



**BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU**  
**KHOA DƯỢC**  
**DƯỢC LÂM SÀNG & THÔNG TIN THUỐC**

# **BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC**

**SỐ 2 - 2020**



# NỘI DUNG

**CÁC BIỆN PHÁP MỚI TĂNG CƯỜNG AN TOÀN KHI SỬ DỤNG THUỐC NHUẬN TRÀNG KÍCH THÍCH ( BISACODYL, SENNA VÀ SENNOSIDES, NATRI PICOSULFAT) KHÔNG KÊ ĐƠN**

**SỬ DỤNG HỢP LÝ, AN TOÀN THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON**

**FDA: THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH GABAPENTIN, PREGABALIN VÀ NGUY CƠ GẶP PHẢI CÁC BIẾN CỐ HÔ HẤP NGHIÊM TRỌNG**

**MEDSAFE - PREDNISOLONE DẠNG NHỎ MẮT VÀ NGUY CƠ GÂY RA CÁC TÁC DỤNG TOÀN THÂN**

**FDA: RÚT NGUY CƠ CẮT CỤT CHI CỦA THUỐC TIỂU ĐƯỜNG CANAGLIFLOZIN KHỎI BOXED WARNING**

**MHRA: NHẮC LẠI NGUY CƠ XUẤT HUYẾT LIÊN QUAN ĐẾN CÁC THUỐC CHỐNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP (DIRECT ACTING ORAL ANTICOAGULANTS – DOACS)**

**HOẠT ĐỘNG ĐƯỢC LÂM SÀNG**



**CÁC BIỆN PHÁP MỚI TĂNG CƯỜNG AN TOÀN KHI SỬ DỤNG THUỐC NHUẬN TRĂNG KÍCH THÍCH ( BISACODYL, SENNA VÀ SENNOSIDES, NATRI PICOSULFAT) KHÔNG KÊ ĐƠN**

MHRA đã đưa ra các giới hạn về kích cỡ bao bì, độ tuổi và các cảnh báo an toàn mới đối với thuốc nhuận tràng kích thích không kê đơn (OTC) sau khi đánh giá an toàn thuốc. Khuyến cáo bệnh nhân về các biện pháp thay đổi chế độ ăn uống và lối sống nên được áp dụng trước để giảm táo bón không thường xuyên trong thời gian ngắn và chỉ nên sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích nếu các biện pháp này và các thuốc nhuận tràng khác không hiệu quả.

**Các lựa chọn điều trị táo bón**

- Đối với táo bón, điều trị nguyên nhân và tư vấn cho bệnh nhân người lớn về các biện pháp ưu tiên hàng đầu trong chế độ ăn uống và lối sống phù hợp, chẳng hạn như tăng chất xơ, uống nhiều nước và tăng cường vận động.
- Chỉ nên sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích khi các thuốc nhuận tràng khác (tạo khối và thẩm thấu) không hiệu quả.
- Không nên sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích ở trẻ dưới 12 tuổi khi không có lời khuyên của bác sĩ và cần tuân theo hướng dẫn điều trị.

**Thay đổi tính sẵn có của thuốc**

- Các cửa hàng tạp hóa và siêu thị chỉ còn sẵn có các dạng thuốc đóng gói nhỏ hơn để chữa táo bón ngắn hạn, không thường xuyên ở người lớn.
- Các hiệu thuốc vẫn có thể mua/bán các gói lớn hơn lên đến 100 viên để sử dụng cho người lớn và trẻ em từ 12 tuổi trở lên, dưới sự giám sát của dược sĩ.

**Khuyến cáo cho bệnh nhân**

- Tìm kiếm sự hỗ trợ từ bác sĩ, y tá hoặc dược sĩ khi mắc táo bón liên tục, thay vì tự dùng thuốc nhuận tràng trong thời gian dài.
- Tham khảo ý kiến bác sĩ nếu các triệu chứng táo bón không cải thiện sau khi thay đổi chế độ ăn uống và lối sống và điều trị thuốc nhuận tràng ngắn hạn (theo lời khuyên của dược sĩ), hoặc trong trường hợp đau bụng dai dẳng hay đi ngoài ra máu.
- Cha mẹ và người chăm sóc nên tìm kiếm lời khuyên từ nhân viên y tế khi trẻ mắc táo bón- trẻ em dưới 12 tuổi không nên sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích trừ khi được bác sĩ kê đơn.

**Đánh giá an toàn thuốc**

Sau khi đánh giá an toàn trên cả nước, bao gồm tư vấn từ các nhóm chuyên gia, Ủy ban về Thuốc dùng cho người (CHM) khuyến nghị MHRA đưa ra các biện pháp tăng cường an toàn sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích OTC tại Anh.

Trong đánh giá sâu về lợi ích và nguy cơ của những loại thuốc này, CHM lưu ý thuốc nhuận tràng kích thích có tính an toàn chấp nhận được, đã được sử dụng rộng rãi trong nhiều năm và thường được sử dụng có trách nhiệm. Tuy nhiên, CHM cũng xem xét bằng chứng cho thấy các thuốc này có thể bị sử dụng sai cách và lạm dụng. Những trường hợp như vậy chủ yếu liên quan đến những người bị rối loạn ăn uống, mặc dù việc sử dụng



sai và lạm dụng có khả năng được báo cáo ít hơn. Hơn nữa, CHM cũng lưu ý hướng dẫn lâm sàng hiện tại khuyến cáo không nên khởi đầu sử dụng thuốc nhuận tràng kích thích điều trị táo bón ngắn hạn. CHM kết luận có thể tiếp tục bán loại thuốc này cho bệnh nhân, tuy nhiên, cần áp dụng một loạt các biện pháp để giảm nguy cơ lạm dụng và tăng cường sử dụng đúng cách.

**Các biện pháp tăng cường an toàn thuốc**

*Hạn chế kích thước đóng gói*

Các sản phẩm kích thích đóng gói nhỏ sẽ tiếp tục được bán cho bệnh nhân người lớn mắc chứng táo bón ngắn hạn, không thường xuyên. Các sản phẩm này chỉ được đóng gói đủ hai liệu trình điều trị ngắn (tối đa 20 viên nén hàm lượng tiêu chuẩn, 10 viên nén hàm lượng tối đa hoặc 100ml dung dịch/si-rô).

*Giới hạn độ tuổi sử dụng thuốc*

Thuốc nhuận tràng kích thích được bán trong cửa hàng tiện lợi và siêu thị chỉ được khuyến cáo sử dụng cho người từ 18 tuổi trở lên. Không được dùng loại thuốc này cho trẻ em dưới 12 tuổi nếu không có lời khuyên từ bác sĩ kê đơn, có thể sử dụng thuốc cho trẻ em từ 12 đến 17 tuổi dưới sự giám sát của dược sĩ.

