

BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT-XÔ
KHOA DƯỢC



Bản Tin

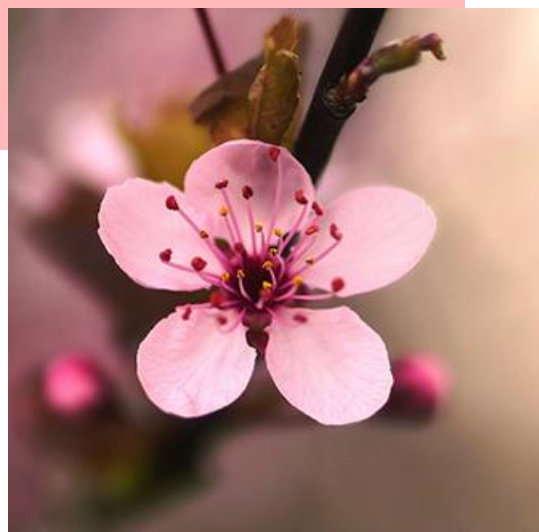
**THÔNG TIN THUỐC
& DƯỢC LÂM SÀNG**

SỐ 4 Năm 2021

TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ

NỘI DUNG

- * *Tổng kết báo cáo ADR năm 2021*
- * *Tổng kết hoạt động Dược lâm sàng năm 2021*
- * *Cập nhật các Hướng dẫn điều trị và Thông tin thuốc mới*
 - Cập nhật Chiến dịch kiểm soát Nhiễm trùng hệ thống: Hướng dẫn quốc tế về quản lý nhiễm trùng hệ thống và sốc nhiễm trùng 2021
 - Những điểm mới về sử dụng thuốc trong “Hướng dẫn điều trị đái tháo đường của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2022”



Tổng kết báo cáo ADR năm 2021

Tổng số báo cáo ADR khoa Dược nhận được tính đến hết ngày 30/11/2021 từ các khoa phòng trong bệnh viện là 30 báo cáo. So với số lượng báo cáo ADR cùng kỳ năm 2010 (67 báo cáo), số lượng báo cáo ADR giảm hơn 50%.

Có 07/25 khoa phòng đã tham gia gửi báo cáo ADR trong năm 2021. Danh sách và số lượng các báo cáo ADR theo khoa phòng được thể hiện trong bảng 1. Trong đó, khoa Hồi sức tích cực & chống độc, khoa Ung bướu - Xạ trị và khoa Nội tổng hợp A là 3 khoa có ghi nhận nhiều báo cáo ADR nhất.

