BỆNH VIỆN C THÁI NGUYÊN
Thai Nguyen Hospital C

BẢN TIN
THÔNG TIN THUỐC
SỐ 1 NĂM 2026



THÔNG TIN CẬP NHẬT

SỬ DỤNG THUỐC HỢP LÝ

AN TOÀN HIỆU QUẢ

VÌ SỨC KHỎE NGƯỜI BỆNH

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ

BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC SỐ 1 NĂM 2026

BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC
SỐ 1 NĂM 2026

Chủ biên:

BSCKII. Lê Thị Thanh Bình

Cố vấn nội dung:

DSCKI. Đoàn Văn Hùng

DSCKI. Phạm Thị Yến

Biên soạn:

DSCKI. Vũ Hồng Lụa

DS. Mã Thị Hoa

DS. Đinh Thị Phương

DS. Trần Hoài Linh

DS. Nguyễn Thị Phương Uyên

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN – HỢP LÝ

1. Truyền kéo dài kháng sinh nhóm beta – lactam nhằm tối ưu hiệu quả điều trị trên lâm sàng 1

2. Lưu ý khi sử dụng thuốc giảm đau trong bệnh gout 7

3. Mất cân bằng nội tiết tố do thuốc 9

CẢNH GIÁC DƯỢC

1. MEDSAFE: Nguy cơ phù mạch đường ruột khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển và thuốc chẹn thụ thể angiotensin II 12

2. TGA: Cập nhật quy định mới nhằm giảm thiểu nguy cơ bệnh lý thần kinh ngoại biên khi sử dụng vitamin b6 14

ĐIỂM TIN DƯỢC LÂM SÀNG

1. Hội thảo khoa học "Nâng cao chất lượng thực hành quản lý tăng huyết áp tại Bệnh viện C Thái Nguyên" 16

2. Triển khai TDM Vancomycin 6 tháng đầu năm 2026 tại Bệnh viện C 20

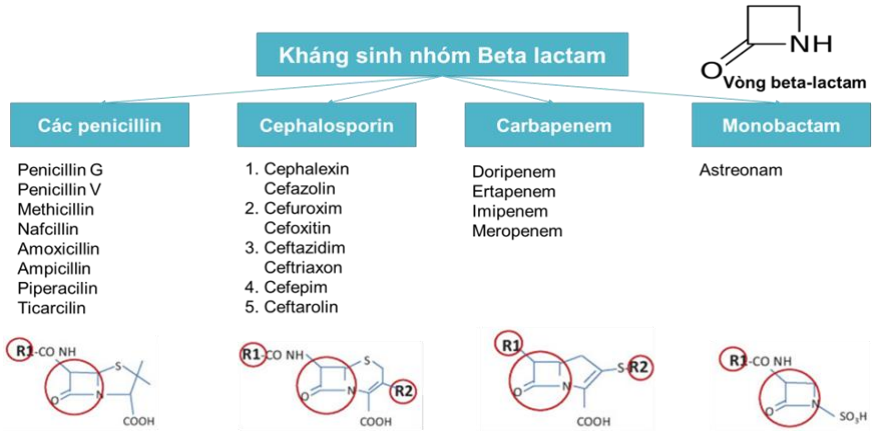
SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN – HỢP LÝ

TRUYỀN KÉO DÀI KHÁNG SINH NHÓM BETA - LACTAM NHẰM TỐI ƯU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN LÂM SÀNG

1. Tổng quan về nhóm kháng sinh beta-lactam

Nhóm beta-lactam là một họ kháng sinh rất lớn, bao gồm các kháng sinh có cấu trúc hóa học chứa vòng beta-lactam. Khi vòng này liên kết với một cấu trúc vòng khác sẽ hình thành các phân nhóm lớn tiếp theo: nhóm penicillin, nhóm cephalosporin, nhóm carbapenem, nhóm monobactam và các chất ức chế beta – lactamase *(Các chất này cũng có cấu trúc beta-lactam, nhưng không có hoạt tính kháng khuẩn, mà chỉ có vai trò ức chế enzym beta-lactamase do vi khuẩn tiết ra, hay dùng acid clavulanic, sulbactam và tazobactam).*

Phân loại một số kháng sinh nhóm beta-lactam được trình bày trong hình 1 dưới đây:



Hình 1: Phân loại các kháng sinh nhóm beta-lactam

Kháng sinh beta-lactam diệt khuẩn nhạy cảm bằng cách vô hiệu hóa các enzyme chính tham gia vào quá trình tổng hợp thành tế bào, được gọi là protein liên kết penicillin. Đặc biệt, Beta – lactam là nhóm kháng sinh phụ thuộc thời gian có thông số dược động học/ dược lực học (PK/PD) đặc trưng là tỷ lệ % giữa thời gian kháng sinh có nồng độ trong huyết thanh vượt quá giá trị MIC so với khoảng thời gian đưa liều (viết tắt là % T >MIC) với đích PK/PD gợi ý là T >MIC cần đạt trên 40 – 70%. Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng gây ra bởi vi khuẩn kháng thuốc,

