

**BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BẮC QUANG
TỈNH TUYỀN QUANG**

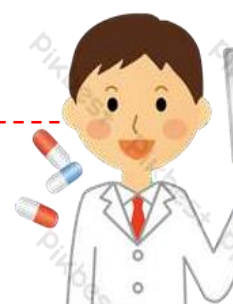
BẢNG TIN THÔNG TIN THUỐC SỐ 10 NĂM 2026

Lưu hành nội bộ

ĐIỂM TIN AN TOÀN THUỐC

Nguy cơ nhiễm toan lactic liên quan đến metformin: Thông tin từ Bản tin BIP Occitane số 03/2026

Nhiễm toan lactic do metformin là một tác dụng không mong muốn (TDKMM) hiếm gặp (với tỷ lệ dưới 1/1.000 bệnh nhân). Đây là phản ứng nghiêm trọng và có thể dẫn đến tử vong nếu không được can thiệp kịp thời. Suy giảm chức năng thận được xác định là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất. TDKMM này có thể xảy ra khi bệnh nhân mất nước; hoặc khi sử dụng đồng thời với các loại thuốc làm suy giảm chức năng thận hoặc thuốc làm giảm thải trừ metformin. Trung tâm Cảnh giác Dược Lille (Pháp) đã công bố một nghiên cứu trên 198 trường hợp nhiễm toan lactic do metformin được điều trị tại các khoa hồi sức tích cực tại vùng Nord-Pas-de-Calais trong 02 năm (2017-2018). Kết quả cho thấy có 38/198 bệnh nhân tử vong (chiếm 19,2%). Đáng chú ý, 80% các trường hợp nhiễm toan lactic được đánh giá là có thể phòng ngừa.



Trong một khảo sát thực tế được tiến hành tại ba nhà thuốc ở Toulouse trên 100 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang được điều trị bằng metformin, đã cho thấy thực trạng thiếu sự nhận thức của người bệnh đối với tác dụng không mong muốn có thể đe dọa tính mạng này. Mặc dù bệnh nhân hiểu rõ lợi ích của metformin trong điều trị, nhưng chỉ có 37% trong số họ có nhận thức về nguy cơ nhiễm toan lactic liên quan đến metformin cũng như các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ gặp TDKMM này.

Các nhân viên y tế cần tiếp tục duy trì việc thông tin, tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ nhiễm toan lactic cũng như các yếu tố nguy cơ kèm theo. Đặc biệt trong bối cảnh các đợt nắng nóng kéo dài lặp đi lặp lại, có thể dẫn đến tình trạng mất nước ở người bệnh.



Nguy cơ tắc ruột do tương tác giữa thuốc chống loạn thần và thuốc chủ vận thụ thể GLP-1: Thông tin từ Bản tin BIP Occitane số 03/2026

Các chất chủ vận thụ thể GLP-1 (như semaglutid) được chỉ định trên bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc chống loạn thần nhằm hạn chế hoặc phòng ngừa tình trạng tăng cân và các biến chứng chuyển hóa liên quan. Tuy nhiên, việc phối hợp này đòi hỏi phải đặc biệt thận trọng do những biến cố bất lợi trên tiêu hóa.

Theo đó, hai nhóm thuốc này có thể gây giảm nhu động dạ dày - ruột theo hai cơ chế khác nhau. Cụ thể, thuốc chống loạn thần thông qua tác dụng kháng cholinergic và thuốc chủ vận GLP-1 thông qua tác dụng tương tự incretin, sự hiệp đồng tác dụng này làm tăng nguy cơ rối loạn tiêu hóa, đặc biệt là táo bón, tình trạng này có thể tiến triển thành u phân, tắc ruột cơ năng hoặc tắc ruột cơ học, thậm chí gây ra các biến chứng dẫn đến tử vong. Các Trung tâm Cảnh giác dược tại Pháp ghi nhận được nhiều báo cáo mô tả các trường hợp biến cố nghiêm trọng trên tiêu hóa, do đó theo dõi trên lâm sàng được khuyến cáo đối tượng tác giữa hai thuốc này.