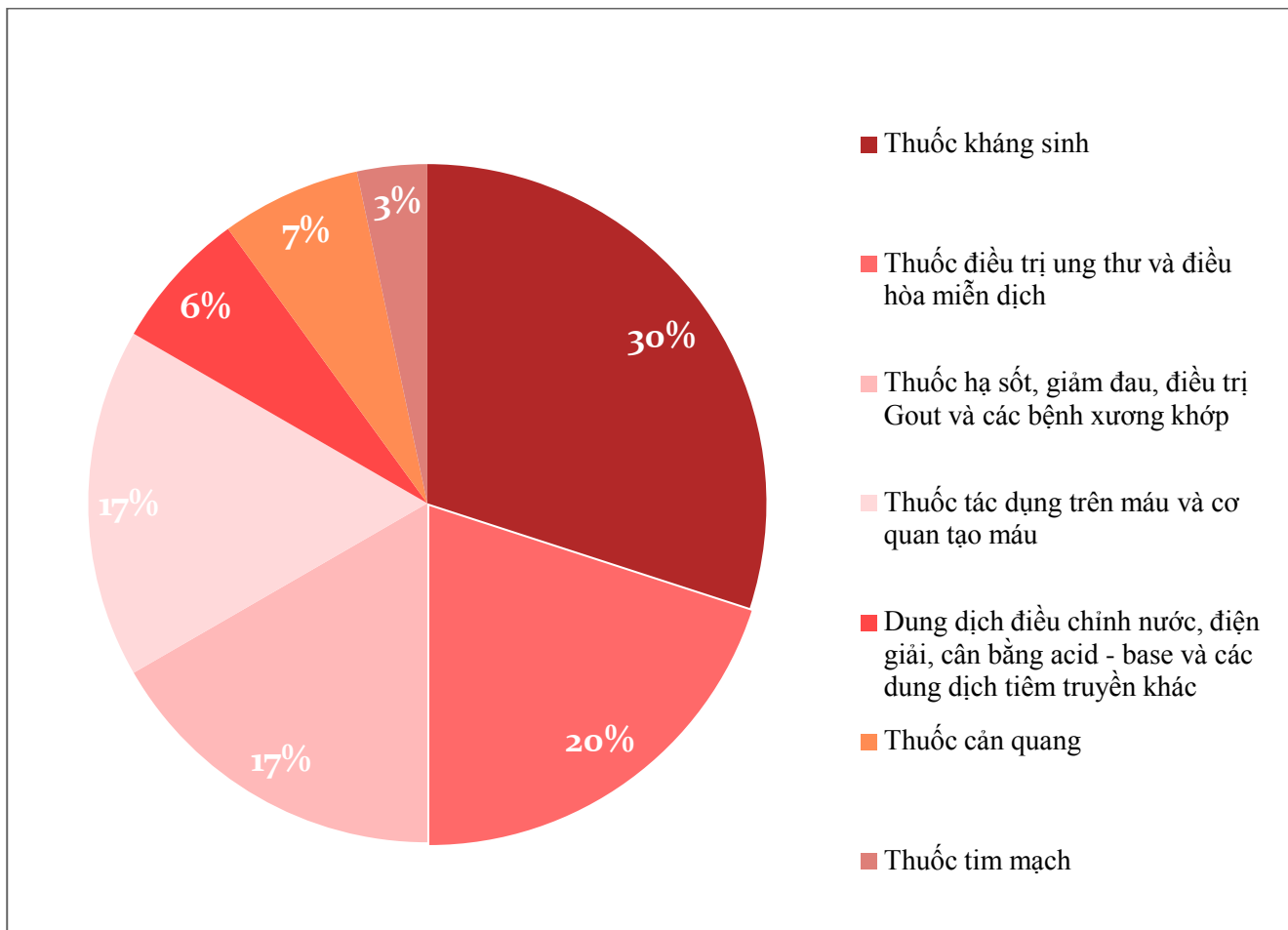
Bảng 1. Số báo cáo ADR theo khoa phòng năm 2021

Khoa	Số báo cáo ADR
Hồi sức TC & CD	11
Ung bướu - Xạ trị	7
Nội Tổng hợp A	4
Nội Tim mạch	4
Cơ xương khớp	2
Tim mạch can thiệp	1
Ngoại	1
Tổng	30

Đa số báo cáo gửi về đều có đầy đủ các thông tin yêu cầu bao gồm thông tin người bệnh, thông tin về phản ứng có hại, thông tin về thuốc nghi ngờ và thông tin về người báo cáo. Tuy nhiên, vẫn còn một số báo cáo thông tin chưa rõ ràng, còn viết tắt và viết khó đọc gây khó khăn trong quá trình xử lý và thẩm định.

Số thuốc nghi ngờ gây ADR trung bình trong mỗi báo cáo là 1,07 thuốc (32 thuốc nghi ngờ/ 30 báo cáo ADR), với hai đường dùng thuốc phổ biến là tiêm truyền tĩnh mạch và uống. Trong đó, phản ứng có hại xảy ra khi dùng thuốc bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (22/32 thuốc/30 báo cáo, chiếm 68.75%).

Các thuốc nghi ngờ gây ADR thuộc các nhóm chính: thuốc kháng sinh, thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch (Hình 2).



Hình 2. Các thuốc nghi ngờ gây ADR phân nhóm theo tác dụng dược lý

Các biểu hiện phản ứng ADR thường gặp nhất là biểu hiện ngoài da (như phát ban, mẩn ngứa, sẩn đỏ...), rối loạn tiêu hóa (nôn, buồn nôn, tiêu chảy...).