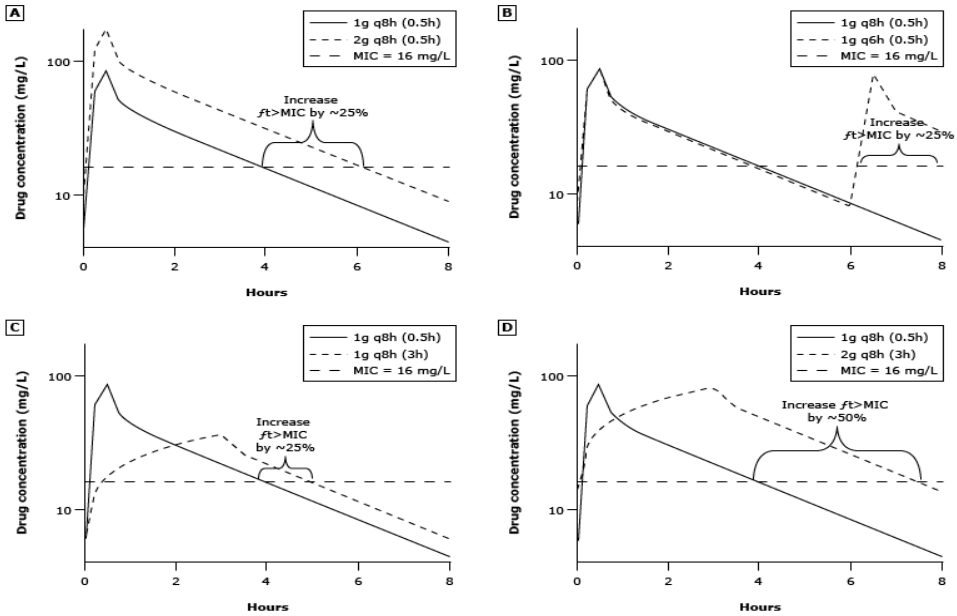
ngưỡng này thậm chí cần đạt đến 100% để đảm bảo hiệu lực. Tức là tốc độ và mức độ diệt khuẩn phụ thuộc chủ yếu vào thời gian vi khuẩn tiếp xúc với kháng sinh, ít phụ thuộc vào nồng độ thuốc trong máu.

Cụ thể, tùy theo phân nhóm kháng sinh sẽ có mục tiêu về chỉ số PK/PD nhóm beta-lactam cần đạt như sau:

Nhóm thuốc	Penicillins	Cephalosporins	Carbapenems
Nồng độ diệt khuẩn	50% - 60%	60 - 70%	40%

2. Tối ưu chế độ liều nhóm kháng sinh beta-lactam

Để tối ưu hoá chế độ liều, ngoài tăng liều có thể tăng tần suất đưa liều, kéo dài thời gian truyền, truyền liên tục hoặc kết hợp đồng thời các biện pháp giúp tăng tối đa thời gian thuốc có nồng độ diệt khuẩn hiệu quả, từ đó tăng hiệu quả điều trị. Khác với truyền ngắt quãng (hay truyền kinh điển) thường kéo dài khoảng 30-60 phút thì các chiến lược kéo dài thời gian truyền có thể bao gồm truyền liên tục hoặc truyền kéo dài (2 - 4 tiếng).



Hình 4: Các cách tối ưu hóa chế độ liều betalactam

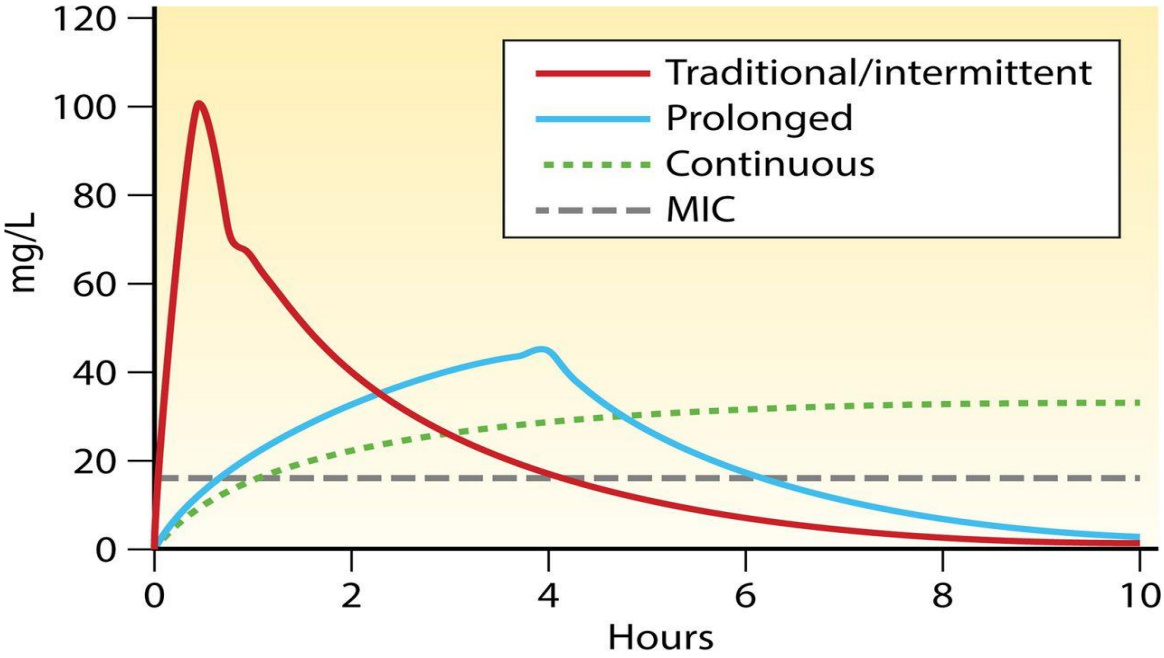
(A) Tác động lên fT > MIC tăng gấp đôi liều kháng sinh

(B) Tác động lên fT > MIC rút ngắn khoảng cách dùng thuốc

(C) Tác động lên fT > MIC kéo dài thời gian truyền từ 0,5 giờ lên 3 giờ

(D) Tác động lên fT > MIC kết hợp giữa việc tăng liều và kéo dài thời gian truyền.

