

SỞ Y TẾ ĐỒNG THÁP
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHÂU THÀNH

BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC

Số 1 - Năm 2025



Lưu hành nội bộ

NỘI DUNG

Lưu ý khi sử dụng Ceftriaxon cho trẻ sơ sinh

Một số thông tin Dược lý lâm sàng cần lưu ý với
kháng sinh Cefamandol

Hướng dẫn về truyền kéo dài, truyền liên tục kháng
sinh Beta-lactam điều trị các nhiễm khuẩn nặng

Sử dụng hợp lý các thuốc không kê đơn trong điều
trị cảm lạnh và dị ứng

Điểm
tin
Cảnh
giác
Dược

ANSM: Pháp thắt chặt điều kiện kê đơn và
cấp phát valproat trên trẻ vị thành niên và
nam giới dự định có con

Health Canada: Cảnh báo về nguy cơ hội
chứng bệnh não sau (PRES) và hội chứng
co thắt mạch máu não (RCVS) khi sử dụng
pseudoephedrin

Nguy cơ động kinh khi sử dụng thuốc kháng
histamin thế hệ 1 trên trẻ nhỏ: Thông tin từ
bản tin BIP Occitanie số 4/2024

Hậu quả khi sử dụng quá liều metformin:
Thông tin từ bản tin BIP Occitanie số 4/2024

LƯU Ý KHI SỬ DỤNG CEFTRIAxon CHO TRẺ SƠ SINH

Nguồn: Bản tin Thông tin thuốc - Bệnh viện Bạch Mai

Ceftriaxon là kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 có thể sử dụng cho trẻ sơ sinh, tuy nhiên cần lưu ý về đặc điểm quan trọng của thuốc là khả năng **gắn với protein cao** (85 - 90%) dẫn tới cạnh tranh với bilirubin và có **tương kỵ với chế phẩm chứa muối canxi**.

1. Lựa chọn thay thế cho ceftriaxon

❖ **Cefotaxim:** là kháng sinh có khoảng điều trị rộng, thời gian bán thải ngắn, liên kết với protein huyết tương ít hơn ceftriaxon (40%), có khả năng thâm tốt vào dịch não tủy và có độc tính trên thận thấp hơn. Cefotaxim là kháng sinh được khuyến cáo ưu tiên lựa chọn trên trẻ sơ sinh do các đặc điểm được lược học/được động học thuận lợi kể trên.

❖ **Ceftazidim:** So với ceftriaxon, ceftazidim có phổ tác dụng rộng hơn và có hoạt tính chống Pseudo- monas. Tuy nhiên ceftazidim có thể gây ảnh hưởng tới hệ vi sinh đường ruột và làm gia tăng đề kháng kháng sinh. Nên dự trữ ceftazidim cho các bệnh lý nhiễm khuẩn nặng.

❖ **Cefoperazon:** thuốc có hoạt tính trên Pseudo- monas tương tự ceftazidim. Thuốc đạt nồng độ cao trong mật tuy nhiên khả năng thâm vào dịch não tủy hạn chế. Cefoperazon liên kết mạnh với protein (82 - 93%) do đó cần lưu ý khi sử dụng cho trẻ sơ sinh tương tự ceftriaxon. Dữ liệu an toàn trên trẻ sơ sinh về cefoperazon hạn chế, do đó cần cân nhắc lợi ích/nguy cơ khi lựa chọn.

2. Liều dùng

- Nhiễm khuẩn không phải viêm màng não (Tuổi sau sinh ≥ 14 ngày): 50 mg/kg mỗi 24 giờ.

- Viêm màng não (Tuổi sau sinh ≥ 14 ngày): 100 mg/kg liều nạp vào ngày 1, sau đó 80 mg/kg mỗi 24 giờ liều duy trì bắt đầu từ ngày thứ 2.

- Bệnh lý nhãn khoa ở trẻ sơ sinh: Tham khảo hướng dẫn chuyên khoa.

3. Cảnh báo và thận trọng

Chống chỉ định được áp dụng riêng cho trẻ sơ sinh, nhưng không áp dụng cho trẻ nhũ nhi (infant) (tuổi thai hiệu chỉnh > 44 tuần) hay trẻ em.

Trong bệnh lý nhãn khoa ở trẻ sơ sinh đã được xác định hoặc nghi ngờ do *Neisseria gonorrhoeae*, có thể dùng **một liều duy nhất** ceftriaxon mặc dù có các bệnh cảnh chống chỉ định, kể cả tăng bilirubin máu. Tuy nhiên, nên tránh dùng canxi tĩnh mạch trong vòng 48 giờ trước hoặc sau khi dùng ceftriaxon, đồng thời đánh giá và điều trị tình trạng tăng bilirubin máu như bình thường.

Nên tránh sử dụng ceftriaxon cho trẻ sơ sinh đang dùng dung dịch chứa canxi do đã có các báo cáo tử vong và phản ứng nghiêm trọng do tích lũy phức hợp canxi-ceftriaxon trong mạch máu của trẻ sơ sinh.

Nên tránh sử dụng ceftriaxon cho trẻ sơ sinh tăng bilirubin máu do cạnh tranh liên kết với albumin dẫn tới nguy cơ bệnh não vàng da nhân hoặc bệnh não do bilirubin.

Có thể dùng ceftriaxon (Đáp ứng TẤT CẢ ĐIỀU KIỆN)	Chống chỉ định dùng ceftriaxon (có BẤT KỲ yếu tố nào)
Tuổi sau sinh ≥ 14 ngày	Tăng nồng độ bilirubin không liên hợp trong máu
Tuổi thai hiệu chỉnh (tuổi thai + tuổi sau sinh) ≥ 41 tuần	Đã dùng bất kì dung dịch nào chứa canxi trong vòng 48 giờ sử dụng ceftriaxon
Bilirubin toàn phần ≤ 5 mg/dL	Có bệnh lý nặng (nhiễm toan, hạ huyết áp)
Không sử dụng dung dịch chứa canxi trong vòng 48 giờ sau khi dùng ceftriaxon	Có khả năng sẽ phải sử dụng chế phẩm canxi tĩnh mạch
Chưa sử dụng dung dịch chứa canxi nào trước khi dùng ceftriaxon	Có hạ canxi máu cấp tính và có thể sẽ phải sử dụng canxi tĩnh mạch