Mới đây, tạp chí The Lancet Psychiatry đã nhấn mạnh về nguy cơ trên tiêu hóa, đặc biệt là khi phối hợp clozapin và các thuốc chủ vận GLP-1. Clozapin là một trong những thuốc có nguy cơ gây tăng cân cao nhất (đôi khi tăng tới 30 kg trong 3 tháng) và có liên quan đến nguy cơ tắc ruột nghiêm trọng do tác dụng kháng cholinergic. Năm 2017, một nghiên cứu cảnh giác được dựa trên các báo cáo biến cố bất lợi tại Úc và New Zealand trong giai đoạn 1992-2013 đã ghi nhận 160 trường hợp rối loạn nhu động tiêu hóa nghiêm trọng do clozapin, trong đó có 70 trường hợp táo bón và 62 trường hợp tắc ruột, với ít nhất 29 trường hợp được ghi nhận tử vong.

Vì vậy, cần hết sức thận trọng khi phối hợp thuốc chống loạn thần với GLP-1 RA do tăng nguy cơ biến chứng đường tiêu hóa, đặc biệt trên những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ đi kèm như lối sống ít vận động, tuổi cao, v.v..



HSA: Nguy cơ nhiễm độc thần kinh khi sử dụng Aciclovir ở bệnh nhân lọc màng bụng

Case lâm sàng

Một bệnh nhân nữ 40 tuổi, bệnh thận giai đoạn cuối (nghi do viêm cầu thận mạn tính), được điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng trong 7 năm qua và bị vô niệu. Bệnh nhân đến khoa cấp cứu với tình trạng lú lẫn tiến triển tăng dần trong 3 ngày. Qua thăm khám, bệnh nhân có biểu hiện giảm chú ý, bồn chồn, nói ngọng, run hai bên và mất thăng bằng vùng thân mình. Các dấu hiệu thực thể đáng chú ý bao gồm các mụn nước khu trú ở vùng da do rết thần kinh S1 bên phải chi phối và ở vùng bụng có ống thông Tenckhoff vẫn sạch. Bệnh nhân không sốt, huyết động ổn định; trương lực cơ, phản xạ và sức cơ ở tứ chi đều bình thường; không có dấu hiệu màng não. Các kết quả xét nghiệm điện giải đồ, pCRP, procalcitonin, số lượng bạch cầu và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CT) não đều trong giới hạn bình thường. Đơn thuốc thường dùng của bệnh nhân gồm telmisartan, carvedilol, nifedipin, epoetin beta, chế phẩm bổ sung sắt và calci acetat. Năm ngày trước khi nhập viện, bệnh nhân đi khám do mắc bệnh zona thần kinh và được kê aciclovir đường uống với liều 800mg x 5 lần/ngày trong 1 tuần; bệnh nhân tuân thủ đúng liều. Bệnh nhân không sử dụng thêm bất kỳ chế phẩm bổ sung hay thuốc y học cổ truyền nào khác.



Nguyên nhân gây ra các triệu chứng thần kinh ở bệnh nhân này được chẩn đoán là do tích lũy aciclovir gây độc tính trên thần kinh. Vì mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng, bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch đùi cấp cứu để tiến hành chạy thận nhân tạo. Triệu chứng lâm sàng cải thiện đáng kể sau một chu kỳ lọc máu thẩm tách siêu lọc và khỏi hoàn toàn sau chu kỳ thứ hai. Sau đó, bệnh nhân được tiếp tục phác đồ lọc màng bụng thường quy và xuất viện trong tình trạng sức khỏe ổn định. Thuốc aciclovir không được chỉ định lại do không còn cần thiết (triệu chứng bệnh zona chỉ ở mức độ nhẹ).

Độc tính thần kinh do aciclovir ở bệnh nhân lọc màng bụng

Aciclovir là một dẫn xuất nucleosid guanosin mạch hở được chỉ định để điều trị các bệnh do virus herpes. Khoảng 60% đến 90% lượng thuốc được thải trừ dưới dạng không đổi qua thận thông qua quá trình lọc tại cầu thận và bài tiết qua ống thận, do đó độ thanh thải của thuốc giảm đáng kể ở bệnh nhân suy thận. Thời gian bán thải của aciclovir là 2 đến 3 giờ ở người có chức năng thận bình thường nhưng kéo dài đến khoảng 20 giờ ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Do đó, aciclovir có nguy cơ tích lũy và gây độc tính thần kinh khi sử dụng liều chưa được hiệu chỉnh ở bệnh nhân suy thận, đặc biệt là những bệnh nhân đang lọc màng bụng - nhóm đối tượng có độ thanh thải aciclovir rất thấp. Ở những bệnh nhân này, liều khuyến cáo là 800mg x 2 lần/ngày, với khoảng liều là 12 giờ.