%fT > MIC: phần trăm khoảng cách dùng thuốc mà nồng độ thuốc tự do vẫn ở mức xấp xỉ nồng độ ức chế tối thiểu của tác nhân gây bệnh.



Hình 5: **Sơ đồ minh họa tác động của chế độ liều truyền beta-lactam kéo dài và liên tục lên đường cong nồng độ - thời gian và thời gian trên MIC, so với truyền ngắt quãng thông thường**

Không có nghiên cứu rõ ràng về sự khác biệt giữa chế độ truyền ngắt quãng và truyền kéo dài, truyền liên tục trên bệnh nhân nhiễm khuẩn mức độ nhẹ, nhưng trên nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn mức độ nặng, nằm ICU và những đối tượng bệnh nhân có dược động học thay đổi nhiều (người béo phì, người có tăng thanh thải thận CrCl>120ml/phút, bệnh nhân bỏng) hoặc nhiễm khuẩn do chủng vi khuẩn có MIC cao, kháng nhiều loại thuốc, truyền liên tục có liên quan đến chứng minh hiệu quả về mặt lâm sàng, lợi ích về giảm tỉ lệ tử vong, lợi ích về giảm thời gian nằm viện, giảm đề kháng thuốc và tăng độ an toàn khi truyền kéo dài beta-lactam. Trong một số trường hợp, có thể cho phép giảm liều lượng kháng sinh hàng ngày, do đó góp phần giảm tổng chi phí điều trị.

3. Bảng gợi ý chế độ truyền kéo dài một số beta-lactam có tại bệnh viện C

Bảng 2: Gợi ý chế độ truyền kéo dài beta-lactam

Hoạt chất	CrCL(ml/phút)	Liều	Quãng đưa liều	Thời gian truyền
Ceftazidim	Liều nạp: 15 mg/kg truyền trong 30 phút, sau đó bắt đầu truyền:			
	CrCl >50	6g	Truyền 24 giờ	
	CrCl 31-50	4g		
	CrCl 10-30	2g		
Piperacillin-tazobactam	>20 mL/phút	3.375g hoặc 4.5g	mỗi 8h	4h
	≤20 mL/phút hoặc HD hoặc PD	3.375g hoặc 4.5g	mỗi 12h	4h
	CRRT	3.375g hoặc 4.5g	mỗi 8h	4h
Cefepime	≥50 ml/phút	2g	mỗi 8h	3 - 4h
	30-49 ml/phút	2g	mỗi 12h	3 - 4h
	15-29 ml/phút	1g	mỗi 12h	3 - 4h
	<15ml/phút hoặc HD	1g	mỗi 24h	3 - 4h
	CRRT	2g	mỗi 12h	3 - 4h
Imipenem	>70 ml/phút	500mg hoặc 1g	mỗi 6h	3h
	41-70 ml/phút	500mg hoặc 750mg	mỗi 8h	3h
	21 – 40 ml/phút	250mg hoặc 500mg	mỗi 6h	3h
	6 – 20 ml/phút hoặc HD hoặc PD	250mg hoặc 500mg	mỗi 12h	3h
	CRRT	500mg	mỗi 6h	3h
Meropenem	≥50 ml/phút	1g hoặc 2g	mỗi 8h	3h
	25 – 49 ml/phút	1g hoặc 2g	mỗi 12h	3h
	10 – 24 ml/phút	500mg hoặc 1g	mỗi 12h	3h

Meropenem	<10 ml/phút hoặc HD	500mg hoặc 1g	mỗi 24h sau lọc	3h
	CRRT	1g hoặc 2g	mỗi 12h	3h
	9g mỗi 8h	4h		
	hoặc 27g mỗi 24h	truyền liên tục		
	Với nhiễm khuẩn nhẹ do CRAB còn nhạy với ampicillin-sulbactam có thể sử dụng liều 3g mỗi 4h	4h		
Ampicillin-sulbactam	9g mỗi 8h	4h	CRAB	
	hoặc 27g mỗi 24h	truyền liên tục		
	Với nhiễm khuẩn nhẹ do CRAB còn nhạy với ampicillin-sulbactam có thể sử dụng liều 3g mỗi 4h	4h		

CrCl: Độ thanh thải Creatinin

CRRT: liệu pháp thay thế thận liên tục

CRAB: Acinetobacter Baumannii kháng Carbapenem

HD: thẩm phân máu

PD: thẩm phân phúc mạc

4. Một số trở ngại khi sử dụng chế độ truyền kéo dài nhóm beta-lactam

Có ba vấn đề trở ngại khi sử dụng chế độ truyền kéo dài hoặc truyền liên tục bao gồm: trang thiết bị và nhân lực, tính tương hợp của thuốc và tính ổn định của thuốc.

Thứ nhất, **về trang thiết bị và nhân lực**: Khi sử dụng chế độ truyền kéo dài cần phải có bơm tiêm điện hoặc máy đếm giọt, khó khăn hơn khi bệnh nhân có ít đường truyền mà có ít điều dưỡng để theo dõi. Bên cạnh đó, một số trường hợp làm tăng nguy cơ cao khi phải lưu quá lâu catheter tĩnh mạch và đặc biệt cần lưu ý không nên đặt catheter tĩnh mạch trung tâm chỉ vì một mục đích là truyền kéo dài, nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ.