MỘT SỐ THÔNG TIN DƯỢC LÝ LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý VỚI KHÁNG SINH CEFAMANDOL

Nguồn: Bản tin Thông tin thuốc - Bệnh viện Bạch Mai

Cefamandol là kháng sinh cephalosporin thế hệ hai, có phổ kháng khuẩn trên một số vi khuẩn Gram dương (chủ yếu là liên cầu và tụ cầu nhạy cảm với methicillin, MSSA) và một số vi khuẩn Gram âm (*Haemophilus influenzae*, vi khuẩn Gram âm đường ruột), thuốc không có hoạt tính trên vi khuẩn sinh ESBL và vi khuẩn kỵ khí. Với phổ kháng khuẩn hẹp, trong thực hành lâm sàng, cef- amandol nên được ưu tiên sử dụng để dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật với các trường hợp phẫu thuật sạch, sạch - nhiễm và cần hạn chế chỉ định trong điều trị các nhiễm trùng bệnh viện do tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các vi sinh vật gây bệnh đã ở mức cao.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Gây mê Hồi sức Pháp (SFAR) năm 2017 và Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế, sử dụng cefamandol trong dự phòng phẫu thuật được phân loại theo mức độ ưu tiên như sau:

1. Chỉ định ưu tiên

Cefamandol là lựa chọn ưu tiên để dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ cho các phẫu thuật:

- **Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực:** với các phẫu thuật liên quan đến tim, phổi, và mạch máu lớn.

- **Phẫu thuật xương khớp và chỉnh hình:** các phẫu thuật thay khớp hoặc can thiệp chỉnh hình có liên quan đến dụng cụ kim loại.

- **Phẫu thuật tiết niệu:** các phẫu thuật liên quan đến hệ tiết niệu, đặc biệt là ở những người bệnh có nguy cơ nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram âm như *Escherichia coli*.

2. Chỉ định thay thế

Cefamandol có thể được sử dụng là kháng sinh thay thế trong các tình huống sau đây, trong trường hợp cần thiết nên cân nhắc sử dụng các kháng sinh có phổ tác dụng rộng hơn:

- **Phẫu thuật tiêu hóa:** các phẫu thuật đại tràng, trực tràng và các khu vực có hệ vi sinh kỵ khí, cần phối hợp với metronidazol. Tuy nhiên, cefamandol không phải là lựa chọn tối ưu cho tất cả các phẫu thuật tiêu hóa, và có thể cần thay thế bằng các kháng sinh có phổ tác dụng rộng hơn.

- **Phẫu thuật sản, phụ khoa:** cefamandol có thể được sử dụng trong các phẫu thuật như mổ lấy thai hoặc cắt tử cung, tuy nhiên không phải là lựa chọn đầu tay để dự phòng cho các phẫu thuật này. Các kháng sinh khác có hiệu quả cao hơn trong việc bao phủ cả vi khuẩn Gram âm và Gram dương có thể được ưu tiên lựa chọn, tùy theo nguy cơ nhiễm khuẩn cụ thể.

Các hướng dẫn đều nhấn mạnh việc sử dụng cefamandol trong dự phòng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật cần được thực hiện chặt chẽ và đúng thời điểm. Liều dùng được khuyến cáo cho người bệnh người lớn là 1 - 2 g, tiêm tĩnh mạch chậm. Nên cân nhắc giảm liều hoặc tăng khoảng cách giữa các liều tiêm nếu cần sử dụng liều lặp lại khi sử dụng cho những người bệnh suy giảm chức năng thận có độ thanh thải creatinin dưới 50 mL/phút. Thời gian tối ưu để sử dụng

cefamandol là trong vòng **30 - 60 phút trước khi rạch da**. Nếu thời gian phẫu thuật kéo dài, có thể cần thêm liều bổ sung sau **3 - 4 giờ** để đảm bảo nồng độ kháng sinh đủ trong máu để ngăn ngừa

nhiễm trùng. Thời gian sử dụng kháng sinh dự phòng nên được giới hạn trong vòng 24 giờ sau khi kết thúc cuộc mổ với đa số các phẫu thuật và trong vòng 48 giờ sau khi kết thúc phẫu thuật tim mạch.

HƯỚNG DẪN VỀ TRUYỀN KÉO DÀI, TRUYỀN LIÊN TỤC KHÁNG SINH BETA-LACTAM ĐIỀU TRỊ CÁC NHIỄM KHUẨN NẶNG

Nguồn: Bản tin Thông tin thuốc - Bệnh viện Bạch Mai

Beta-lactam là kháng sinh có hiệu lực diệt khuẩn phụ thuộc vào thời gian duy trì được nồng độ thuốc trên nồng độ ức chế tối thiểu với chủng vi khuẩn gây bệnh (MIC). Kháng sinh nhóm beta-lactam hiện giữ vai trò quan trọng trong phác đồ điều trị người bệnh nhiễm khuẩn nặng tuy nhiên tình hình đề kháng của vi khuẩn gây bệnh với nhóm kháng sinh này có xu hướng ngày càng gia tăng. Nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp truyền ngắt quãng (thời gian ngắn từ 30 phút - 1 giờ) so với truyền kháng sinh beta-lactam kéo dài hoặc truyền liên tục. Các thử nghiệm được công bố gần đây phải kể đến bao gồm thử nghiệm MERCY công bố trên Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ (JAMA) tháng 7/2023 hay thử nghiệm BLINGIII công bố trên JAMA tháng 6/2024. Kết quả của tổng quan hệ thống được đăng tải trên JAMA tháng 6/2024 phân tích dữ liệu từ 18 thử nghiệm lâm sàng phân nhóm ngẫu nhiên, so sánh giữa truyền liên tục và truyền ngắt quãng các kháng sinh beta-lactam với tổng cộng 9108 người bệnh người lớn có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết (sepsis) hoặc shock nhiễm trùng đang điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực (ICU) cho thấy việc truyền kéo dài hoặc truyền liên tục các kháng sinh beta-lactam giúp giảm nguy cơ tử vong tại ICU (RR, 0,84; CI 95%, 0,70 - 0,97) và tăng tỷ lệ thành công lâm sàng (RR, 1,16; CI 95%, 1,07 - 1,31). Khuyến cáo cập nhật đồng thuận năm

2023 giữa các Hội chuyên môn gồm Hội Dược lâm sàng Hoa Kỳ (ACCP), Hiệp hội thuốc kháng khuẩn Vương quốc Anh (SAC), Hội nghiên cứu bệnh xơ nang (CFF), Hội vi sinh lâm sàng và các bệnh truyền nhiễm Châu Âu (ESCMID), Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA), Hội Y học điều trị tích cực (SCCM), Hội các dược sĩ trong lĩnh vực bệnh Truyền nhiễm (SIDP) đã đề xuất áp dụng truyền dài hoặc liên tục kháng sinh beta-lactam ở người bệnh nặng đang điều trị tại ICU, đặc biệt trong trường hợp điều trị nhiễm trùng do vi khuẩn Gram âm đa kháng.