*Cân bằng giữa các chỉ định và cảnh báo an toàn mới*

Chỉ định của tất cả các thuốc nhuận tràng kích thích OTC đã được thống nhất và đã loại bỏ các cách sử dụng không phù hợp. Trong trường hợp cần sử dụng thuốc thường xuyên, lâu dài để điều trị táo bón mãn tính, thuốc sẽ được cấp phát dưới dạng chế phẩm kê đơn.

Cảnh báo trong tờ thông tin sản phẩm của tất cả các thuốc sẽ thống nhất khuyến cáo bệnh nhân về nguy cơ gây hại do mất nước và rối loạn điện giải hoặc rối loạn chức năng ruột nếu lạm dụng thuốc. Cảnh báo cũng đang được bổ sung trên bao bì để tăng cường nhận thức của người dân. Thông tin sản phẩm cũng sẽ đề cập đến các khuyến nghị mới về độ tuổi sử dụng thuốc.

*Nguồn: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/stimulant-laxatives-bisacodyl-senna-and-sennosides-sodium-picosulfate-available-over-the-counter-new-measures-to-support-safe-use>*

Thuốc ức chế bơm proton (PPI) là một trong những thuốc được sử dụng rộng rãi nhất trong thực hành lâm sàng. PPI có hiệu quả cao trong việc làm giảm các triệu chứng gây ra do tăng tiết acid dịch vị và nhìn chung được dung nạp khá tốt. Tuy nhiên, không nên kê đơn PPI vô thời hạn mà không đánh giá lại người bệnh. PPI nên được dùng ở liều thấp nhất có hiệu quả và trong thời gian ngắn nhất có thể. Việc sử dụng “khi cần” có thể phù hợp hơn việc dùng hàng ngày với một số bệnh nhân. Bệnh nhân nên được cảnh báo về hiện tượng tăng tiết acid hồi ứng thường xuất hiện thậm chí trong vòng 4 tuần sau khi ngừng điều trị. Nhiều bệnh nhân có thể kiểm soát các triệu chứng sau khi ngừng thuốc này bằng các thuốc thay thế khác như antacid.

## Sử dụng PPI

Việc điều trị các triệu chứng liên quan đến tăng tiết acid dịch vị đã bắt đầu từ thời Hy Lạp cổ đại với việc sử dụng bột san hô (calci carbonat) để làm giảm chứng khó tiêu. Trong những năm 1970 và 1980, các thuốc đối kháng thụ thể  $H_2$ , như ranitidin đã ra đời, tiếp đó là các thuốc ức chế bơm proton (PPI) có hiệu quả cao hơn trong giảm tiết acid dịch vị. Hiện PPI đã thay thế phần lớn các thuốc đối kháng thụ thể  $H_2$  trong thực hành, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhiều bệnh nhân. Lợi ích này là nguyên nhân khiến PPI được dùng rộng rãi hơn trong chăm sóc sức khỏe ban đầu so với các nhóm thuốc khác trong điều trị các bệnh lý liên quan đến tăng tiết acid dịch vị.



### *Các PPI được chỉ định để:*

- Điều trị bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GORD), bao gồm cả bệnh thực quản Barrett.
- Dự phòng loét dạ dày - tá tràng liên quan đến NSAIDs.
- Điều trị loét dạ dày - tá tràng lành tính.
- Diệt *Helicobacter pylori* (phối hợp với kháng sinh).
- Điều trị hội chứng Zollinger - Ellison.

Các thuốc PPI có hiệu quả tương tự nhau khi được dùng ở liều khuyến cáo. Kết quả từ một phân tích gộp cho thấy không có khác biệt về hiệu quả giữa các PPI trong điều trị viêm thực quản. Sự sẵn có của 3 thuốc PPI được bảo hiểm chi trả giúp bệnh nhân có thể chuyển đổi dùng thuốc khác nếu gặp các tác dụng bất lợi với một PPI và có thêm lựa chọn về dạng bào chế, ví dụ: pantoprazol dạng viên nén nhỏ phù hợp hơn cho bệnh nhân khó nuốt.

### *Đặc tính dược lý của thuốc ức chế bơm proton:*

PPI là các tiền thuốc. Sau khi uống, thuốc được chuyển từ dạng không có hoạt tính trở thành dạng có hoạt tính. PPI không bền trong môi trường acid nên được bào chế ở dạng bao tan trong ruột để bảo vệ thuốc. Sau khi đi qua dạ dày, màng bao sẽ tan rã tại ruột non, PPI được hấp thu vào máu nơi chúng có thời gian bán thải tương đối ngắn, khoảng 1-1,5 giờ. Hiệu quả của PPI kéo dài hơn nhiều khoảng thời gian này, do chất chuyển hóa có hoạt tính liên kết không thuận nghịch với bơm proton  $H^+/K^+-ATPase$  ở tế bào viền, ngăn cản sự bài xuất của các ion  $H^+$  vào dịch vị trong 10-14 giờ. Tác dụng ức chế tiết acid của PPI cần ít nhất sau 5 ngày để đạt hiệu quả cao nhất. Tuy nhiên, đây là tác dụng không hoàn toàn; khoảng 1/4 số bơm proton trong mỗi tế bào viền vẫn hoạt động ngay cả khi dùng liều cao PPI.

Gastrin là hormon kích thích tế bào viền tiết acid dịch vị. Khi PPI ức chế sản xuất acid dịch vị, gastrin sẽ được giải phóng nhiều hơn để chống lại sự giảm acid của dạ dày. Gần đây, một số nghiên cứu gợi ý rằng khi ngừng sử dụng PPI, cơ thể sẽ tiếp tục sản xuất gastrin với lượng cao hơn so với trước khi điều trị, gây hiện tượng tăng tiết acid hồi ứng.

Kê đơn PPI khi nào, như thế nào được coi là phù hợp?

Khi bắt đầu sử dụng PPI, cần trao đổi với bệnh nhân về liệu trình điều trị dự kiến, nhằm giúp họ hiểu quá trình điều trị không kéo dài vô thời hạn, trừ khi còn có chỉ định tiếp tục dùng thuốc, cũng như giúp trao đổi lại về việc hiệu chỉnh liều và ngừng điều trị dễ dàng.