Thứ hai, **về tính tương kỵ**: Truyền một thuốc khác vào cùng đường truyền đang truyền kéo dài beta-lactam cần đảm bảo tính tương hợp.

Thứ ba, **về tính ổn định thuốc**: Thực tế, không phải thuốc nào cũng có thể truyền kéo dài được, vì yếu tố về độ ổn định của thuốc ảnh hưởng và cũng quyết định một phần đến thời gian truyền. Lưu ý, độ ổn định của thuốc sẽ phụ thuộc vào 3 yếu tố: dung môi pha thuốc, nhiệt độ và nồng độ pha thuốc đạt được.

Có thể tra cứu độ ổn định và tương hợp trên trang web ***Stabilis 4.0*** hoặc ***tờ thông tin sản phẩm***.

Tài liệu tham khảo

1. *Dược thư Quốc gia Việt Nam, 2022.*
2. *Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015, "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh".*
3. *Chang-Hua Chen, Yu-Min Chen, Yu-Jun Chang, Shu-Hui Wang, Chih-Yen Chang, Hua-Cheng Yen* (2019): "Continuous versus intermittent infusions of antibiotics for the treatment *of infectious diseases Meta-analysis and systematic review"*
4. *John C. Rotschafer (2016): "Antibiotic pharmacodynamic".*
5. *IDSA (2024): "IDSA Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections".*
6. *MacVane (2013): "A review of the rationale and evidence, and guidance for implementation", International Journal of Antimicrob Agents*
7. *Mordechai Grupper, Joseph L. Kuti, David P. Nicolau, (2016) "Continuous and Prolonged Intravenous β-Lactam Dosing: Implications for the Clinical Laboratory".*
8. *Pharmacotherapy (2006): "Application of antimicrobial pharmacodynamic concepts into clinical practice: focus on beta-lactam antibiotics: insights from the Society of Infectious Diseases Pharmacists".*
9. *Sanford Health Care Ceftazidime Dosing Guideline (2020)*
10. *Sylvain Diamantis, Catherine Chakvetadze, Astrid de Pontfarcy, Matta Matta (2023) "Optimizing Betalactam Clinical Response by Using a Continuous Infusion: A Comprehensive Review".*
11. *Uptodate (2024): "Prolonged infusions of beta-lactam antibiotics".*

Biên soạn: Tổ Dược lâm sàng - Khoa Dược, Bệnh viện C

LƯU Ý KHI SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU TRONG BỆNH GOUT

Bệnh gút là bệnh viêm khớp do vi tinh thể, đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp tái phát, có lắng đọng tinh thể muối urat natri trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu.

Trong các đợt gout cấp, người bệnh thường đau nhiều, sưng nóng và khó vận động. Thuốc giảm đau – chống viêm giúp kiểm soát triệu chứng nhanh, tuy nhiên cần sử dụng đúng cách để đảm bảo hiệu quả và an toàn



1. Các thuốc thường dùng để giảm đau trong cơn gout cấp

1.1. Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): Diclofenac, Meloxicam, Celecoxib, Etoricoxib… tác dụng giảm đau và chống viêm nhanh trong cơn gout cấp.

- Lưu ý khi dùng:

+ Uống sau ăn để giảm kích ứng dạ dày.

+ Không tự ý tăng liều hoặc dùng kéo dài.

+ Thận trọng nếu có: viêm loét dạ dày, bệnh tim mạch, suy thận, người cao tuổi.

1.2. Colchicine

Có tác dụng chống viêm, giảm đau trong cơn gút cấp hoặc đợt cấp của gút mạn tính, dùng càng sớm càng tốt (trong vòng 12 giờ đầu khởi phát cơn gút).

- Lưu ý khi dùng:

+ Dùng đúng liều theo hướng dẫn của bác sĩ.

+ Có thể gây tiêu chảy, buồn nôn, đau bụng.

+ Thận trọng ở người suy thận hoặc suy gan.

1.3. Corticoid

Một số loại corticosteroid được kê đơn phổ biến Prednisolon, Methylprednisolon giúp giảm sưng, giảm viêm nhanh chóng. Được chỉ định khi không dùng được NSAIDs hoặc colchicine, cần rất hạn chế và dùng ngắn ngày.

Lưu ý khi dùng:

+ Không tự ý sử dụng hoặc dùng kéo dài.

+ Chỉ dùng theo chỉ định và theo dõi của bác sĩ.

2. Lưu ý quan trọng cho người bệnh gout

- Không tự ý dùng nhiều loại thuốc giảm đau cùng lúc.

- Không tự ý tăng liều thuốc.

- Thuốc hạ acid uric (như allopurinol, febuxostat) không phải thuốc giảm đau, không có tác dụng cắt cơn gout ngay.

- Nếu đang điều trị thuốc hạ acid uric lâu dài, không tự ý ngừng thuốc khi có cơn đau nếu chưa hỏi ý kiến bác sĩ.

3. Khi nào cần đi khám lại?

Người bệnh cần đến cơ sở y tế khi có các dấu hiệu:

- Đau khớp nhiều, không giảm sau 2–3 ngày dùng thuốc.
- Sốt, sưng đỏ nhiều khớp.