Khi truyền kéo dài hoặc liên tục kháng sinh be- ta-lactam, cần lưu ý cách pha, thời gian truyền để đảm bảo thuốc ổn định về mặt hóa học trong suốt quá trình sử dụng thuốc. Kháng sinh beta-lactam nên được sử dụng liều nạp (loading dose) ban đầu giúp đẩy nhanh tốc độ đạt nồng độ điều trị của thuốc tại mô nhiễm trùng trong ngày đầu tiên sử dụng. Sử dụng liều nạp được khuyến cáo áp dụng với truyền liên tục các kháng sinh này. Khi cần chỉ định truyền kéo dài, liên tục các kháng sinh be- ta-lactam để điều trị các nhiễm khuẩn nặng tại các đơn vị điều trị người bệnh nặng, các bác sĩ, dược sĩ và điều dưỡng có thể tham khảo “Hướng dẫn về truyền kéo dài, truyền liên tục khi dùng chế độ liều cao điều trị các nhiễm trùng nặng” được ban hành áp dụng trong Bệnh viện, chi tiết được trình bày trong Bảng dưới đây.

Danh mục từ viết tắt

Từ viết tắt	Diễn giải tiếng Anh	Diễn giải tiếng Việt
ACCP	American College of Chest Physicians	Hội Thầy thuốc lồng ngực Hoa kỳ
BSAC	British Society for Antimicrobial Chemotherapy	Hiệp hội thuốc kháng khuẩn Vương quốc Anh
CFF	Cystic Fibrosis Foundation	Hội nghiên cứu bệnh xơ nang
ESC- MID	European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases	Hội vi sinh lâm sàng và các bệnh truyền nhiễm Châu Âu
ICU	Intensive Care Unit	Đơn vị chăm sóc tích cực
IDSA	Infectious Diseases Society of America	Hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ
JAMA	The Journal of the American Medical Association	Tạp chí của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ
MIC	Minimum Inhibitor Concentration	Nồng độ ức chế tối thiểu với chủng vi khuẩn gây bệnh
SCCM	Society of Critical Care Medicine	Hội Y học điều trị tích cực
SIDP	Society of Infectious Diseases Pharmacists	Hội các dược sĩ trong lĩnh vực bệnh Truyền nhiễm

Bảng. Chế độ liều theo MIC của vi khuẩn, chức năng thận của người bệnh và hướng dẫn pha truyền kéo dài, truyền liên tục kháng sinh

Kháng sinh	Liều nạp*	Liều theo chức năng thận	MIC đề kháng và đích PK/PD	Hoàn nguyên	Pha loãng để truyền	Độ ổn định
Ceftriaxon	0,5 g truyền trong 30 phút	Clcr < 30 mL/phút: 2 g mỗi 24 giờ truyền trong 1 giờ	4 mg/L $f_{T>MIC} > 100\%$	15 mL trong NaCl 0,9%	1 - 2 g trong 40 mL NaCl 0,9%, Glucose 5% Nồng độ sau pha loãng: 50 mg/mL	24 giờ
		Clcr > 30 mL/phút: 2 - 4 g truyền liên tục mỗi 24 giờ				
Ceftazidim	2 g truyền trong 30 phút	Clcr > 50 mL/phút: truyền liên tục 1 - 2 g mỗi 8 giờ	8 mg/L $f_{T>MIC} > 40\%$ $f_{T>MIC} > 100\%$	1 g trong 10 mL nước cất pha tiêm	1 g trong 50 mL NaCl 0,9%, Glucose 5%, Ringer Lactat Nồng độ sau pha loãng: 20 mg/mL	24 giờ Sản phẩm chuyển hoá pyridine có thể gây độc tính. Giữ nồng độ $\leq 3\%$ và nhiệt độ 15 - 25°C
		Clcr 30 - 50 mL/phút: truyền liên tục 1 g mỗi 8 giờ				
		Clcr < 30 mL/phút: chưa tìm được dữ liệu				
Cefepim	15 mg/kg 2 g Truyền trong 30 phút	Clcr > 90 mL/phút: 3 - 6 g truyền liên tục hoặc 2 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài trong 4 giờ	8 mg/L $f_{T>MIC} > 50\%$ $f_{T>MIC} > 100\%$	1 - 2 g trong 10 mL nước cất pha tiêm, NaCl 0,9%	1 - 2 g trong 50 - 100 mL NaCl 0,9%, Glucose 5% được dung dịch nồng độ ~19 - 38 mg/mL	Nhiệt độ phòng: 24 giờ
		Clcr 60 - 90 mL/phút: 3 g truyền liên tục hoặc 2 g mỗi 12 giờ truyền kéo dài trong 4 giờ				
		Clcr 30 - 60 mL/phút: 1,5 g truyền liên tục hoặc 1 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài 4 giờ				
		Clcr 10 - 30 mL/phút: 0,75 g truyền liên tục hoặc 0.5 - 1 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài trong 4 giờ				
Meropenem	0,5 - 1 g truyền trong 30 phút	Clcr > 91 mL/phút: 4,5 - 6 g truyền liên tục mỗi 24 giờ	8 mg/L $f_{T>MIC} > 98\%$	1 g trong 20 mL nước cất pha tiêm	1 - 2 g trong 50 - 100 mL NaCl 0,9% Nồng độ sau pha loãng: 1 - 40mg/mL	25°C 50 mg/mL: 3 giờ 40mg/mL: 8 giờ 10 - 20mg/mL: 12 giờ
		Clcr 50 - 90 mL/phút: 3 - 4,5 g truyền liên tục mỗi 24 giờ				
		Clcr 30 - 49 mL/phút: 3 g truyền liên tục mỗi 24 giờ				
		Clcr 10 - 29 mL/phút: 1 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài trong 3 giờ				