Bảng 2. Phân loại phản ứng ADR theo hệ cơ quan

Phân loại phản ứng theo hệ cơ quan	Số ADR	Tỷ lệ % (n=30)
Rối loạn da và phần phụ	17	56,7
Rối loạn hệ tiêu hóa	10	33,3
Rối loạn hệ tiết niệu	2	6,7
Rối loạn ở nơi dùng thuốc	1	3,3

Các ADR ghi nhận được hầu hết là các phản ứng ở mức độ nhẹ, gây nhập viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện. Trong 30 báo cáo nhận được, có 5 báo cáo là phản ứng ADR nghiêm trọng, đe dọa tính mạng.

Bảng 3. Các ADR nghiêm trọng, đe dọa tính mạng

TT	Thuốc gây ADR	Mô tả biểu hiện ADR
1	Bacsulfo 1g/0,5g (cefoperazon/sulbactam)	Sau khi tiêm thuốc, BN xuất hiện khó thở nhanh, gắng sức, tím tái, tim nhịp nhanh, HA khó đo.
2	Xenetic 300mg/100ml (Iobitridol)	BN mẫn đỏ, ngứa toàn thân, HA 80/50mmHg, mạch 95
3	Poltrapa 37,5/325mg (tramadol + paracetamol) + Paracetamol Kabi 1g	Tăng men gan AST/ALT 5379/3610 Bilirubin 19
4	Bacsulfo 1,5g (cefoperazon/sulbactam)	BN đang truyền thuốc gần hết 100ml (60 giọt/phút) thì xuất hiện khó thở, tím tái toàn thân, nhịp tim 120, phổi RRPN giảm, rale ráy, rale rít 2 phổi
5	Levofloxacin 500mg/100ml	Bn đang truyền thuốc khoảng 1 tiếng, đột ngột mất ý thức, tím tái, trên monitor hình ảnh rung thất sóng lớn, huyết áp không đo được

Để triển khai hiệu quả công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc, đề nghị các khoa phòng tăng cường công tác báo cáo ADR. Mọi yêu cầu về hỗ trợ công tác báo cáo ADR đề nghị liên hệ Đơn vị Dược lâm sàng – Khoa Dược.

Tổng kết hoạt động Dược lâm sàng tại Bệnh viện năm 2021

STT	Tên hoạt động	Kết quả đầu ra
1	Thông tin thuốc	Phát hành bản tin Thông tin Thuốc & Dược lâm sàng hàng quý: Đã phát hành bản tin Thông tin Thuốc & Dược lâm sàng số 1 - 2021 (quý I/2021), số 2 - 2021 (quý II/2021), số 3 - 2021 (quý III/2021), và đang hoàn thiện bản thông tin thuốc số 4 (quý IV/2021). Phát hành các Điểm tin Thông tin Thuốc hàng tháng và đăng tải trên website bệnh viện.
2	Hoạt động giám sát và báo cáo ADR	- Đơn vị đã nhận được 30 ca ADR trong năm 2021 Báo cáo tổng kết ADR năm 2021 trong bản tin Thông tin Thuốc & Dược lâm sàng số 4 _ 2021.
3	Giám sát sử dụng kháng	- Tham gia duyệt 397 phiếu yêu cầu sử dụng kháng sinh cần phê duyệt trước khi sử dụng, đảm bảo tính liều

STT	Tên hoạt động	Kết quả đầu ra
	<i>sinh</i>	<p>phù hợp cho các bệnh nhân cũng như có các tư vấn về lựa chọn thuốc khi được yêu cầu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thực hiện báo cáo tình hình sử dụng kháng sinh hàng quý theo yêu cầu của Ban giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện. - Phối hợp với Ban giám sát sử dụng kháng sinh thực hiện đánh giá tuân thủ phác đồ điều trị của Bệnh viện đối với các bệnh lý nhiễm khuẩn.
4	Nghiên cứu, đào tạo	<ul style="list-style-type: none"> - Tham gia 02 báo cáo tại sinh hoạt chuyên môn bệnh viện với các chủ đề: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Quản lý bệnh nhân Đái tháo đường tại Bệnh viện Hữu Nghị” do Ts. Lê Vân Anh trình bày. ▪ “Triển khai các hoạt động của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện theo quyết định 5631/QĐ-BYT” do PGS.Ts Phạm Thị Thúy Vân trình bày. - Thực hiện 03 buổi đào tạo liên tục cho DSCĐ với các chủ đề: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phổ biến, cập nhật Thông tư 18/2018/ TT-BYT: sửa đổi, bổ sung một số điều của thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 quy định về đơn thuốc và kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú. ▪ Phổ biến Quy trình và quy định an toàn, xử lý sự cố đổ tràn thuốc trong pha chế thuốc điều trị ung thư. Một số lưu ý khi pha chế và bảo quản thuốc sau khi pha chế. ▪ Phổ biến một số Quy trình bổ sung đã ban hành và đang thực hiện tại Tổ kho và cấp phát. - Phối hợp với bộ môn DLS – trường Đại học Dược Hà Nội hoàn thành các đề tài đánh giá sử