Xuất hiện đau dạ dày, nôn nhiều, tiêu chảy nặng khi dùng thuốc.

4. Phòng ngừa tái phát cơn gout

Để hạn chế tái phát cơn gout, người bệnh nên:

✓ Uống 2–2,5 lít nước mỗi ngày (nếu không có chống chỉ định).

✓ Hạn chế rượu bia, tập luyện thể dục thường xuyên.

✓ Tránh các chất có chứa nhiều purin như tạng động vật, hải sản, thịt đỏ.

✓ Duy trì cân nặng hợp lý.

✓ Tái khám và kiểm tra acid uric định kỳ.



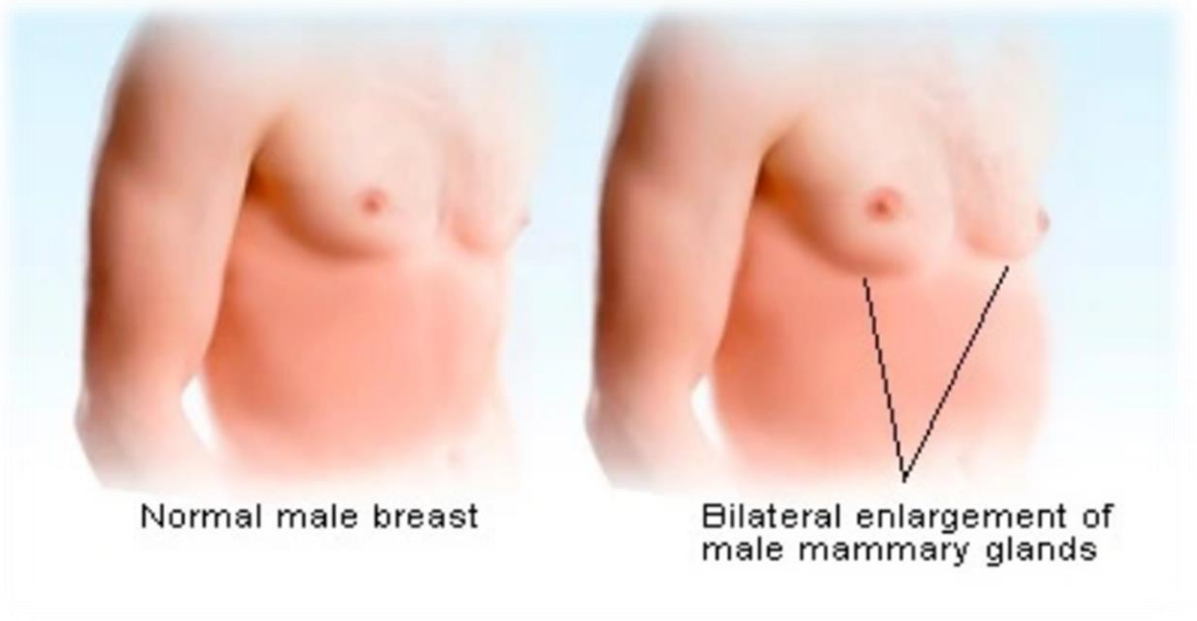
📌 Lưu ý: Việc sử dụng thuốc đúng chỉ định và thay đổi lối sống sẽ giúp kiểm soát tốt bệnh gout, giảm đau hiệu quả và phòng ngừa biến chứng.

Nguồn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp

MẤT CÂN BẰNG NỘI TIẾT TỐ DO THUỐC

Chứng vú to ở nam giới

Chứng vú to ở nam giới (gynaecomastia) xảy ra do mất cân bằng các hormon sinh dục ở nam giới, dẫn đến tăng sinh lành tính của mô tuyến vú, thường kèm theo lắng đọng mỡ khu trú tại vùng vú.Các biểu hiện lâm sàng bao gồm mô dưới quầng vú chắc hoặc đàn hồi, kèm theo tăng kích thước vú hoặc đau vùng vú.



Chứng vú to ở nam giới gây ra do thuốc

Thuốc là nguyên nhân của xấp xỉ 10-25% các trường hợp xuất hiện chứng vú to ở nam giới. Thời gian khởi phát các triệu chứng thường muộn có thể nhiều năm kể từ khi bắt đầu điều trị. Các thuốc, nhóm thuốc có thể gây rối loạn nội tiết tố dẫn đến chứng vú to ở nam giới thông qua nhiều cơ chế khác nhau như:

- Giảm tác dụng của hormon androgen tại mô vú, thông qua đối kháng thụ thể androgen hoặc ức chế tổng hợp androgen
- Giảm sản xuất testosteron, dẫn đến tăng hormon estrogen
- Tăng cường quá trình chuyển hóa androgen thành estrogen ở ngoại vi, đặc biệt tại mô mỡ
- Gây tác dụng tương tự estrogen hoặc thay đổi chuyển hóa estrogen,

- Tăng nồng độ prolactin, thúc đẩy tăng sinh mô tuyến vú

làm tăng phơi nhiễm estrogen tại mô vú.