Kháng sinh	Liều nạp*	Liều theo chức năng thận	MIC đề kháng và đích PK/PD	Hoàn nguyên	Pha loãng để truyền	Độ ổn định
Imipenem/ cilastatin	1 g/1 g truyền trong 1 giờ	Clcr > 90 mL/phút: 1 g/1 g mỗi 6 giờ truyền kéo dài trong 3 giờ	8 mg/L $f_{T>MIC} > 40\%$	0,5 g/0,5 g trong 10 mL NaCl 0,9%	0,5 g/0,5 g trong 100 mL NaCl 0,9%, Glucose 5%, Ringer Lactat	25°C: 4 giờ
		Clcr 60 - 90 mL/phút: 1 g/1 g mỗi 8 giờ truyền kéo dài trong 3 giờ				
		Clcr < 60 mL/phút: 0,5 g/0,5 g mỗi 6 giờ truyền kéo dài trong 3 giờ				
Piperacillin/ tazobactam	4 g/0,5 g truyền trong 30 phút	Clcr > 90 mL/phút: 8 g/1 g - 16 g/2 g truyền liên tục mỗi 24 giờ	16 mg/L $f_{T>MIC} > 100\%$	4 g/0,5 g trong 20 mL nước cất pha tiêm, NaCl 0,9%	50 - 150 mL NaCl 0,9%	25°C: 24 giờ
		Clcr 40 - 90 mL/phút: 4 g/0,5 g mỗi 6 giờ truyền kéo dài trong 3 - 4 giờ; hoặc truyền liên tục 8 g/1 g - 16 g/2 g truyền liên tục mỗi 24 giờ				
		Clcr 20 - 40 mL/phút: 4 g/0,5 g mỗi 8 - 12 giờ truyền kéo dài trong 3 - 4 giờ				
		Clcr < 20 mL/phút: 4 g/0,5 g mỗi 12 giờ truyền kéo dài trong 3 - 4 giờ				
Ceftazidim/ avibactam	2 g/0,5 g truyền trong 1 giờ	Clcr > 50 mL/phút: 2 g/0,5 g mỗi 8 giờ truyền trong 2 - 4 giờ hoặc truyền liên tục	8/8 mg/L $f_{T>MIC} > 50\%$	2 g/0,5g trong 10 mL nước cất pha tiêm	50 - 250 mL NaCl 0,9%, Glucose 5% Nồng độ sau pha loãng: 8/2 - 40/10 mg/ mL	Nhiệt độ phòng: 24 giờ
		Clcr 30 - 50 mL/phút: 1 g/0,25 g mỗi 8 giờ truyền trong 2 - 4 giờ				
		Clcr 15 - 30 mL/phút: 0,75 g/0,1875 g mỗi 12 giờ truyền trong 2 - 4 giờ				
		Clcr 6 - 15 mL/phút: 0,75 g/0,1875 g mỗi 24 giờ truyền trong 2 - 4 giờ				
Ceftolozan/ tazobactam	2 g/1 g truyền trong 1 giờ	Clcr > 50 mL/phút: 2 g/1 g mỗi 8 giờ truyền trong 2 - 4 giờ hoặc truyền liên tục	8/4 mg/L $f_{T>MIC} > 35 - 40\%$	1 g/0,5 g đến 2 g/1 g trong 10 mL nước cất pha tiêm, NaCl 0,9%	100 mL NaCl 0,9%, Glucose 5%	Nhiệt độ phòng: 24 giờ
		Clcr < 50 mL/phút: 1 g/0,5 g mỗi 8 giờ truyền trong 2 - 4 giờ hoặc truyền liên tục	Tazobactam: $f_{T>1 \text{ mg/L}} > 20\%$			

Ghi chú

*Liều nạp được khuyến cáo sử dụng cùng chế độ liều truyền liên tục kháng sinh, liều nạp có thể được cân nhắc trên người bệnh: thừa cân, béo phì, giảm albumin máu, tăng thanh thải thận, nhiễm trùng tại các vị trí sâu (màng não, đường mật...)

Clcr: Mức lọc cầu thận;

$f_{T>MIC}$: Tỷ lệ thời gian nồng độ thuốc đạt trên giá trị nồng độ ức chế tối thiểu trong 1 khoảng đưa liều G5%:

Dung dịch Glucose 5%;

MIC: Nồng độ ức chế tối thiểu với chủng vi khuẩn gây bệnh NCPT: Nước cất vô khuẩn pha tiêm

R: Dịch truyền Ringer;

RL: Dịch truyền Ringer lactat.

