega-3 có thể giúp tăng mức cholesterol HDL ("tốt") – loại cholesterol giúp loại bỏ cholesterol dư thừa khỏi động mạch. Đồng thời, một số nghiên cứu cho thấy chúng có thể thay đổi kích thước và mật độ của các hạt LDL, khiến chúng ít gây hại hơn

3. Làm thế nào để đảm bảo đủ omega-3 trong chế độ ăn?

Để tận dụng tối đa lợi ích của omega-3 cho tim mạch, việc bổ sung chúng một cách đều đặn và hợp lý vào chế độ ăn là điều cần thiết:

Cá béo: Đây là nguồn cung cấp EPA và DHA trực tiếp và dồi dào nhất. Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ khuyến nghị ăn ít nhất hai khẩu phần cá béo mỗi tuần (khoảng 100 - 150 gram mỗi khẩu phần). Các loại cá béo tuyệt vời như cá hồi, cá thu, cá mòi, cá trích... Các loại cá này không chỉ giàu omega-3 mà còn cung cấp protein chất lượng cao, vitamin D và nhiều khoáng chất thiết yếu khác.

Lưu ý: Cá tươi, đông lạnh hay đóng hộp (không ngâm dầu quá nhiều) đều có giá trị dinh dưỡng tốt. Đối với cá ngừ, các loại cá lớn như cá ngừ vây xanh có thể có hàm lượng thủy ngân cao hơn, nên đa dạng các loại cá nhỏ hơn.

Các loại hạt: Là nguồn ALA thực vật tuyệt vời cho những người không ăn cá hoặc muốn đa dạng hóa nguồn omega-3

Hạt lanh: Có thể rắc vào sữa chua, sinh tố, yến mạch.

Hạt chia: Tương tự hạt lanh, có thể dùng làm pudding hoặc thêm vào đồ uống.

Quả óc chó: Món ăn nhẹ bổ dưỡng hoặc thêm vào salad.

Dầu thực vật: Một số loại dầu cũng chứa ALA như dầu hạt cải, dầu đậu nành, dầu hạt lanh...

Thực phẩm bổ sung: Trong trường hợp chế độ ăn không đủ hoặc có chỉ định y tế, dầu cá hoặc dầu tảo (dành cho người ăn chay) có thể là một lựa chọn. Tuy nhiên, việc sử dụng các loại thực phẩm bổ sung này cần có sự tư vấn của bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng để đảm bảo đúng liều lượng và phù hợp với tình trạng sức khỏe cá nhân, tránh các tác dụng phụ không mong muốn.

Nguồn: <https://suckhoedoisong.vn/che-do-an-giau-omega-3-bao-ve-suc-khoe-trai-tim-nhu-the-nao-169250528101233365.htm>