STT	Tên hoạt động	Kết quả đầu ra
		<p>dụng thuốc tại bệnh viện:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phân tích thực trạng kê đơn thuốc trong quản lý nội trú bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Hữu nghị ▪ Đánh giá sử dụng thuốc chống đông trên bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Hữu Nghị ▪ Phân tích một số vấn đề liên quan đến kê đơn các thuốc tim mạch trên bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội tim mạch bệnh viện Hữu Nghị
5	<p><i>Thực hành Dược lâm sàng tại một số khoa lâm sàng</i></p>	<p>- Thực hành Dược lâm sàng thường quy tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc, khoa Nội tim mạch và tham gia hội chẩn khi có yêu cầu.</p> <p>- Trong năm 2021, các dược sỹ lâm sàng đã thực hiện 430 can thiệp dược lâm sàng tại khoa Hồi sức tích cực & chống độc và Khoa Nội tim mạch, trong đó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 206 Can thiệp về liều dùng thuốc và cách dùng thuốc ▪ 17 Can thiệp về ghi nhận ADR ▪ 11 Can thiệp về tương tác thuốc ▪ 22 Can thiệp về thông tin thuốc ▪ 174 Can thiệp về tối ưu lựa chọn thuốc, thay đổi thuốc điều trị. <p>- DSLS đi khoa cũng nhận được phản hồi tích cực từ phía các BS lâm sàng.</p>
6	<p><i>Các hoạt động khác</i></p>	<p>– Phối hợp với phòng CNTT triển khai Dự án “Ứng dụng công nghệ thông tin hỗ trợ kê đơn hợp lý, an toàn và tăng cường hoạt động dược lâm sàng”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Danh mục dữ liệu đã xây dựng được: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Danh mục cặp tương tác thuốc chống chỉ định đã xây dựng: 122 cặp Hoạt chất - Hoạt chất (tương ứng với 346 cặp Hoạt chất, hàm

STT	Tên hoạt động	Kết quả đầu ra
		<p>lượng khác nhau dạng đơn độc hoặc phối hợp)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Danh mục tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc và điều kiện thanh toán BHYT của 728 mã thuốc ✓ Danh mục Liều tối đa khuyến cáo ▪ Các Module đã đưa vào hoạt động: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Module Cảnh báo Tương tác chống chỉ định Thuốc - Thuốc ✓ Module Cảnh báo Trùng hoạt chất ✓ Module Tra cứu tờ Hướng dẫn sử dụng thuốc và Điều kiện thanh toán BHYT ✓ Tính mức lọc cầu thận tự động ✓ Cảnh báo liều tối đa khuyến cáo ▪ Số lượt cảnh báo đã thực hiện từ tháng 5/2021 đến hết tháng 11/2021 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cảnh báo trùng lặp hoạt chất: 451 lượt cảnh báo, đều do thuốc nhiều mã, kê nhiều lần để đủ số lượng. ✓ Cảnh báo tương tác thuốc chống chỉ định: 90 lượt cảnh báo y lệnh/ đơn thuốc có tương tác thuốc chống chỉ định. <p>- Xây dựng Bộ công cụ hỗ trợ ra quyết định lựa chọn thuốc mới vào danh mục thuốc bệnh viện (công cụ FLIP) và mẫu phiếu Đề nghị bổ sung thuốc mới vào danh mục thuốc áp dụng cho hoạt chất mới/ biệt dược mới chưa có danh mục thuốc và phiếu Đề nghị loại bỏ thuốc ra khỏi danh mục thuốc bệnh viện.</p>