SỬ DỤNG HỢP LÝ CÁC THUỐC KHÔNG KÊ ĐƠN TRONG ĐIỀU TRỊ CẢM LẠNH VÀ DỊ ỨNG

Nguồn: Bản tin Cảnh giác dược - Trung tâm DI&ADR

Việc sử dụng thuốc không kê đơn (OTC) để làm giảm các triệu chứng cảm lạnh thông thường và viêm mũi dị ứng ngày càng trở nên phổ biến với nhiều loại chế phẩm đa dạng. Các nhóm thuốc điều trị chính bao gồm: thuốc trị nghẹt mũi, thuốc kháng histamin, corticosteroid dạng xịt, thuốc giảm ho, thuốc long đờm và thuốc giảm đau hạ sốt. Dược sĩ đóng vai trò rất quan trọng trong việc tư vấn lựa chọn thuốc dựa trên nhu cầu và tình trạng sức khỏe của người bệnh, hướng dẫn sử dụng thuốc hợp lý và ngăn ngừa lạm dụng thuốc, giúp tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu nguy cơ từ các thuốc OTC. Các thuốc không kê đơn (OTC) điều trị cảm lạnh và dị ứng ngày càng được sử dụng rộng rãi và chiếm một tỷ lệ đáng kể trong thị phần của thuốc OTC nói chung. Cảm lạnh thông thường là một bệnh nhiễm virus cấp tính, tự giới hạn ở đường hô hấp trên, chủ yếu do chủng Rhinovirus gây ra. Các triệu chứng phổ biến bao gồm ho, nghẹt mũi, sốt nhẹ và mệt mỏi, thường xuất hiện từ 1 đến 2 ngày sau khi nhiễm bệnh và giảm dần trong vòng từ 7 đến 10 ngày. Tuy nhiên, một số triệu chứng có thể kéo dài đến 3 tuần. Các loại thuốc sẵn có giúp làm giảm các triệu chứng kiểu cảm lạnh bao gồm thuốc kháng histamin, thuốc trị nghẹt mũi, thuốc long đờm, thuốc giảm ho và thuốc giảm đau hạ sốt, có thể dưới dạng đơn độc hoặc phối hợp. Một số lựa chọn phổ biến về thuốc OTC để giảm triệu chứng của viêm mũi dị ứng bao gồm corticosteroid dạng xịt mũi, thuốc kháng histamin và thuốc trị nghẹt mũi. Điểm đáng chú ý là các thuốc OTC có thể gây hại cho trẻ dưới 2 tuổi; vào năm 2008, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã khuyến cáo tránh dùng các thuốc OTC trong điều trị cảm lạnh và dị ứng cho lứa tuổi này. Kể từ đó, các nhà sản xuất đã cập nhật nhãn thuốc với cảnh báo “Không sử dụng cho trẻ dưới 4 tuổi”. Đối với trẻ em trong khoảng từ 4 đến 6 tuổi, các bằng chứng lâm sàng về lợi ích của việc sử dụng các thuốc trên còn hạn chế.

❖ Thuốc trị nghẹt mũi

Đối với triệu chứng nghẹt mũi, các thuốc đường toàn thân hoặc tại chỗ đều có thể có hiệu quả. Thuốc trị nghẹt mũi là chất chủ vận adrenergic, có tác dụng làm co các mao mạch trong mũi và giảm phù nề niêm mạc. Các thuốc trị nghẹt mũi đường toàn thân phổ biến là phenylephrin và pseudoephedrin, trong khi các thuốc tại chỗ bao gồm các hoạt chất có tác dụng ngắn (ephedrin, naphazolin và phenylephrin) và tác dụng kéo dài (oxymetazolin).

Pseudoephedrin đường uống được cho là có tác dụng tốt hơn phenylephrin. Các nghiên cứu cho thấy pseudoephedrin cho hiệu quả vượt trội hơn so với cả phenylephrin và placebo, trong khi phenylephrin không có khác biệt đáng kể so với placebo. Điều này có thể do phenylephrin bị chuyển hóa mạnh trong cơ thể, dẫn đến sinh khả dụng thấp. Mặc dù hiện vẫn được sử dụng phổ biến trong điều trị cảm lạnh và dị ứng, hiệu quả của phenylephrin đường uống còn gây nhiều nghi vấn.

Trong khi đó, tuy đã được chứng minh là có hiệu quả điều trị nghẹt mũi, pseudoephedrin lại được quản lý chặt chẽ tại Hoa Kỳ do nguy cơ bị sử dụng sai mục đích liên quan đến việc sản xuất methamphetamin trái phép.

Thuốc trị nghẹt mũi tại chỗ tác động trực tiếp lên niêm mạc mũi và ít gây tác dụng không mong muốn hơn do khả năng hấp thu toàn thân hạn chế. Tuy nhiên, các chế phẩm này chỉ nên được sử dụng không quá từ 3 đến 5 ngày để tránh hiện tượng tắc ngạt mũi do quá liều (hay còn gọi là viêm mũi phụ thuộc thuốc).

Nhìn chung, thuốc trị nghẹt mũi tương đối an toàn khi được sử dụng đúng cách. Tuy nhiên, các thuốc này cũng có thể gây tác dụng không mong muốn như mất ngủ, tăng huyết áp, bồn chồn, lo lắng, nhịp tim nhanh và rối loạn chức năng tiết niệu. Cần tránh dùng thuốc ở người có tiền sử bệnh tim, tăng huyết áp, bệnh tuyến giáp, đái tháo đường và phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Ngoài ra, không nên dùng đồng thời thuốc trị nghẹt mũi với các thuốc ức chế monoamine oxidase (MAO) vì sự phối hợp này có thể gây tăng huyết áp ở mức đe dọa tính mạng người bệnh.

❖ Thuốc kháng histamin

Thuốc kháng histamin giúp giảm các triệu chứng như sổ mũi, ngứa, chảy nước mắt và hắt hơi bằng cách ngăn cản histamin gắn vào thụ thể H1 và giải phóng histamin từ tế bào mast. Thuốc kháng histamin được chia thành hai thế hệ: thế hệ I (ví dụ: diphenhydramin, chlorpheniramin) và thế hệ II (ví dụ: loratadin, cetirizin). Thuốc kháng histamin thế hệ I thường gây ra các tác dụng không mong muốn trên hệ thần kinh trung ương như buồn ngủ và suy giảm nhận thức do cấu trúc phân tử có bản chất thân lipid giúp thuốc dễ dàng vượt qua hàng rào máu não. Vì vậy, các thuốc này không được khuyến cáo sử dụng trên người cao tuổi. Trong khi đó, đối với trẻ nhỏ, diphenhydramin lại có liên quan đến các phản ứng kích thích nghịch

thường, dẫn đến cáu gắt, tăng động và mất ngủ.

Thuốc kháng histamin thế hệ II có tính kỵ lipid cao hơn, dẫn đến khả năng thâm nhập hàng rào máu não kém hơn và tác dụng an thần thấp hơn so với thế hệ I. Các thuốc này có thời gian bán hủy dài hơn, cho phép dùng liều một hoặc hai lần mỗi ngày, khác với các thuốc thế hệ I cần sử dụng nhiều liều hàng ngày do thời gian bán hủy ngắn. Mặc dù thuốc kháng histamin thế hệ I kiểm soát hiệu quả các triệu chứng như sổ mũi, ngứa, chảy nước mắt và hắt hơi, nhưng thuốc kháng histamin thế hệ II được ưa chuộng hơn do tính an toàn và hiệu quả được cải thiện cũng như tính chọn lọc trên thụ thể histamin tốt hơn.