Ví dụ về các loại thuốc được phê duyệt tại New Zealnd có liên quan đến chứng vú to ở nam giới hoặc các rối loạn vú liên quan (danh sách không đầy đủ)

Phân loại theo nhóm ATC	**Thuốc**
Hệ tiêu hoá	omeprazol, domperidon
Hệ tim mạch	atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin, digoxin, spironolacton, amlodipin, verapamil, diltiazem,
Da liễu	isotretinoin
Hệ tiết niệu sinh dục và hormon giới tính	testosteron, cyproteron, finasterid
Thuốc chống nhiễm trùng đường toàn thân	darunavir, zidovudin, efavirenz
Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	methotrexat, flutamid, bicalutamid
Hệ thần kinh	risperidon paliperidon, olanzapin, sertralin, fluoxetin, amitriptylin, methylphenidat

Báo cáo ca ở New Zealand

Từ 1/1/2016 đến 31/12/2025, có 24 trường hợp mắc chứng vú to ở nam giới được báo cáo cho Cơ sở dữ liệu Cảnh giác dược New Zealand. Các thuốc được báo cáo nhiều nhất là atorvastatin (3), finasterid (3), omeprazol (3), isotretinoin (2), risperidon (2) và rosuvastatin (2). Thời gian khởi phát triệu chứng dao động lớn từ khởi phát ngay lập tức sau khi sử dụng thuốc đến 10 năm kể

Cân nhắc khi kê đơn

Khi bệnh nhân nam xuất hiện chứng vú to cần cân nhắc đến nguyên nhân liên quan đến các thuốc đã và đang sử dụng. Các triệu chứng có thể cải thiện nhanh chóng khi giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc nghi ngờ, đặc biệt khi chứng vú to ở nam giới được phát hiện sớm. Khi tình trạng này kéo dài hơn 12 tháng, khả năng tự hồi phục mà không có can thiệp y tế sẽ

Nguồn: https://www.cbip.be/fr/antipsychotiques-et-dyskinesies-tardives-chez-lenfant/

CẢNH GIÁC DƯỢC

MEDSAFE: NGUY CƠ PHÙ MẠCH ĐƯỜNG RUỘT KHI SỬ DỤNG CÁC THUỐC ỨC CHẾ MEN CHUYỂN VÀ THUỐC CHẸN THỤ THỂ ANGIOTENSIN II

Thuốc ức chế men chuyển (ACEI) và *thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (ARB)* là 2 nhóm thuốc tác động lên hệ renin–angiotensin–aldosteron (RAA - một hệ thống quan trọng giúp điều hòa thể tích máu, cân bằng điện giải và sức cản mạch máu).

Bảng 1: Thuốc ức chế men chuyển và chẹn thụ thể angiotensin II ở Việt Nam

Thuốc ức chế men chuyển (ACEI)	Thuốc đối chẹn thụ thể angiotensin II (ARB)
Captopril Enalapril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril	Candesartan Irbesartan Losartan Valsartan

Phù mạch liên quan ACEI/ARB

Phù mạch là tình trạng sưng cục bộ dưới da hoặc dưới niêm mạc do dịch thoát ra khỏi lòng mạch vào các mô kẽ. Bất kỳ mô niêm mạc nào cũng có thể bị ảnh hưởng, tuy nhiên phù mạch thường gặp nhất ở lưỡi, mặt và đường hô hấp trên. Thuốc ức chế men chuyển (ACEI) gây phù mạch do làm tích tụ bradykinin. Phù mạch do ACEI có tần suất hiếm gặp, xuất hiện ở khoảng 0,1– 0,7% bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc này.

ACEI chống chỉ định ở bệnh nhân có tiền sử phù mạch do nhóm thuốc này. So với ACEI, ARB có nguy cơ gây phù mạch thấp hơn, tương đương các thuốc hạ huyết áp khác như chẹn beta và giả dược.

Phù mạch đường ruột do ACEI/ARB

Phù mạch đường ruột có thể xảy ra đơn độc hoặc kèm phù nơi khác, nhưng khó phát hiện và thường bị bỏ sót do biểu hiện không điển hình. Bệnh nhân có thể đau bụng, tiêu chảy, buồn nôn hoặc nôn, dễ nhầm với bệnh lý khác, gây khó khăn trong chẩn đoán và có thể dẫn đến thủ thuật không cần thiết.



Triệu chứng có thể tự cải thiện sau 2–3 ngày dù chưa ngừng thuốc nghi ngờ, nhưng ở một số trường hợp kéo dài nhiều năm trước khi được chẩn đoán.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

Cần cân nhắc đến nguy cơ phù mạch tại ruột ở bệnh nhân đang sử dụng thuốc ACEI/ARB khi bệnh nhân có biểu hiện sau:

- Xuất hiện đau bụng có hoặc không kèm các triệu chứng trên đường tiêu hóa khác.
- Hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc siêu âm bụng/khung chậu cho thấy thành ruột dày, có hoặc không có dịch ổ bụng.
- Nồng độ chất ức chế C1-esterase bình thường.
- Các triệu chứng giảm rõ rệt sau khi ngừng thuốc ACEI/ARB.

Nếu xác định phù mạch ruột, cần ngừng ngay các thuốc nghi ngờ.

Nguồn: *http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5778/medsafe-nguy-co-phu-mach-duong-ruot-lien-quan-acei-arb.htm*

TGA: CẬP NHẬT QUY ĐỊNH MỚI NHẰM GIẢM THIỂU NGUY CƠ BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN KHI SỬ DỤNG VITAMIN B6

Vitamin B6 (pyridoxin, pyridoxal, pyridoxamin) là vitamin tan trong nước, đóng vai trò coenzym trong hơn 150 phản ứng enzym liên quan đến chuyển hóa acid amin, carbohydrat và lipid. Thiếu vitamin B6 có thể gây bệnh lý thần kinh ngoại biên, viêm da dầu, viêm lưỡi, viêm khóe miệng; ở người lớn còn có thể gây lú lẫn và co giật.