Cập nhật các Hướng dẫn điều trị và Thông tin thuốc mới

Cập nhật Chiến dịch kiểm soát Nhiễm trùng hệ thống: Hướng dẫn quốc tế về quản lý nhiễm trùng hệ thống và sốc nhiễm trùng 2021

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021

Nhiễm trùng hệ thống (sepsis) và sốc nhiễm trùng (septic shock) là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Chiến dịch quốc tế về kiểm soát nhiễm trùng hệ thống (SSC) là một sáng kiến chung của Hội Y khoa Hồi sức tích cực Châu Âu (European Society of Intensive Care Medicine - ESICM) và Hội Y khoa Chăm sóc bệnh nguy kịch (Society of Critical Care Medicine - SCCM), được dẫn dắt bởi các chuyên gia quốc tế đa ngành, cam kết cải thiện thời gian để nhận biết và điều trị nhiễm trùng hệ thống và sốc nhiễm trùng, mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật do nhiễm trùng hệ thống và sốc nhiễm trùng trên toàn thế giới. SSC đã đưa ra hướng dẫn quốc tế về quản lý nhiễm trùng hệ thống và sốc nhiễm trùng phiên bản đầu tiên năm 2004, và các phiên bản cập nhật 2008, 2012, 2016. Tháng 10/2021, SSC công bố phiên bản cập nhật 2021. Dưới đây là các khuyến cáo của Hướng dẫn về **điều trị nhiễm trùng** và những thay đổi so với phiên bản năm 2016.

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
1. Với bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng nhưng nhiễm trùng chưa được xác định, khuyến cáo liên tục đánh giá lại và tìm kiếm các chẩn đoán thay thế và ngừng sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm nếu xác định được nguyên nhân khác.	Tuyên bố về thực hành tốt	
2. Với bệnh nhân có thể bị	Mạnh, chất lượng bằng	THAY ĐỔI so với trước:

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
sốc nhiễm trùng hoặc khả năng nhiễm trùng hệ thống cao, khuyến cáo sử dụng kháng sinh ngay lập tức, lý tưởng là trong vòng 1 giờ sau khi chẩn đoán.	<p><i>chứng thấp (với sốc nhiễm trùng)</i></p> <p><i>Mạnh, chất lượng bằng chứng rất thấp (với nhiễm trùng hệ thống)</i></p>	<p>“Khuyến cáo nên bắt đầu sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán và trong vòng một giờ đối với cả a) sốc nhiễm trùng và b) nhiễm trùng hệ thống mà không kèm sốc”</p> <p><i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình.</i></p>
3. Với bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng hệ thống không kèm sốc, khuyến cáo cần nhanh chóng xác định nguyên nhân của tình trạng bệnh là do nhiễm trùng hay không do nhiễm trùng	<i>Tuyên bố về thực hành tốt</i>	
4. Với bệnh nhân có khả năng nhiễm trùng hệ thống không kèm sốc, đề xuất nhanh chóng thực hiện một quá trình đánh giá có giới hạn thời gian và nếu nghi ngờ có nhiễm trùng, sử dụng thuốc kháng sinh trong vòng 3 giờ kể từ khi bắt đầu ghi nhận các dấu hiệu của nhiễm trùng hệ thống.	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i>	<p>MỚI so với trước: “Khuyến cáo nên bắt đầu sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán và trong vòng một giờ đối với cả a) sốc nhiễm trùng và b) nhiễm trùng hệ thống mà không kèm sốc”</p> <p><i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình.</i></p>
5. Với bệnh nhân có khả năng nhiễm trùng thấp và	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i>	<p>MỚI so với trước: “Khuyến cáo nên bắt đầu</p>

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
không kèm sốc, đề xuất trì hoãn sử dụng kháng sinh trong khi tiếp tục theo dõi chặt chẽ bệnh nhân.		sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch càng sớm càng tốt sau khi chẩn đoán và trong vòng một giờ đối với cả a) sốc nhiễm trùng và b) nhiễm trùng hệ thống mà không kèm sốc” <i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình.</i>
6. Với bệnh nhân có nghi ngờ nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, đề xuất KHÔNG cần sử dụng procalcitonin cộng với đánh giá lâm sàng để quyết định thời điểm bắt đầu dùng kháng sinh, so với đánh giá lâm sàng đơn thuần.	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i>	
7. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ CAO nhiễm MRSA, khuyến cáo nên sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm có phổ trên MRSA thay vì sử dụng kháng sinh không có phổ trên MRSA.	<i>Tuyên bố về thực hành tốt</i>	MỚI so với trước: “Khuyến cáo liệu pháp phổ rộng theo kinh nghiệm với một hoặc nhiều loại thuốc kháng khuẩn cho những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng để bao phủ tất cả các mầm bệnh có khả năng nhiễm (bao gồm cả vi khuẩn và nấm hoặc vi-rút).