❖ Corticosteroid dạng xịt

Corticosteroid dạng xịt mũi là các chất chống viêm mạnh, có hiệu quả trong việc giảm hắt hơi, chảy nước mũi, nghẹt mũi và ngứa mũi. Các thuốc này thường được dung nạp tốt với các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là gây kích ứng tại chỗ như khô, rát hoặc chảy máu cam. Trong một số trường hợp hiếm gặp, có thể xuất hiện phản ứng toàn thân. Để tối ưu hóa hiệu quả và giảm thiểu nguy cơ về tác dụng toàn thân của thuốc, kỹ thuật xịt mũi đúng cách là rất quan trọng.

❖ Thuốc giảm ho

Dextromethorphan là một thành phần giảm ho phổ biến trong các chế phẩm OTC, giúp giảm cơn ho do cảm lạnh hoặc các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp khác. Khi dùng quá liều, dextromethorphan có thể gây ảo giác tương tự như phencyclidin và ketamin, dẫn đến xảy ra tình trạng lạm dụng thuốc. Các tác động sinh lý tiềm tàng khi sử dụng dextromethorphan liều cao bao gồm nhịp tim nhanh, biến đổi trạng thái tâm lý, tăng huyết áp, co giật, hôn mê, ngừng hô hấp và ngừng tim. Nguy cơ lạm dụng dextromethorphan đã dẫn đến việc nhiều bang tại Hoa Kỳ phải ban hành luật cấm bán thuốc này cho trẻ vị thành niên. Trong

khi đó, tại Việt Nam, dextromethorphan đã không còn nằm trong Danh mục Thuốc không kê đơn được Bộ Y tế ban hành theo Thông tư 07/2017/TT-BYT ngày 03/05/2017.

❖ Thuốc long đờm

Thuốc long đờm là những chất thường được sử dụng để làm loãng đờm và giảm lượng đờm trong nhiều tình trạng bệnh lý hô hấp. Thuốc được coi là tương đối an toàn và không liên quan đến các tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng. Khi sử dụng ở liều khuyến cáo, thuốc được dung nạp tương đối tốt, tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là rối loạn hệ tiêu hóa.

Tại Việt Nam, theo Công văn số 10367/QLD-ĐK ngày 31/08/2010 của Cục Quản lý Dược, các chế phẩm chứa thành phần long đờm như acetylcystein và carbocistein có chống chỉ định đối với trẻ em dưới 2 tuổi.

❖ Thuốc giảm đau

Các thuốc giảm đau và hạ sốt không kê đơn như paracetamol, aspirin, ibuprofen và naproxen thường được sử dụng để điều trị các triệu chứng đau toàn thân, đau đầu và sốt liên quan đến cảm lạnh thông thường và các bệnh khác do virus. Mặc dù thường được coi là có hiệu quả như nhau trong việc kiểm soát các triệu chứng trên, các thuốc này cần được sử dụng một cách thận trọng vì có thể gây ra một số tác dụng không mong muốn. Những người có tiền sử dị ứng với aspirin, người đang bị loét dạ dày tá tràng cần tránh dùng aspirin hoặc các thuốc chống viêm không steroid (NSAID). Ngoài ra, cần lưu ý về nguy cơ biến cố trên tim mạch, đặc biệt là biến cố huyết khối tim mạch nghiêm trọng (bao gồm cả nhồi máu cơ tim và đột quỵ), của các thuốc NSAID không phải aspirin. Nguy cơ này cũng đã được cảnh báo tại Việt Nam theo Công văn số 5749/QLD-ĐK ngày 27/04/2017 của Cục Quản lý Dược.

Đối với thành phần codein trong các chế phẩm dạng phối hợp để điều trị triệu chứng ho khan, kích ứng hoặc giảm đau, theo Công văn số 12973/QLD-ĐK ngày 07/07/2016 của Cục Quản lý Dược, chỉ định của các thuốc này đã được giới hạn cho đối tượng bệnh nhân trên 12 tuổi. Với chỉ định giảm đau, thuốc chứa codein chỉ được sử dụng trong trường hợp giảm đau cấp tính ở mức độ trung bình khi các thuốc giảm đau khác như paracetamol hay ibuprofen (đơn độc) không có hiệu quả.

❖ Vai trò của dược sĩ

Dược sĩ có thể đảm bảo việc sử dụng các thuốc OTC trong điều trị cảm lạnh và dị ứng một cách an toàn và hiệu quả thông qua các chỉ dẫn chuyên môn. Dược sĩ có thể tư vấn người bệnh để lựa chọn sản phẩm phù hợp dựa trên nhu cầu cụ thể và tiền sử bệnh của mình. Dược sĩ cũng có thể xác định các tương tác thuốc tiềm ẩn và giáo dục người bệnh về các tác dụng không mong muốn thường gặp. Hơn nữa, dược sĩ có thể giúp ngăn chặn việc sử dụng thuốc OTC không hợp lý bằng cách nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân theo tờ hướng dẫn sử dụng và tránh việc dùng thuốc không cần thiết. Khi cung cấp thông tin và hướng dẫn toàn diện về thuốc, dược sĩ có thể giúp người bệnh đưa ra quyết định sáng suốt về việc sử dụng thuốc OTC và góp phần cải thiện sức khỏe của họ.

❖ Kết luận

Thuốc OTC trong điều trị cảm lạnh và dị ứng vẫn là một nền tảng của chăm sóc sức khỏe cộng đồng, giúp giảm nhẹ các triệu chứng thông thường cho người bệnh. Người dược sĩ có thể đóng góp đáng kể cho hệ thống y tế cộng đồng thông qua việc cung cấp các hướng dẫn chuyên môn để đảm bảo người bệnh nhận được lợi ích tối ưu đồng thời giảm thiểu các nguy cơ tiềm ẩn từ các loại thuốc sẵn có này.

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC

Nguồn: Bản tin Cảnh giác dược - Trung tâm DI&ADR

ANSM: Pháp thắt chặt điều kiện kê đơn và cấp phát valproat trên trẻ vị thành niên và nam giới dự định có con

Tại Pháp, valproat và dẫn chất có chỉ định điều trị động kinh và rối loạn lưỡng cực. Trên phụ nữ mang thai, valproat có nguy cơ cao gây dị tật thai nhi (11%) và rối loạn phát triển thần kinh (30-40%). Chống chỉ định kê đơn valproat cho phụ nữ có thai trừ trường hợp không dung nạp hoặc không đáp ứng với các thuốc thay thế.