Đối với đa số bệnh nhân, liều khởi đầu phù hợp là omeprazol 20 mg, 1 lần/ngày (tùy thuộc chỉ định). Với một số bệnh nhân, có thể cần tăng liều lên 40 mg (dùng hàng ngày) nếu không kiểm soát được triệu chứng, nhưng liều khởi đầu omeprazol 40 mg (1 lần/ngày) hiếm khi được chỉ định trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Sau đó, tùy theo chỉ định, có thể giảm liều PPI, ví dụ: giảm liều omeprazol từ 20 mg xuống 10 mg (dùng hàng ngày), hoặc dùng “khi cần” nếu các triệu chứng đã được kiểm soát thích hợp.

## Lưu ý:

Trước khi kê đơn PPI, cần cân nhắc các yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư dạ dày, do sử dụng PPI có thể che giấu các triệu chứng của bệnh này. Tỷ lệ mắc ung thư dạ dày tăng đáng kể sau tuổi 55 và có thể sớm hơn 10 năm ở người gốc châu Á.

## Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản (GORD)

Thuốc ức chế bơm proton được chỉ định để điều trị các trường hợp nghi ngờ hoặc có chẩn đoán xác định GORD. Phác đồ điều trị phụ thuộc vào mức độ nặng của các triệu chứng và khả năng xuất hiện biến chứng. PPI có thể được sử dụng để:

- Thiết lập chẩn đoán GORD thông qua điều trị theo kinh nghiệm trong vài tuần.
- Giảm nhẹ triệu chứng “khi cần” ở bệnh nhân mắc GORD mức độ nhẹ hơn.
- Giảm nhẹ triệu chứng hàng ngày ở bệnh nhân có các triệu chứng nặng hơn.

Khi điều trị bệnh nhân GORD mức độ nhẹ, cần thống nhất giữa bệnh nhân và bác sĩ rằng chế độ điều trị sẽ được đánh giá định kỳ, với mục tiêu kiểm soát các triệu chứng bằng thay đổi lối sống và phụ thuộc tối thiểu vào thuốc. Liều thấp nhất có hiệu quả của PPI nên được dùng trong thời gian ngắn nhất có thể.



## Loét liên quan đến thuốc chống viêm không steroid (NSAID)

PPI được chỉ định để ngăn ngừa và điều trị loét, loét xói do sử dụng NSAID ở những bệnh nhân có nguy cơ (xem bên dưới) và thường được chỉ định điều trị chứng khó tiêu do NSAID. PPI nên được dùng hàng ngày hơn là “khi cần” để ngăn ngừa phản ứng có hại của NSAID, bởi vì loét hay xuất huyết tiêu hóa có thể xảy ra mà không có biểu hiện khó tiêu.

*Các yếu tố nguy cơ tăng tác dụng bất lợi trên đường tiêu hóa (như thủng, loét hay chảy máu) liên quan đến việc sử dụng NSAID bao gồm:*

- Tuổi cao > 65 tuổi.
- Tiền sử gặp phản ứng có hại với NSAID.
- Sử dụng đồng thời với các thuốc có thể làm tăng tác dụng bất lợi trên đường tiêu hóa, như thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu hay corticosteroid.
- Tiền sử mắc bệnh tim mạch.
- Bệnh gan.
- Bệnh thận mạn tính.
- Hút thuốc
- Nghiện rượu.

Nhiều yếu tố nguy cơ trong số này cũng là các chống chỉ định sử dụng NSAID.

PPI là biện pháp dự phòng phù hợp cho bệnh nhân đang dùng NSAID dài ngày có bất cứ yếu tố nguy cơ nào kể trên. Khuyến cáo bệnh nhân báo cáo bất cứ triệu chứng nào trên đường tiêu hóa (như ợ nóng, đi ngoài phân đen) có thể liên quan đến loét hay loét xói. Đồng thời, cần nhắc xét nghiệm huyết sắc tố (hemoglobin) sau 1 tháng điều trị với NSAID.

## Khi nào có thể cân nhắc ngừng sử dụng PPI?

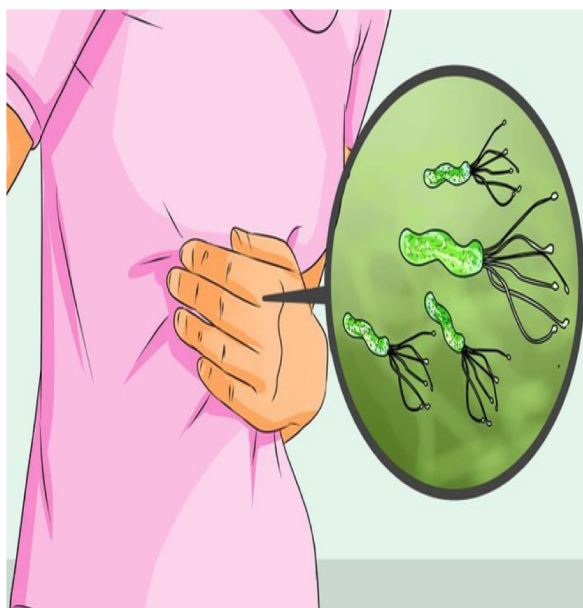
Nhiều bệnh nhân như bệnh nhân thực quản Barrett cần sử dụng PPI kéo dài và sẽ không phù hợp nếu ngừng thuốc. Với các bệnh nhân khác, như có tiền sử viêm loét thực quản nặng, chỉ nên cân nhắc ngừng PPI sau khi trao đổi với bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có thể giảm liều PPI đã được kê đơn, như giảm liều omeprazol từ 20 mg (1 lần/ngày) xuống 10 mg (1 lần/ngày) hoặc chuyển sang chế độ điều trị “khi cần”. Với bệnh nhân dùng PPI kéo dài, nên đánh giá lại sự cần thiết phải tiếp tục điều trị trong tất cả các lần tái khám.

## *Tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ tăng tiết acid hồi ứng*

Tăng tiết acid hồi ứng có thể xảy ra khi ngừng sử dụng PPI. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy hơn 40% bệnh nhân không có triệu chứng bị khó tiêu 1 tuần sau khi kết thúc đợt điều trị 4 tuần với pantoprazol. Định lượng chỉ thị huyết thanh gợi ý có sự tiết acid 1 tuần sau khi ngừng điều trị PPI nhưng sau đó trở lại bình thường trong vòng 2 tuần.

Các triệu chứng tăng tiết acid hồi ứng, như trào ngược dạ dày - thực quản, cũng là những triệu chứng để chỉ định PPI. Do vậy, có thể điều trị củng cố nếu việc điều trị ban đầu gây ra các triệu chứng yêu cầu phải tiếp tục điều trị. Nên trao đổi với bệnh nhân về nguy cơ tăng tiết acid hồi ứng để bệnh nhân chuẩn bị sẵn sàng sau khi ngừng sử dụng PPI.