Bệnh lý thần kinh ngoại biên là một tác dụng không mong muốn đã biết đối với vitamin B6. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng bao gồm cảm giác châm chích, bỏng rát hoặc tê bì bàn tay hoặc bàn chân.

Do nguy cơ này, kể từ ngày 01/3/2022, các thuốc chứa vitamin B6 với liều dùng hằng ngày trên 10 mg (hoặc tương đương) bắt buộc phải có cảnh báo sau trên nhãn: **"CẢNH BÁO - Ngừng sử dụng thuốc nếu bạn cảm thấy tê bì, bỏng rát hoặc ngứa ran và liên hệ với nhân viên y tế trong thời gian sớm nhất."**

Khuyến cáo mới của TGA:

Kể từ ngày 01/06/2027, các sản phẩm vitamin B6 đường uống có liều khuyến cáo hàng ngày trên 50 mg hoặc tương đương sẽ chỉ được cấp phát khi có sự tư vấn của dược sĩ, và đối với các chế phẩm chứa trên 200 mg vitamin B6 trong liều khuyến cáo hàng ngày cần có đơn thuốc của bác sĩ.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế: Mặc dù thời điểm áp dụng các quy định mới có hiệu lực từ ngày 01/06/2027, tuy nhiên TGA khuyến cáo nhân viên y tế chủ động thực hiện các biện pháp giảm thiểu nguy cơ ngay từ bây giờ:

- Cân nhắc lợi ích nguy cơ ngộ độc vitamin B6 trên các bệnh nhân có những dấu hiệu của bệnh lý thần kinh ngoại biên.
- Đánh giá toàn diện lượng vitamin B6 bệnh nhân hấp thu, bao gồm các chế phẩm bổ sung vitamin nhóm B, đa vitamin, sản phẩm chứa magnesi hoặc kẽm (đặc biệt các chế phẩm phối hợp) và cả nguồn từ thực phẩm, đồ uống hằng ngày để ước tính tổng lượng nạp vào.
- Các triệu chứng phổ biến nhất liên quan đến ngộ độc vitamin B6 lại tương tự như các triệu chứng thiếu vitamin B6. Do đó, cần cảnh báo bệnh nhân rằng họ có thể vô tình làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh khi sử dụng các sản phẩm bổ sung có chứa vitamin B6.
- Lưu ý về tình trạng người tiêu dùng khó nhận biết về sự có mặt của vitamin B6 trong một số sản phẩm, đặc biệt khi nhãn sản phẩm chỉ ghi tên hóa học mà không ghi tên thông dụng là vitamin B6. Điều này làm ảnh hưởng việc khai thác các sản phẩm sử dụng và gây chậm trễ trong phát hiện và ngừng thuốc kịp thời.



Nguồn: https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5805/tga-quy-dinh-moi-nham-giam-thieu-nguy-co-benh-ly-than-kinh-lien-quan-vitaminb6.htm

HỘI THẢO KHOA HỌC " NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG THỰC HÀNH QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP" TẠI BỆNH VIỆN C THÁI NGUYÊN

📥 Hưởng ứng Ngày Thế giới phòng, chống Tăng huyết áp (17/5),

Chiều ngày 14/05/2026, Bệnh viện C Thái Nguyên phối hợp cùng Công ty TNHH Servier Việt Nam tổ chức thành công Hội thảo khoa học với chủ đề: "Nâng cao chất lượng thực hành quản lý tăng huyết áp".



♻️Chương trình vinh dự đón tiếp các đại biểu, chuyên gia và khách mời:

🔶BSCKII. Lê Thị Thanh Bình – Bí thư Đảng ủy, Giám đốc Bệnh viện C Thái Nguyên, chủ trì hội thảo.

🔶TS.BS. Bùi Long – Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị - Báo cáo viên tại hội thảo.

🔶Đại diện lãnh đạo Công ty TNHH Servier Việt Nam.

🔶Hơn 100 bác sĩ, dược sĩ đến từ Bệnh viện C Thái Nguyên cùng các đơn vị y tế trên địa bàn như: Bệnh viện Gang Thép Thái Nguyên, Bệnh viện Phổ Yên, Bệnh viện Sông Công, Bệnh viện C-Mec Đại Từ, Bệnh viện Đa khoa Phú Bình…



BSCKII. Lê Thị Thanh Bình



TS.BS. Bùi Long

📥 Hội thảo là dịp để đội ngũ y bác sĩ, dược sĩ cập nhật kiến thức chuyên môn, chia sẻ kinh nghiệm thực tiễn và cùng thảo luận các giải pháp nâng cao hiệu quả quản lý, điều trị tăng huyết áp – một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến và nguy hiểm hiện nay.

🌺Phát biểu khai mạc hội thảo, BSCKII. Lê Thị Thanh Bình nhấn mạnh: Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng tim mạch nguy hiểm như đột quỵ, suy tim, nhồi máu cơ tim… Tuy nhiên, bệnh thường diễn tiến âm thầm nên được ví như "kẻ giết người thầm lặng".

Đồng chí cũng khẳng định, hội thảo là cơ hội để đội ngũ cán bộ y tế cùng nhìn nhận thực trạng quản lý tăng huyết áp tại đơn vị; trao đổi kinh nghiệm điều trị cho các nhóm bệnh nhân từ người cao tuổi, bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 đến những trường hợp chưa kiểm soát tốt huyết áp dù đã phối hợp nhiều thuốc. Qua đó, hướng tới các giải pháp điều trị hiệu quả, an toàn và cá thể hóa hơn cho người bệnh.