Theo đề xuất của ANSM, Ủy ban Đánh giá nguy cơ Cảnh giác Dược (PRAC) của Cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA) đã đưa ra khuyến cáo về các biện pháp phòng ngừa khi bệnh nhân nam sử dụng valproat, đồng thời cảnh báo cho nhân viên y tế về nguy cơ rối loạn phát triển thần kinh.

Theo đó, chỉ bác sĩ thần kinh, bác sĩ tâm thần, bác sĩ chuyên khoa nhi được kê đơn khởi đầu điều trị bằng valproat và dẫn chất. Tất cả bác sĩ có thể ký đơn thuốc tiếp tục điều trị.

Bác sĩ và bệnh nhân cùng phải ký vào phiếu xác nhận thông tin (attestation d'information partagée) hàng năm. Dược sĩ chỉ cấp phát thuốc khi bệnh nhân xuất trình được cả phiếu xác nhận thông tin và đơn thuốc của bác sĩ.

Ngoài ra, phiếu đồng ý điều trị bằng valproat dùng cho bệnh nhân nữ có khả năng mang thai sẽ được thay thế bằng phiếu xác nhận thông tin có hiệu lực 01 năm. Bệnh nhân có thể tiếp tục sử dụng phiếu đồng ý điều trị cho tới khi phiếu này hết hạn.

Health Canada: Cảnh báo về nguy cơ hội chứng bệnh não sau (PRES) và hội chứng co thắt mạch máu não (RCVS) khi sử dụng pseudoephedrin

Health Canada đã kết luận rằng pseudoephedrin có mối liên quan với hội chứng não sau có hồi phục (posterior reversible encephalopathy syndrome - PRES) và hội chứng co thắt mạch máu có hồi phục (reversible cerebral vasoconstriction syndrome - RCVS). Tuy những tác dụng không mong muốn này là hiếm gặp, nhưng nếu không xử trí sớm có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng.

Pseudoephedrin có tác dụng làm thông mũi, có trong các chế phẩm bảo vệ sức khỏe có nguồn gốc thiên nhiên, thuốc không kê đơn và thuốc kê đơn đang lưu hành. Pseudoephedrin kích thích thụ thể alpha-adrenergic, gây co mạch máu ở niêm mạc đường hô hấp. Do đó, pseudoephedrin thường được sử dụng đơn độc hoặc kết hợp với các hoạt chất khác để làm giảm triệu chứng nghẹt mũi trong nhiễm trùng đường hô hấp trên cấp tính và viêm mũi dị ứng.

Hội chứng bệnh não sau có thể hồi phục (PRES) và hội chứng co thắt mạch máu có hồi phục (RCVS) là hai hội chứng thần kinh hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, với một số triệu chứng tương tự nhau. Các biểu hiện của PRES chủ yếu gồm tình trạng phù não có hồi phục (đau đầu, co giật, rối loạn thị giác) và bệnh não (lú lẫn và thay đổi ý thức). Biểu hiện đặc trưng của RCVS gồm co thắt động mạch có hồi phục, dẫn đến nhiều triệu chứng trên thần kinh như đau đầu như búa bổ, có thể gây xuất huyết nội sọ, đột quỵ do thiếu máu cục bộ và tử vong. Cơ chế của PRES và RCVS liên quan đến tình trạng rối loạn điều hòa trương lực mạch máu não, có thể do tăng huyết áp đột ngột hoặc sử dụng một số tác nhân vận mạch. Tăng huyết áp nghiêm trọng hoặc tăng huyết áp không kiểm soát và suy thận được coi là các yếu tố nguy cơ quan

trọng. Hội chứng PRES và RCVS có thể xảy ra đồng thời.

Năm 2023, Ủy ban Cảnh giác Dược (PRAC) của Cơ quan quản lý Dược phẩm Châu Âu (EMA) đã đưa ra kết luận về việc sử dụng chế phẩm chứa pseudoephedrin có liên quan đến nguy cơ mắc hội chứng PRES và RCVS. Kết luận này được đưa ra sau khi đánh giá tất cả các bằng chứng hiện có, bao gồm cơ sở dữ liệu cảnh giác dược và tài liệu y văn. 34 báo cáo đánh giá mối quan hệ giữa biến cố PRES và RCVS và việc sử dụng chế phẩm chứa pseudoephedrin là "có khả năng" hoặc "có thể". Không có trường hợp tử vong nào được báo cáo và hầu hết các trường hợp đều hồi phục sau khi ngừng thuốc và có biện pháp xử trí thích hợp.

Dựa trên kết luận của Cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA), Health Canada đã tiến hành đánh giá trên tất cả các sản phẩm có chứa pseudoephedrin để đưa ra biện pháp giảm thiểu nguy cơ phù hợp cho các sản phẩm này tại Canada.

Tính đến ngày 30/4/2024, Health Canada chưa ghi nhận bất kỳ báo cáo nào về PRES hoặc RCVS liên quan đến sử dụng các sản phẩm có chứa pseudoephedrin tại Canada. Ngoài ra, cũng không có trường hợp nào ở Canada được đề cập trong các tài liệu y văn đã công bố. Tuy nhiên, Health Canada vẫn ủng hộ kết luận của EMA rằng các sản phẩm có chứa pseudoephedrin có mối liên quan với nguy cơ mắc PRES và RCVS.

Health Canada khuyến cáo nâng cao nhận thức về những nguy cơ hiếm gặp nhưng nghiêm trọng như PRES và RCVS thông qua việc truyền thông và sửa đổi thông tin sản phẩm đối với các sản phẩm sức khỏe nguồn gốc tự nhiên và thuốc không kê đơn có chứa pseudoephedrin. Các chuyên luận về thuốc kê đơn có chứa pseudoephedrin tại Canada không cần thiết sửa đổi, nhưng

cần bổ sung cảnh báo về nguy cơ của PRES và RCVS.

Việc nhận biết các dấu hiệu, triệu chứng và yếu tố nguy cơ của PRES và RCVS rất quan trọng để phòng ngừa và kiểm soát các biến chứng nghiêm trọng. Các biện pháp xử trí sớm như ngừng thuốc và điều trị triệu chứng và yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, có thể cải thiện khả năng hồi phục và giảm nguy cơ gặp biến chứng nghiêm trọng như xuất huyết nội sọ và đột quỵ do thiếu máu cục bộ.

Các nhân viên y tế cần:

- Khai thác thông tin về việc sử dụng thuốc không kê đơn hoặc sản phẩm chăm sóc sức khỏe nguồn gốc tự nhiên của bệnh nhân.