Các antacid và chất chống đầy hơi có thể có hiệu quả điều trị tăng tiết acid hồi ứng tốt nhất. Các thuốc này có thể được kê đơn như thuốc “giải nguy” và nếu có tái phát triệu chứng.



## **Tính an toàn của PPI?**

Tỷ lệ gặp tác dụng bất lợi liên quan đến PPI tương đối thấp. Tuy nhiên, cần trao đổi các nguy cơ này với bệnh nhân và cân nhắc giám sát định kỳ đối với các bệnh nhân có nguy cơ cao.

Tất cả các PPI đều có thể gây đau đầu và các biến cố bất lợi trên tiêu hóa, như buồn nôn, nôn, đau bụng, đầy hơi, tiêu chảy hoặc táo bón. Các biến cố bất lợi trên tiêu hóa của PPI đôi khi có thể bị nhầm lẫn với triệu chứng của GORD, làm cho bác sĩ điều trị tăng liều PPI đang dùng cho bệnh nhân vì cho rằng thuốc chưa đạt hiệu quả mong đợi. Ở mức độ ít gặp hơn, dùng PPI có thể gây khô miệng, phù ngoại vi, hoa mắt, rối loạn giấc ngủ, mệt, rối loạn cảm giác, đau khớp, đau cơ, phát ban, ngứa và viêm thận kẽ.

Chưa phát hiện mối liên quan giữa PPI và tăng tỷ lệ dị tật thai nhi trên người. Do đó, PPI được coi là an toàn trong thai kỳ. Có thể cân nhắc đến các liệu pháp khác phù hợp cho phụ nữ mang thai cần thuốc ức chế acid bao gồm antacid (calci carbonat, alginat) hoặc ranitidin trước. Nếu những thuốc này không đạt hiệu quả mong muốn thì cân nhắc sử dụng PPI.

Nên tránh dùng PPI liều cao hơn ở bệnh nhân có bệnh gan mức độ trung bình hoặc nặng, do giảm chuyển hóa ở gan có thể gây tích lũy thuốc.

### *Tăng nguy cơ nhiễm trùng*

Tác dụng ức chế tiết acid dịch vị của PPI làm tăng nguy cơ nhiễm trùng từ các căn nguyên ở đường tiêu hóa hay hô hấp, dù nguy cơ khá thấp. Nguy cơ cao hơn được cho là do giảm tác dụng bảo vệ dạ dày của “bức tường acid”, khiến các mầm bệnh sống có thể di chuyển lên hoặc xuống trong đường tiêu hóa và xâm lấn đường hô hấp dưới.

Nếu có thể, cân nhắc trì hoãn sử dụng PPI cho bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng tăng, như bệnh nhân cao tuổi có người nhà bị cúm, bệnh nhân đang dùng kháng sinh. Chưa rõ việc ngừng sử dụng PPI tạm thời trong thời gian bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao có đem lại lợi ích hay không.

### *Kém hấp thu các chất dinh dưỡng*

Acid dịch vị làm tăng độ tan của các chất ở dạng muối không tan (như calci, sắt) và giúp hấp thu các vitamin liên kết với protein (như vitamin B12). Do đó, việc giảm tiết acid dịch vị có thể làm giảm hấp thu một số chất dinh dưỡng, dẫn đến tăng tỷ lệ bệnh liên quan đến kém hấp thu. Tuy nhiên, mối liên quan này hiện vẫn còn đang tranh cãi. Ở đa số trường hợp, bệnh nhân có thể yên tâm rằng chế độ ăn uống cân bằng, đầy đủ, chứa các chất thiết yếu và chất khoáng (như calci, sắt, folat, magnesi) là đủ để loại trừ nguy cơ này.

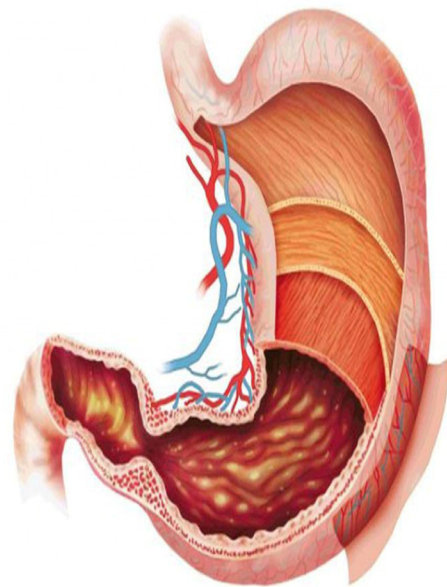
### *Dùng PPI kéo dài liên quan đến tăng nhẹ nguy cơ gãy xương.*

Tăng nguy cơ loãng xương nên được cân nhắc ở phụ nữ sau mãn kinh sử dụng PPI kéo dài, đặc biệt nếu bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ khác, như tiền sử gia đình có người bị loãng xương hoặc sử dụng corticoid kéo dài. Khi đó, có thể làm giảm nguy cơ này bằng cách dùng PPI ở liều thấp nhất có hiệu quả, hoặc dùng “khi cần” nếu phù hợp.

Hạ magnesi máu nặng liên quan đến việc sử dụng PPI trên một số ít bệnh nhân, có thể cải thiện khi ngừng PPI. Năm 2012, Cơ quan Quản lý An toàn Thuốc và Thiết bị y tế New Zealand (Medsafe) đã khuyến cáo rằng hạ magnesi máu, và có thể giảm calci máu, là tác dụng bất lợi hiếm gặp của PPI. Omeprazol, ở mức liều 10-40 mg/ngày, là liều thường gặp nhất liên quan đến các thiếu hụt trên. Magnesi được biết đến có tác động ổn định nội môi của calci bằng cách giảm tiết hormon tuyến cận giáp, giảm đáp ứng của thận và xương với hormon tuyến cận giáp.

Bệnh nhân đang sử dụng PPI, có tiền sử nghiện rượu, có nguy cơ hạ magnesi máu tăng lên do tác dụng hiệp đồng của sử dụng ethanol mạn tính đến chức năng chuyển hóa. Sử dụng thuốc lợi tiểu, ciclosporin hoặc kháng sinh aminoglycosid đồng thời với PPI làm tăng nguy cơ hạ magnesi máu. Các triệu chứng của hạ magnesi máu thường không rõ ràng, có thể bao gồm chuột rút, yếu cơ, dễ bị kích thích hoặc lú lẫn.