♻️ Tại hội thảo, các báo cáo viên đã trình bày nhiều chuyên đề chuyên môn có giá trị thực tiễn cao:

👉TS.BS. Bùi Long - Phó giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị chia sẻ những điểm nổi bật trong hướng dẫn quản lý tăng huyết áp của Hội Tim mạch học Việt Nam, đặc biệt là mô hình quản lý tăng huyết áp "5Đ", giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng tim mạch.

👉DS. Đinh Thị Phương– khoa Dược Bệnh viện C trình bày tổng quan thực trạng điều trị và quản lý bệnh tăng huyết áp tại đơn vị, đồng thời phân tích những thuận lợi, khó khăn trong công tác theo dõi và kiểm soát huyết áp cho người bệnh.

👉 DSCKI. Vũ Hồng Lụa – Phó Trưởng khoa Dược Bệnh viện C trình bày bài báo cáo về "Vai trò của dược sĩ lâm sàng trong quản lý tăng huyết áp"



Ảnh: TS.BS. Bùi Long chia sẻ tại hội thảo



💥 Hội thảo không chỉ là diễn đàn khoa học giúp đội ngũ cán bộ y tế cập nhật kiến thức chuyên môn mà còn góp phần tăng cường kết nối, chia sẻ kinh nghiệm giữa các cơ sở y tế trong khu vực.

Thông qua chương trình, Bệnh viện C Thái Nguyên tiếp tục khẳng định cam kết không ngừng nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, đẩy mạnh công tác quản lý bệnh lý mạn tính, đặc biệt là tăng huyết áp, nhằm giúp người dân kiểm soát huyết áp hiệu quả, phòng ngừa biến chứng và bảo vệ sức khỏe tim mạch.



TRIỂN KHAI TDM VANCOMYCIN 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2026 TẠI BỆNH VIỆN C

💊 Vancomycin là một kháng sinh glycopeptide, có tác dụng diệt khuẩn được dùng theo đường tĩnh mạch để điều trị cho những bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã được xác định nhiễm trùng Gram (+) xâm lấn, bao gồm cả Tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA).

📌 Trên lâm sàng, điều trị bằng Vancomycin có liên quan đến một số tác dụng phụ như tổn thương thận cấp tính (AKI) và độc tính trên tai. Do phạm vi điều trị hẹp của vancomycin, nên việc theo dõi nồng độ thuốc trong máu (TDM) rất cần thiết để tối đa hóa hiệu quả trong khi ngăn ngừa những tác dụng phụ này. Thuốc không phù hợp dùng đơn độc để điều trị một số loại nhiễm khuẩn trừ khi đã xác định được tác nhân gây bệnh hoặc rất nghi ngờ rằng tác nhân gây bệnh có thể điều trị bằng Vancomycin.

📍 Nhằm thực hiện sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả, từ năm 2025 Bệnh viện C đã triển khai "***Định lượng Vancomycin và giám sát nồng độ thuốc trong máu trên bệnh nhân người lớn và trẻ em***" với sự phối hợp giữa Khoa Dược, Khoa Xét nghiệm và các khoa lâm sàng.

📊 Kết quả nổi bật triển khai TDM trong 6 tháng đầu năm 2026:

Nội dung	Kết quả
Kết quả thực hiện	
Số bệnh nhân được chỉ định TDM	29 bệnh nhân *Trong đó: 17 bệnh nhân trẻ em* *12 bệnh nhân người lớn*
Tổng số mẫu định lượng	35
Khoa lâm sàng tham gia	6 khoa *Trong đó: Nhi 17 bệnh nhân* *HSCC 3 bệnh nhân* *Ngoại chấn thương 3 bệnh nhân* *Truyền nhiễm 3 bệnh nhân* *Nội tim mạch 2 bệnh nhân* *Nội tổng hợp 1 bệnh nhân*

Kết quả sau định lượng		
Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu (giữ nguyên liều)		**8/29** (27,5%) *Trong đó: 4 bệnh nhân trẻ em* *4 bệnh nhân người lớn*
Tỷ lệ bệnh nhân cần hiệu chỉnh liều		**21/29** (72,5%)
	Tăng liều	7 bệnh nhân *Trong đó: 4 bệnh nhân trẻ em* *3 bệnh nhân người lớn*
	Giảm liều	13 bệnh nhân *Trong đó: 8 bệnh nhân trẻ em* *5 bệnh nhân người lớn*
Kết quả sau hiệu chỉnh		
Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu		**21/21** (100%)

🚀 Hoạt động theo dõi và định lượng nồng độ Vancomycin trong máu được triển khai tại Bệnh viện C trong 6 tháng đầu năm 2026 đã đạt được những kết quả tích cực. Quy trình được thực hiện tương đối đồng bộ, bảo đảm sự phối hợp giữa các đơn vị chuyên môn, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ độc tính và thúc đẩy sử dụng kháng sinh hợp lý.

Biên soạn: Tổ Dược lâm sàng - Khoa Dược, Bệnh viện C

.

BỆNH VIỆN C

BẢN TIN
THÔNG TIN THUỐC

SỐ 1 NĂM 2026

MỌI Ý KIẾN ĐÓNG GÓP GỬI VỀ:

DLSBVCTN@gmail.com

Xin trân trọng cảm ơn!



TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