- Cảnh báo bệnh nhân ngừng các sản phẩm có chứa pseudoephedrin ngay lập tức và báo cho nhân viên y tế khi xuất hiện các dấu hiệu hoặc triệu chứng của PRES hoặc RCVS.

- Báo cáo các biến cố bất lợi nghi ngờ liên quan đến các sản phẩm có chứa pseudoephedrin

Health Canada sẽ tiếp tục theo dõi các nguy cơ của PRES và RCVS liên quan đến pseudoephedrin và đưa ra những biện pháp giảm thiểu nguy cơ khi cần thiết cho người dân Canada.

Nguy cơ động kinh khi sử dụng thuốc kháng histamin thế hệ 1 trên trẻ nhỏ: Thông tin từ bản tin BIP Occitanie số 4/2024

Thuốc kháng histamin thế hệ 1, như promethazin, dexchlorpheniramin, hydroxyzin hoặc alimemazin, vẫn được sử dụng cho trẻ em để điều trị triệu chứng dị ứng, mặc dù thuốc có tác dụng không mong muốn trên thần kinh trung ương do thẩm qua hàng rào máu não.

Một nghiên cứu gần đây của Hàn Quốc công bố trên JAMA Network Open nhấn mạnh nguy cơ gia tăng co giật động kinh ở trẻ em sử dụng thuốc kháng

histamin thể hệ 1. Nghiên cứu tự chứng (self-controlled) theo mô hình bệnh - bất chéo (case-crossover) bao gồm 11.729 trẻ em Hàn Quốc từng bị co giật động kinh. Nghiên cứu này so sánh việc sử dụng thuốc kháng histamin H1 trong khoảng thời gian có nguy cơ (1-15 ngày trước cơn co giật) với hai khoảng thời gian đối chứng (31-45 ngày và 61-75 ngày trước cơn co giật).

Nghiên cứu tự chứng coi mỗi đứa trẻ là đối chứng của chính mình, giúp giảm các sai lệch do khác biệt giữa các cá thể. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ đánh giá những thuốc phải có thời gian sử dụng ngắn (như thuốc kháng histamin) và triệu chứng phải có tính chất cấp tính, có thể hồi phục (như co giật động kinh).

Kết quả cho thấy nguy cơ co giật động kinh tăng cao khi sử dụng thuốc kháng histamin thể hệ 1 (OR hiệu chỉnh: 1,22; Khoảng tin cậy 95% CI: 1,13-1,31), đặc biệt ở trẻ từ 6 đến 24 tháng tuổi (OR hiệu chỉnh: 1,49; 95% CI: 1,31-1,70).

Mặc dù nguy cơ co giật động kinh do thuốc kháng histamin thể hệ 1 là hiếm gặp, đặc biệt ở trẻ sơ sinh, nhưng cần thận trọng khi kê đơn, nhất là trong các trường hợp bệnh nhẹ như cảm lạnh.

Hậu quả khi sử dụng quá liều metformin: Thông tin từ bản tin BIP Occitanie số 4/2024

Metformin là thuốc đầu tay trong điều trị đái tháo đường type 2, được đánh giá có tính an toàn cao khi sử dụng theo đúng khuyến cáo. Tuy nhiên, trong một số tình huống lâm sàng, đặc biệt là suy thận cấp, thuốc có thể dẫn đến biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng là nhiễm toan lactic do metformin (metformin-induced lactic acidosis). Metformin thải trừ chủ yếu qua thận, do đó trong trường hợp suy giảm chức năng thận hoặc sử dụng metformin quá liều, thuốc có thể gây ra nhiễm toan lactic thông qua cơ chế tích lũy thuốc trong huyết tương, ức chế chuỗi hô hấp ty thể (phức hợp I), và tăng

chuyển hóa yếm khí, dẫn đến sự tích tụ lactat trong cơ thể.

Bản tin báo cáo một trường hợp quá liều metformin do bệnh nhân tái sử dụng thuốc quá sớm trong khi chưa đánh giá lại chức năng thận sau suy thận cấp. Giai đoạn đầu bao gồm tình trạng mất nước thứ phát do tiêu chảy và sốt do bệnh nhân ngộ độc thực phẩm. Sau khi tạm ngừng các thuốc điều trị mãn tính như metformin, thuốc ức chế men chuyển (ACEI) và thuốc lợi tiểu thiazid, bệnh nhân đã tái sử dụng lại thuốc mà không kiểm tra lại chức năng thận, dẫn đến tình trạng suy thận cấp trở nên nghiêm trọng hơn. Bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như mệt mỏi, chán ăn, nôn mửa và lú lẫn, dẫn đến chuyển hóa mất bù và nhiễm toan lactic nặng.

Kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ metformin trong huyết tương đạt 30 mg/L, vượt xa giới hạn điều trị (<4 mg/L), xác định tình trạng quá liều và ngộ độc metformin.

Điều trị cho bệnh nhân bao gồm việc bù dịch tĩnh mạch để khắc phục tình trạng mất nước, hỗ trợ tưới máu thận và điều chỉnh tình trạng tăng kali máu. Trong trường hợp nhiễm toan hoặc tăng lactat nghiêm trọng, lọc máu là phương pháp điều trị ưu tiên để loại bỏ nhanh chóng metformin và lactat khỏi cơ thể. Trong trường hợp này, bệnh nhân đã được hồi sức tích cực và phục hồi sau một đợt ngừng tim phổi, mặc dù tình trạng của bệnh nhân yêu cầu phải chuyển đến khoa hồi sức tích cực để theo dõi và điều trị tiếp.

Trường hợp này nhấn mạnh rằng việc định lượng nồng độ metformin trong huyết tương là một công cụ quan trọng để xác định tình trạng quá liều, đặc biệt trong các trường hợp nghi ngờ, và cũng có thể hỗ trợ việc điều trị cho những bệnh nhân có dấu hiệu ngộ độc hoặc mất bù. Hơn nữa, cần phải ngừng sử dụng metformin khi có mất nước và đánh giá lại chức năng thận trước khi tiếp tục điều trị. Cần

nâng cao nhận thức của bệnh nhân về phòng ngừa để tránh các biến chứng các dấu hiệu cảnh báo và phương pháp nghiêm trọng này.

.