Thiếu hụt vitamin B12 liên quan đến sử dụng PPI ở bệnh nhân cao tuổi. Một số nghiên cứu cho thấy PPI làm giảm hấp thu vitamin B12 trong thức ăn. Ở bệnh nhân cao tuổi có chế độ dinh dưỡng kém, đang dùng PPI kéo dài, cần cân nhắc xét nghiệm vitamin B12 định kỳ.



Giảm natri máu liên quan đến việc sử dụng PPI gặp ở rất ít bệnh nhân, và thường gặp hơn ở người cao tuổi.

Viêm thận kẽ cấp tính liên quan đến PPI

Tính đến tháng 6/2011, Trung tâm Theo dõi Phản ứng có hại của thuốc New Zealand (CARM) đã ghi nhận 65 trường hợp viêm thận kẽ liên quan đến việc sử dụng PPI. Viêm thận kẽ có thể dẫn đến tổn thương thận vĩnh viễn. Các triệu chứng và dấu hiệu gợi ý viêm thận kẽ bao gồm: sốt, nổi ban, tăng bạch cầu ái toan, khó chịu, đau cơ, đau khớp, giảm cân, thay đổi lượng nước tiểu, đái ra máu hoặc mủ có kèm hoặc không kèm theo tăng huyết áp. NSAID cũng được biết đến khá rõ về nguy cơ gây độc thận, do đó, nên chú ý nghi ngờ hơn khả năng viêm thận kẽ ở bệnh nhân đang sử dụng NSAID có xuất hiện các triệu chứng này. Các yếu tố nguy cơ gây viêm thận kẽ khác bao gồm kháng sinh beta lactam (penicilin, cephalosporin), sulfonamid, thuốc lợi tiểu, bệnh lý nhiễm trùng, rối loạn miễn dịch hoặc ung thư. Trong trường hợp nghi ngờ viêm thận kẽ, cần soi nước tiểu và kiểm tra chức năng thận. Bệnh nhân cũng nên được gửi khám chuyên khoa thận. Để chẩn đoán xác định viêm thận kẽ, bắt buộc phải sinh thiết thận.

Tương tác thuốc

Quan ngại về khả năng tương tác giữa omeprazol và clopidogrel không chắc chắn có ý nghĩa lâm sàng. MARC đã đánh giá bằng chứng về tương tác giữa PPI và clopidogrel và kết luận rằng bằng chứng hiện có cho thấy PPI có thể ảnh hưởng đến hoạt tính của clopidogrel *in vitro*, nhưng điều này chưa ngoại suy được có dẫn đến hậu quả bất lợi có ý nghĩa lâm sàng. Không cần thiết phải thay đổi chế độ điều trị cho bệnh nhân đang sử dụng đồng thời một thuốc PPI và clopidogrel. Tuy nhiên, nếu bác sĩ đang cân nhắc kê đơn PPI và clopidogrel, thì khuyến cáo nên chọn pantoprazol do ít có tác dụng ức chế enzym CYP2C19 hơn so với omeprazol và lansoprazol.

PPI có thể làm tăng nhẹ tác dụng chống đông của warfarin hoặc giảm tác dụng này khi ngừng PPI. Bệnh nhân đang dùng warfarin nên được đánh giá trị số INR thường xuyên hơn khi bắt đầu dùng, hoặc ngừng PPI để đảm bảo không gặp tương tác có ý nghĩa lâm sàng.

Những điểm cần lưu ý về PPI:

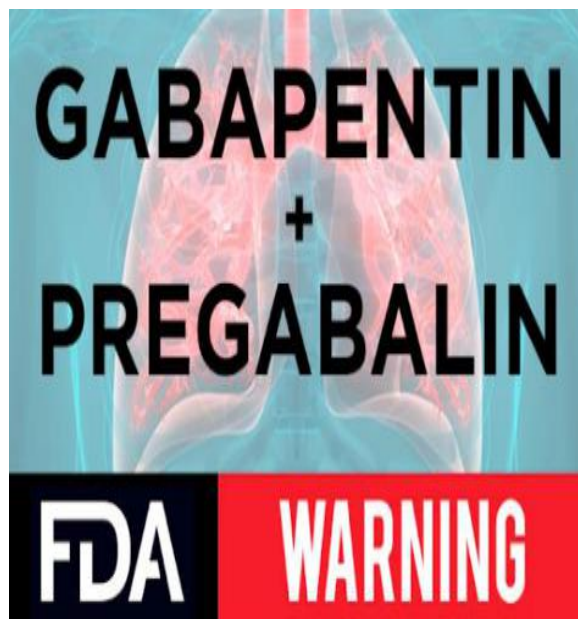
- Rà soát toàn bộ các bệnh nhân đang dùng PPI kéo dài và đánh giá xem có nên tiếp tục sử dụng hay có thể giảm liều PPI hay không.
- Với bệnh nhân lần đầu dùng PPI, cần trao đổi với người bệnh về thời gian điều trị dự kiến và có kế hoạch giảm liều hoặc ngừng điều trị.
- Đa số bệnh nhân trong chăm sóc sức khỏe ban đầu không cần dùng omeprazol với liều khởi đầu 40 mg/ngày (hoặc tương đương).
- Rất ít bệnh nhân cần phải dùng omeprazol với liều 40 mg, hàng ngày, kéo dài.
- Cân nhắc chế độ liều “khi cần” có phù hợp hơn cho bệnh nhân đang dùng PPI hàng ngày hay không.
- Tư vấn để bệnh nhân nắm được về nguy cơ tăng tiết acid hồi ứng có thể xảy ra khi ngừng sử dụng PPI. Trong trường hợp đó, có thể dùng thuốc kháng acid như một thuốc “giải nguy” để làm giảm các triệu chứng.

# FDA: THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH GABAPENTIN, PREGABALIN VÀ NGUY CƠ GẶP PHẢI CÁC BIẾN CỐ HÔ HẤP NGHIÊM TRỌNG

## Thông tin chung

Gabapentin và pregabalin được FDA cấp phép chỉ định cho động kinh, đau dây thần kinh do chấn thương tủy, bệnh zona, bệnh ĐTĐ và hội chứng chân không yên. Gabapentin có mặt trên thị trường với biệt dược Neurontin, Gralise, Horizant và neuropentin. Pregabalin có mặt trên thị trường với biệt dược Lyrica, Lyrica CR.

Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) **cảnh báo khó thở nghiêm trọng** có thể xảy ra ở bệnh nhân sử dụng gabapentin và pregabalin có yếu tố nguy cơ hô hấp. Các yếu tố này bao gồm việc sử dụng thuốc giảm đau opioid và các thuốc khác có tác dụng ức chế hệ thần kinh trung ương và một số tình trạng khác như COPD. Người già cũng là đối tượng có nguy cơ cao. Đánh giá cho thấy việc kê đơn cũng như việc dùng sai và lạm dụng các thuốc này ngày càng tăng.