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
		<i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình</i>
<p>8. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ THẤP nhiễm MRSA, đề xuất KHÔNG sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm có phổ trên MRSA, so với việc sử dụng kháng sinh không có phổ trên MRSA</p>	<p><i>Yếu, chất lượng bằng chứng thấp</i></p>	<p>MỚI so với trước: “Khuyến cáo liệu pháp phổ rộng theo kinh nghiệm với một hoặc nhiều loại thuốc kháng khuẩn cho những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng để bao phủ tất cả các mầm bệnh có khả năng nhiễm (bao gồm cả vi khuẩn và nấm hoặc vi-rút). <i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình</i></p>
<p>9. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ CAO nhiễm các vi khuẩn đa kháng (MDR), đề xuất sử dụng hai loại kháng sinh có phổ trên Gram âm để điều trị theo kinh nghiệm, hơn là chỉ sử dụng một kháng sinh phổ trên Gram âm.</p>	<p><i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i></p>	
<p>10. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ THẤP nhiễm các vi khuẩn đa kháng (MDR), đề xuất</p>	<p><i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i></p>	

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
KHÔNG nên sử dụng hai loại kháng sinh có phổ trên gram âm để điều trị theo kinh nghiệm, so với phác đồ 1 kháng sinh phổ trên Gram âm.		
11. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, đề xuất KHÔNG phối hợp hai loại kháng sinh có phổ trên Gram âm khi đã định danh được vi khuẩn và xác định độ nhạy cảm (kháng sinh đồ).	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i>	
12. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ CAO nhiễm nấm, đề xuất sử dụng phác đồ chống nấm theo kinh nghiệm hơn là không sử dụng phác đồ chống nấm.	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng thấp</i>	MỚI so với trước: “Khuyến cáo liệu pháp phổ rộng theo kinh nghiệm với một hoặc nhiều loại thuốc kháng khuẩn cho những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng để bao phủ tất cả các mầm bệnh có khả năng nhiễm (bao gồm cả vi khuẩn và nấm hoặc vi-rút). <i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình</i>
13. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng có nguy cơ	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng thấp</i>	MỚI so với trước: “Khuyến cáo liệu pháp phổ rộng theo kinh

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
THẤP nhiễm nấm, đề xuất KHÔNG sử dụng phác đồ chống nấm theo kinh nghiệm.		<p>nghiệm với một hoặc nhiều loại thuốc kháng khuẩn cho những bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng để bao phủ tất cả các mầm bệnh có khả năng nhiễm (bao gồm cả vi khuẩn và nấm hoặc vi-rút).</p> <p><i>Mạnh, chất lượng bằng chứng trung bình</i></p>
14. Không có khuyến cáo về việc sử dụng các thuốc kháng virus	<i>Không có khuyến cáo</i>	
15. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, đề xuất liệu pháp truyền kéo dài các kháng sinh beta-lactam với liều duy trì (sau liều bolus khởi đầu) hơn là truyền bolus thông thường.	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng trung bình</i>	
16. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, khuyến cáo nên tối ưu hóa các chiến lược dùng kháng sinh dựa trên nguyên tắc dược động học/ dược lực học (PK/PD) và các đặc tính riêng của thuốc.	<i>Tuyên bố về thực hành tốt</i>	