## Động thái của FDA

FDA yêu cầu bổ sung các cảnh báo mới về suy giảm chức năng hô hấp vào tờ thông tin kê đơn của gabapentinoid, đồng thời yêu cầu nhà sản xuất tiến hành các thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá nguy cơ lạm dụng thuốc.

## Khuyến cáo cho bệnh nhân

Bệnh nhân và người chăm sóc cần gọi cấp cứu nếu thấy triệu chứng như: nhầm lẫn hoặc mất phương hướng, chóng mặt hoặc đau đầu nhẹ, buồn ngủ quá mức hoặc hôn mê, thở chậm, nông hoặc khó thở, mất ý thức, da xanh, nhợt nhạt, đặc biệt ở môi, ngón tay, ngón chân. Cần báo cáo cho CBYT về tất cả các thuốc đang sử dụng gồm thuốc kê đơn, thuốc không kê đơn và các chất khác như đồ uống có cồn.

Cần sử dụng đúng liều đã được kê đơn. Không sử dụng liều cao hơn vì nguy cơ biến cố nghiêm trọng hoặc tử vong.

## Khuyến cáo cho cán bộ y tế

Cán bộ y tế cần kê đơn các thuốc gabapentinoid, ở mức liều thấp nhất có tác dụng, theo dõi các triệu chứng suy giảm chức năng hô hấp và tác dụng giảm đau khi kê đơn đồng thời gabapentin với một opioid hay một thuốc ức chế thần kinh trung ương khác như benzodiazepin. Tiền sử bệnh hô hấp và tuổi cao là yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng hô hấp và người bệnh có yếu tố nguy cơ này cần được theo dõi chặt chẽ. Việc xử trí ức chế hô hấp có thể bao gồm quan sát cẩn thận, áp dụng biện pháp hỗ trợ, có thể giảm hoặc ngừng các thuốc ức chế thần kinh trung ương, bao gồm cả gabapentinoid. Gabapentinoid cần được giảm liều từ từ trước khi ngừng thuốc.

Kết hợp giữa việc dùng thuốc và liệu pháp không dùng thuốc là biện pháp phổ biến để tối ưu việc giảm đau.

Cần thông tin cho bệnh nhân về nguy cơ suy giảm chức năng hô hấp và ức chế thần kinh trung ương của các thuốc này.

Nguồn: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-warns-about-serious-breathing-problems-seizure-and-nerve-pain-medicines-gabapentin-neurontin>

## MEDSAFE - PREDNISOLONE DẠNG NHỎ MẮT VÀ NGUY CƠ GÂY RA CÁC TÁC DỤNG TOÀN THÂN

**New Zealand:** Medsafe đã nhận được một báo cáo về sự **nhầm lẫn và rối loạn tâm thần** ở một bệnh nhân sau khi bắt đầu điều trị với prednisolone dạng thuốc nhỏ mắt.

Thuốc nhỏ mắt prednisolone là dạng steroid tại chỗ được chỉ định để điều trị các tình trạng viêm ở mắt; tác dụng bằng cách làm giảm các triệu chứng sưng, đỏ và ngứa ở mắt.



Mặc dù các tác dụng phụ toàn thân rất không phổ biến ở thuốc nhỏ mắt prednisolone, vẫn có nguy cơ rất hiếm xảy ra tình trạng tăng corticoid hệ thống sau khi sử dụng các steroid tại chỗ.

**Trẻ sơ sinh, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và người cao tuổi** là các đối tượng dễ có nguy cơ gặp phải các tác dụng phụ toàn thân khi dùng thuốc nhỏ mắt.

Hấp thu toàn thân có thể giảm đáng kể bằng cách: nhắm mắt sau khi nhỏ; ấn nhẹ nhàng vùng khóe mắt sau khi nhỏ thuốc vào mắt; và chờ năm đến mười phút trước khi nhỏ giọt tiếp theo nếu cần dùng nhiều hơn một giọt.

*Nguồn: WHO Pharmaceuticals Newsletter, No.1 2020, p.9*

## FDA: RÚT NGUY CƠ CẮT CỤT CHI CỦA THUỐC TIỂU ĐƯỜNG CANAGLIFLOZIN KHỎI BOXED WARNING

Dựa trên đánh giá dữ liệu từ ba thử nghiệm lâm sàng mới, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã rút nguy cơ cắt đứt chi khỏi hộp Cảnh báo (Boxed Warnings) trong tờ thông tin kê đơn canagliflozin (Invokana, Invokamet, Invokamet XR).

Năm 2017, dựa trên đánh giá của FDA cho rằng nguy cơ cắt đứt chi rất nghiêm trọng liên quan đến lợi ích của canagliflozin khi được kê đơn như một liệu pháp bổ sung với chế độ ăn kiêng và tập thể dục nhằm giảm nồng độ đường trong máu ở người lớn mắc bệnh đái tháo đường type 2, FDA đã yêu cầu bổ sung nguy cơ này trong hộp Cảnh báo của tờ Thông tin sản phẩm. Tiếp theo, các đánh giá của FDA về dữ liệu thử nghiệm lâm sàng mới đã chứng minh thêm lợi ích trên tim và thận của canagliflozin, dẫn đến việc thuốc này được phê duyệt bổ sung chỉ định. Cụ thể, vào năm 2018, canagliflozin được chấp thuận để hỗ trợ giảm nguy cơ mắc các biến cố lớn liên quan đến tim mạch như đau tim, đột quỵ hoặc tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đã có tiền sử bệnh tim; và vào năm 2019, thuốc này đã được phê duyệt để hỗ trợ giảm nguy cơ mắc bệnh thận giai đoạn cuối, suy giảm chức năng thận, tử vong do bệnh lý tim mạch, và phải nhập viện vì suy tim ở một số bệnh nhân tiểu đường type 2 và bệnh thận do tiểu đường.

Nhìn chung, những tác dụng mới được xác định của canagliflozin đối với bệnh tim và thận cho thấy cân cân lợi ích của thuốc này được nâng cao đáng kể trên nhóm đối tượng bệnh nhân này. Thông tin an toàn từ các thử nghiệm lâm sàng gần đây cũng cho thấy nguy cơ phải cắt đứt chi, tuy vẫn đáng kể với canagliflozin nhưng thấp hơn so với ước tính trước đây, đặc biệt là khi bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ. Dựa trên những cân nhắc này, **FDA đã kết luận rằng có thể rút đi cảnh báo về nguy cơ cắt đứt chi trong boxed warning.** Tuy nhiên, nguy cơ cắt đứt chi liên quan đến canagliflozin vẫn có thể xảy ra và vẫn được mô tả trong phần Cảnh báo và Thận trọng của tờ thông tin sản phẩm. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe và bệnh nhân cần tiếp tục ý thức tầm quan trọng của các biện pháp phòng ngừa và chăm sóc bàn chân, đồng thời cần chú ý theo dõi các cơn đau mới, các cảm giác đau, châm chích, các biểu hiện loét và nhiễm trùng ở chân và bàn chân. Cán bộ y tế cần cân nhắc các yếu tố nguy cơ có thể khiến bệnh nhân phải cắt đứt chi trước khi lựa chọn thuốc trị đái tháo đường cho bệnh nhân.

Canagliflozin thuộc nhóm thuốc ức chế natri-glucose cotransporter-2 (SGLT2) giúp làm giảm lượng đường trong máu bằng cách hỗ trợ thận loại bỏ đường khỏi cơ thể thông qua nước tiểu. Nếu không được điều trị, bệnh đái tháo đường type 2 có thể dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng, bao gồm mù lòa, tổn thương thần kinh và thận, và bệnh tim mạch.

*Nguồn: <https://www.fda.gov/media/141533/download>*

## **MHRA: NHẮC LẠI NGUY CƠ XUẤT HUYẾT LIÊN QUAN ĐẾN CÁC THUỐC CHỐNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP (DIRECT ACTING ORAL ANTICOAGULANTS – DOACS)**

Cảnh giác với các dấu hiệu và triệu chứng chảy máu trong quá trình điều trị với các thuốc DOACs (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban), đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết. Hiện tại, sẵn có một số chất đảo ngược đặc hiệu của dabigatran (Praxbind, idarucizumab), apixaban và rivaroxaban (Ondexxya, andexanet alfa).

### **Lời khuyên dành cho cán bộ y tế**

- Thận trọng khi kê thuốc DOACs cho bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết (ví dụ, người cao tuổi hoặc bệnh nhân suy thận)
- Cảnh giác với các dấu hiệu và biến chứng chảy máu trong quá trình điều trị, đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết
- Lưu ý các dấu hiệu và triệu chứng chảy máu cho bệnh nhân và khuyến khích bệnh nhân đọc tờ thông tin hướng dẫn sử dụng thuốc
- Đảm bảo sử dụng liều phù hợp trên bệnh nhân suy thận và hiệu chỉnh liều theo chức năng thận trong suốt quá trình điều trị
- Hiện tại, sẵn có một số chất đảo ngược đặc hiệu của dabigatran, apixaban và rivaroxaban
- Theo dõi tác dụng đảo ngược của andexanet alfa bằng các thông số lâm sàng, không nên dùng xét nghiệm anti-Xa để đánh giá hiệu quả của andexanet alfa do kết quả có thể không đáng tin cậy
- Báo cáo biến cố bất lợi nghi ngờ do thuốc DOACs bằng thẻ vàng, bao gồm huyết khối và xuất huyết

### **Nguy cơ xuất huyết với DOACs**

Các thuốc DOAC được phê duyệt cho một số chỉ định liên quan đến chống đông máu. Các thuốc hiện đang lưu hành trên thị trường bao gồm thuốc ức chế trực tiếp yếu tố Xa như apixaban (Eliquis), endoxaban (Lixiana) và rivaroxaban (Xarelto), ức chế trực tiếp thrombin như dabigatran etexilate (Pradaxa).

Sử dụng các thuốc DOAC làm tăng nguy cơ xuất huyết và có thể gây chảy máu nghiêm trọng, thậm chí tử vong. MHRA tiếp tục thu nhận được các báo cáo xuất huyết, thường đe dọa đến tính mạng hoặc tử vong có liên quan đến các thuốc này trên bệnh nhân tại châu Âu. Trong nhiều báo cáo ca, bệnh nhân có các yếu tố tiềm tàng làm tăng nguy cơ xuất huyết.

Nên thận trọng khi sử dụng thuốc DOAC trên bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết như người cao tuổi hoặc bệnh nhân nhẹ cân hoặc bệnh nhân suy giảm chức năng thận. Mặc dù không yêu cầu theo dõi tác dụng chống đông thường quy khi sử dụng thuốc DOAC, tuy nhiên nên thăm khám lâm sàng định kỳ các dấu hiệu của chảy máu và thiếu máu cho các bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết. Chảy máu có thể xảy ra tại bất kỳ vị trí nào trong quá trình điều trị bằng thuốc DOAC. Nên ngừng thuốc DOAC nếu chảy máu nghiêm trọng.

Thuốc DOAC tương tác với một số lượng thuốc, trong đó có tương tác làm tăng nguy cơ xuất huyết. Lời khuyên khi dùng đồng thời thuốc DOAC với các thuốc khác có thể tìm thấy trong tờ thông tin sản phẩm. Không nên dùng đồng thời thuốc DOAC với các thuốc chống đông khác. Chất ức chế mạnh P-glycoprotein hoặc CYP3A4 (hoặc cả 2) làm tăng nồng độ của thuốc DOACs, vì vậy không khuyến cáo dùng đồng thời hoặc cần giảm liều thuốc DOAC.

### **Liều của thuốc DOACs phụ thuộc vào chức năng thận**

Phơi nhiễm với DOACs tăng ở bệnh nhân suy thận vì vậy bệnh nhân cần được dùng liều phù hợp với chức năng thận. Liều của thuốc DOACs được xác định dựa trên độ thanh thải creatinin (CrCl). Mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) có thể đánh giá quá mức chức năng thận và làm tăng nguy cơ gặp biến cố xuất huyết.

Cần hiệu chỉnh liều nếu chức năng thận thay đổi đáng kể trong quá trình điều trị. Tờ thông tin sản phẩm của dabigatran và edoxaban khuyến cáo đánh giá chức năng thận nếu nghi ngờ chức năng thận suy giảm trong quá trình điều trị (ví dụ, do hạ kali máu, mất nước, và trong trường hợp dùng đồng thời với các thuốc khác).

Thuốc DOACs có thể sử dụng cho bệnh nhân suy thận trung bình ( $\text{Clcr} \geq 30$  ml/phút) nhưng yêu cầu giảm liều tùy vào chỉ định. Chống chỉ định dùng dabigatran cho bệnh nhân suy thận nặng ( $\text{Clcr} \leq 30$  ml/phút), trong khi DOACs khác có thể sử dụng nhưng cần thận trọng hoặc giảm liều. Tham khảo khuyến cáo liều cụ thể trong bảng 1 và tờ thông tin sản phẩm.