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
<p>17. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, khuyến cáo nên nhanh chóng chẩn đoán xác định hoặc loại trừ vị trí nhiễm khuẩn cụ thể cần kiểm soát nguồn lây khẩn cấp và thực hiện can thiệp kiểm soát ổ nhiễm càng sớm càng tốt.</p>	<p><i>Tuyên bố về thực hành tốt</i></p>	
<p>18. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, khuyến cáo nhanh chóng loại bỏ các dụng cụ xâm lấn trong lòng mạch có thể là nguồn gây nhiễm sau khi đã thiết lập các đường truyền mạch máu khác.</p>	<p><i>Tuyên bố về thực hành tốt</i></p>	
<p>19. Với bệnh nhân nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng, đề xuất đánh giá hàng ngày để thực hiện liệu pháp xuống thang kháng sinh.</p>	<p><i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i></p>	
<p>20. Với bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu là nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng và kiểm soát được nguồn lây, đề xuất sử dụng liệu pháp kháng sinh ngăn ngừa hơn là liệu pháp kháng</p>	<p><i>Yếu, chất lượng bằng chứng rất thấp</i></p>	

Khuyến cáo 2021	Mức độ mạnh của khuyến cáo và Mức độ bằng chứng	Thay đổi so với khuyến cáo 2016
sinh dài ngày.		
21. Với bệnh nhân có chẩn đoán ban đầu là nhiễm trùng hệ thống hoặc sốc nhiễm trùng và kiểm soát được nguồn lây, nếu không xác định được thời gian sử dụng kháng sinh tối ưu, đề xuất sử dụng procalcitonin và đánh giá lâm sàng để quyết định thời điểm ngừng kháng sinh hơn là chỉ sử dụng đơn độc đánh giá lâm sàng.	<i>Yếu, chất lượng bằng chứng thấp</i>	

Bản đầy đủ của Hướng dẫn, mời tham khảo tại đường link

https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/2021/11000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.21.aspx

Những điểm mới về sử dụng thuốc trong “Hướng dẫn điều trị đái tháo đường của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2022”

Standards of medical care in diabetes—2022

Lĩnh vực chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường đang thay đổi nhanh chóng khi các nghiên cứu, công nghệ và phương pháp điều trị mới phát triển mạnh mẽ. Tháng 12/2021, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) đã ban hành “Hướng dẫn điều trị đái tháo đường 2022” để cập nhật những thực hành tốt nhất trong lĩnh vực này.

Một số điểm thay đổi so với phiên bản ADA 2021 cụ thể trong bảng dưới đây:

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
Phân loại và chẩn đoán đái tháo đường	
2.9 Với tất cả các đối tượng, tầm soát đái tháo	2.9 Với tất cả các đối tượng,

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
đường nên bắt đầu từ 35 tuổi. B	tầm soát đái tháo đường nên bắt đầu từ 45 tuổi. B
Điều trị tiền đái tháo đường	
<i>Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền đái tháo đường: đường huyết đói 5.6-6.9 mmol/l hoặc A1C 5.7-6.4% hoặc glucose huyết tương 2h sau liệu pháp dung nạp glucose 7.8-11 mmol/l.</i>	
3.6 Điều trị bằng metformin để phòng ngừa đái tháo đường typ 2 nên được xem xét ở những người tiền đái tháo đường, đặc biệt là những người từ 25-59 tuổi có BMI ≥ 35 kg/m ² , đường huyết đói ≥ 6.1 mmol/l, A1C $\geq 6,0\%$, và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. A	3.6 Điều trị bằng metformin để phòng ngừa đái tháo đường typ 2 nên được xem xét ở những người tiền đái tháo đường, đặc biệt đối với những người có BMI ≥ 35 kg/m ² dưới 60 tuổi và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. A
Quản lý béo phì và cân nặng để ngăn ngừa và điều trị đái tháo đường typ 2	
FDA chấp thuận thêm một đồng vận thụ thể GLP-1 là semaglutide 2.4 mg/tuần, bên cạnh liraglutide 3 mg/ngày trong điều trị béo phì	
Các thuốc kiểm soát đường huyết	
9.4a Liệu pháp ban đầu phụ thuộc vào các bệnh mắc kèm, các yếu tố điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm và nhu cầu kiểm soát đường huyết. Liệu pháp ban đầu thường bao gồm metformin và thay đổi lối sống toàn diện. A 9.4b Các thuốc khác (thuốc đồng vận thụ thể GLP-1, ức chế SGLT ₂), kết hợp hoặc không kết hợp với metformin dựa trên nhu cầu kiểm soát đường huyết, là liệu pháp ban đầu thích	9.4 Metformin được ưu tiên lựa chọn ban đầu để điều trị bệnh đái tháo đường typ 2. A