**Bảng 1. Khuyến cáo sử dụng thuốc DOACs cho bệnh nhân suy thận**

| Mức độ suy thận                              | Dabigatran                                                | Apixaban                                                                        | Edoxaban                                                                                                     | Rivaroxaban                                                                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Giai đoạn cuối (Clcr &lt; 15 ml/phút)</b> | Chống chỉ định                                            | Không khuyến cáo                                                                | Không khuyến cáo                                                                                             | Không khuyến cáo                                                                                    |
| <b>Nặng (Clcr ≤ 29 ml/phút)</b>              | Chống chỉ định                                            | Sử dụng thận trọng cho một số chỉ định, yêu cầu giảm liều cho các chỉ định khác | Yêu cầu giảm liều cho tất cả chỉ định                                                                        | Sử dụng thận trọng cho tất cả chỉ định<br>Yêu cầu hiệu chỉnh liều hoặc cân nhắc cho một số chỉ định |
| <b>Trung bình (Clcr 30-50 ml/phút)</b>       | Yêu cầu hiệu chỉnh liều hoặc cân nhắc cho một số chỉ định | Yêu cầu hiệu chỉnh liều cho một số chỉ định*                                    |                                                                                                              | Yêu cầu hiệu chỉnh liều hoặc cân nhắc cho một số chỉ định                                           |
| <b>Nhẹ (Clcr 51-80 ml/phút)</b>              | Không cần hiệu chỉnh liều                                 |                                                                                 | Không cần hiệu chỉnh liều                                                                                    | Không cần hiệu chỉnh liều                                                                           |
| <b>Clcr &gt; 80 ml/phút</b>                  | Không cần hiệu chỉnh liều                                 | Không cần hiệu chỉnh liều                                                       | Chỉ nên sử dụng cho một số chỉ định sau khi đánh giá cẩn thận nguy cơ huyết khối và xuất huyết của bệnh nhân | Không cần hiệu chỉnh liều                                                                           |

\* Ở bệnh nhân có nồng độ creatinin huyết tương  $\geq 1.5$  mg/dL (133  $\mu$ mol/L), tuổi  $\geq 80$  hoặc cân nặng  $\leq 60$ kg.

#### **Giám sát xuất huyết và các chất đảo ngược hiện có**

Tờ thông tin sản phẩm của thuốc DOACs bao gồm hướng dẫn giám sát biến cố xuất huyết. Một số chất đảo ngược đặc hiệu hiện có của dabigatran (Praxbind, idarucizumab), apixaban và rivaroxaban (Ondexxya, andexanet alfa) nhưng hiện nay không có chất đảo ngược đặc hiệu của edoxaban được cấp phép.

Kết quả định lượng anti-Xa hiệu chuẩn có thể giúp ích trong việc đưa ra quyết định lâm sàng trong một số trường hợp đặc biệt sử dụng apixaban, edoxaban hoặc rivaroxaban, ví dụ quá liều hoặc phẫu thuật cấp cứu. Tuy nhiên, không nên dùng xét nghiệm anti-Xa để đánh giá hiệu quả của andexanet alfa do kết quả có thể không đáng tin cậy. Đánh giá hiệu quả điều trị nên dựa trên thông số lâm sàng biểu thị đáp ứng phù hợp (thời gian cầm máu), kém hiệu quả (tái xuất huyết) và tác dụng bất lợi (biến cố huyết khối).

#### **Thông tin về thuốc DOACs**

DOACs là thuốc chống đông đường uống được sử dụng ngày càng tăng tại châu Âu. DOACs được chỉ định cho:

- Dự phòng biến cố xơ vữa động mạch ở người trưởng thành sau hội chứng vành cấp có tăng dấu ấn sinh học tim khi dùng cùng aspirin đơn độc hoặc aspirin và clopidogrel hoặc ticlopidine (2.5mg rivaroxaban)
- Dự phòng biến cố xơ vữa động mạch ở người trưởng thành có bệnh mạch vành hoặc bệnh động mạch ngoại biên có nguy cơ cao thiếu máu cục bộ khi dùng cùng aspirin (2.5mg rivaroxaban)
- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch ở người trưởng thành phẫu thuật thay khớp hông hoặc gối (dabigatran, apixaban và rivaroxaban)
- Dự phòng đột quy và thuyên tắc hệ thống ở người trưởng thành rung nhĩ không do bệnh van tim có từ 1 yếu tố nguy cơ trở lên, ví dụ suy tim sung huyết, tăng huyết áp, tuổi  $\geq 75$ , đái tháo đường, tiền sử đột quy hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (tất cả thuốc DOACs)
- Điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu và thuyên tắc phổi, dự phòng tái phát biến cố ở người trưởng thành (tất cả thuốc DOACs)

Thuốc DOACs không được khuyến cáo ở bệnh nhân mắc hội chứng kháng phospholipid. Chống chỉ định Dabigatran và không khuyến cáo các thuốc DOACs khác ở bệnh nhân cấy van tim nhân tạo.

## PHA CHẾ NƯỚC RỬA TAY PHÒNG CHỐNG COVID-19

Trước tình hình dịch Covid-19 bùng phát, rửa tay là một trong những biện pháp bảo vệ sức khỏe hiệu quả được khuyến cáo từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Nhận thấy được tầm quan trọng của nước rửa tay và thực trạng khan hiếm trên thị trường, được sự phân công từ ban Giám đốc bệnh viện Đa khoa Cà Mau, tổ Dược lâm sàng & Thông tin thuốc - Khoa Dược đã tiến hành pha chế nước rửa tay sát khuẩn theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và được sử dụng ở các khoa phòng trong bệnh viện.

Dung dịch nước rửa tay sát khuẩn pha chế theo tiêu chuẩn của WHO có các thành phần gồm cồn 90%, oxy già 3%, glycerin, nước cất và bổ sung thêm tinh dầu. Sau khi sử dụng, nước rửa tay sát khuẩn giúp vệ sinh tay cùng với thành phần glycerin bảo vệ da và để lại mùi tinh dầu tạo cảm giác dễ chịu.

Hoạt động pha chế nước rửa tay nhận được rất nhiều phản hồi tích cực, góp phần hiệu quả thiết thực vào công tác phòng chống dịch - bảo vệ sức khỏe, mang lại nhiều ý nghĩa, góp phần tuyên truyền và nâng cao nhận thức cùng chung tay phòng chống dịch Covid-19.