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
<p>hợp cho người bệnh đái tháo đường typ 2 đã mắc hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch xơ vữa, suy tim, hoặc bệnh thận mạn tính. A</p>	
<p>9.5 Metformin nên được tiếp tục khi bắt đầu điều trị bằng insulin (trừ khi có chống chỉ định hoặc không dung nạp) để có lợi ích kiểm soát đường huyết và chuyển hóa. A</p>	<p>9.5 Sau khi khởi đầu với metformin, nên tiếp tục metformin miễn là thuốc được dung nạp và không có chống chỉ định; các tác nhân khác, kể cả insulin, nên được thêm vào metformin. A</p>
<p>9.11 Nếu sử dụng insulin, điều trị kết hợp với chất đồng vận thụ thể GLP-1 được khuyến cáo để đạt hiệu quả điều trị tốt hơn và ổn định. A</p>	
Bệnh tim mạch và quản lý các yếu tố nguy cơ	
<p>10.24 Đối với bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch do xơ vữa được coi là có nguy cơ tim mạch rất cao, nếu LDL-c \geq 3.9 mmol/L với liều statin tối đa dung nạp, hãy cân nhắc thêm liệu pháp giảm LDL-c (như ezetimibe hoặc thuốc ức chế PCSK9). A</p>	<p>10.24 Đối với bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch do xơ vữa được coi là có nguy cơ rất cao, nếu LDL-c \geq 3.9 mmol/L với liều statin tối đa dung nạp, cân nhắc thêm liệu pháp giảm LDL-c (như ezetimibe hoặc chất ức chế PCSK9). A Ezetimibe có thể được ưu tiên do chi phí thấp hơn.</p>
<p>10.42c Ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và đã mắc hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch xơ vữa, liệu pháp kết hợp thuốc ức chế SGLT2 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh và thuốc đồng vận thụ thể</p>	

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
<p>GLP1 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh có thể được xem xét để giảm nguy cơ biến cố tim mạch và biến cố thận. A</p>	
Bệnh thận mạn tính và quản lý nguy cơ	
<p>11.3a Đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và bệnh thận do đái tháo đường, xem xét sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính ≥ 25 mL/phút/1,73 m² và albumin niệu/creatinin ≥ 300 mg/g được khuyến cáo để giảm tiến triển bệnh thận mạn tính và các biến cố tim mạch. A</p>	<p>11.3a Đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và bệnh thận do đái tháo đường, xem xét sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính ≥ 30 mL/phút/1,73 m² và albumin niệu/creatinin > 300 mg/g. A</p>
Người cao tuổi	
<p>13.6 Người cao tuổi khỏe mạnh có ít bệnh mạn tính mắc kèm, chức năng nhận thức và tình trạng chức năng còn nguyên vẹn nên đặt mục tiêu đường huyết thấp hơn (A_{1c} < 7,0–7,5%), trong khi những người có nhiều bệnh mạn tính mắc kèm, suy giảm nhận thức hoặc phụ thuộc chức năng nên có các mục tiêu đường huyết ít nghiêm ngặt hơn (A_{1c} < 8,0%). C</p>	<p>12.6 Người cao tuổi khỏe mạnh với ít bệnh mạn tính mắc kèm, chức năng nhận thức và tình trạng chức năng còn nguyên vẹn nên có mục tiêu đường huyết thấp hơn (A_{1c} < 7,0–7,5%), trong khi những người có nhiều bệnh mạn tính mắc kèm, suy giảm nhận thức, hoặc phụ thuộc chức năng nên có các mục tiêu đường huyết ít nghiêm ngặt hơn (A_{1c} < 8,0–8,5%). C</p>

SGLT2 - sodium-glucose cotransporter 2, GLP-1 – glucagon like peptide 1, PCSK9 - proprotein convertase subtilisin/kexin type 9



Mọi ý kiến đóng góp và yêu cầu thông tin thuốc xin gửi về:

ĐƠN VỊ DƯỢC LÂM SÀNG

KHOA DƯỢC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT-XÔ

Điện thoại: 024 3972 2232 Máy lẻ 5275

Email: duoclamsanghn@googlegroups.com