Độc tính thần kinh do aciclovir có thể biểu hiện với tình trạng lú lẫn, các triệu chứng tâm thần–thần kinh, rối loạn phát âm, giật cơ và thậm chí co giật. Ở bệnh nhân lọc máu có biểu hiện lú lẫn (như ca lâm sàng trên), chẩn đoán phân biệt có thể rất rộng, bao gồm đột quỵ, viêm não-màng não, nhiễm khuẩn huyết, rối loạn điện giải và độc tính do thuốc. Vì vậy, việc đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng toàn diện là điều cần thiết. Trong trường hợp này, viêm não-màng não do virus varicella-zoster ít có khả năng xảy ra do do các mụn nước zona chỉ xuất hiện khu trú và không có các dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Khi khó xác định nguyên nhân gây lú lẫn, có thể cần tiến hành chọc dò dịch não tủy để loại trừ các nguyên nhân nhiễm trùng.

Xử trí độc tính thần kinh do aciclovir

Ngoài việc ngừng sử dụng thuốc gây độc tính, chạy thận nhân tạo/thẩm tách siêu lọc cũng được sử dụng trong xử trí cấp cứu độc tính thần kinh do aciclovir ở bệnh nhân đang lọc màng bụng. Do aciclovir có khối lượng phân tử thấp (225 Dalton), tỷ lệ liên kết với protein huyết tương thấp (9–33%), thể tích phân bố thấp (0,6 L/kg) và độ tan trong nước cao, nên aciclovir được loại bỏ hiệu quả bằng phương pháp chạy thận nhân tạo. Một chu kỳ chạy thận nhân tạo tiêu chuẩn kéo dài 4 giờ có thể loại bỏ khoảng 50–60% lượng aciclovir trong cơ thể. Ngược lại, lọc màng bụng — phương pháp loại bỏ các chất hòa tan chậm và liên tục — có hiệu quả kém hơn. Một chu kỳ lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD) kéo dài 24 giờ chỉ loại bỏ được chưa tới 10% lượng aciclovir trong cơ thể.



Dữ liệu cảnh giác được tại Singapore

Tính đến ngày 01/09/2026, HSA đã tiếp nhận 11 báo cáo về biến cố bất lợi (AE) liên quan đến độc tính thần kinh hoặc có triệu chứng nghi ngờ độc tính thần kinh do aciclovir. Các AE này bao gồm bệnh lý não, thay đổi trạng thái tâm thần, hội chứng tiểu não và mê sảng. Trong đó có 8 bệnh nhân nữ và 3 bệnh nhân nam, với độ tuổi trung vị là 74 tuổi (từ 41 đến 89 tuổi) và năm bệnh nhân phải nhập viện. Có 04/11 bệnh nhân được báo cáo đã hồi phục, trong khi kết cục của những bệnh nhân còn lại chưa được xác định tại thời điểm báo cáo. Đáng chú ý, có 03 bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối đang được điều trị bằng phương pháp lọc màng bụng; trong đó, một bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng độc tính thần kinh mặc dù đã được sử dụng aciclovir với liều hiệu chỉnh theo chức năng thận.

Các tác dụng bất lợi trên thần kinh là những AE đã được biết đến của aciclovir và được liệt kê trong tờ thông tin sản phẩm của các thuốc chứa aciclovir đã được đăng ký lưu hành tại Singapore. Các AE thần kinh thường gặp bao gồm đau đầu và chóng mặt; trong khi kích động, lú lẫn, run và mất điều hò là những AE hiếm gặp hơn. Cần theo dõi chặt chẽ khi dùng thuốc ở người cao tuổi và bệnh nhân suy thận do nhóm đối tượng này có nguy cơ gặp AE thần kinh cao hơn. Các phản ứng này có thể hồi phục sau khi ngừng điều trị.

Khuyến cáo của HSA

Ca lâm sàng này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hiệu chỉnh liều đối với các thuốc được thải trừ qua thận, như aciclovir ở bệnh nhân đang lọc màng bụng. Việc xác định liều phù hợp theo chức năng thận ở những bệnh nhân này có thể phức tạp và không phải lúc nào cũng dễ xác định tại thời điểm kê đơn. Tuy nhiên, nhân viên y tế cần thận trọng khi kê đơn aciclovir, bằng cách đánh giá chức năng thận của bệnh nhân trước khi khởi trị. Nhân viên y tế được khuyến khích báo cáo các biến cố bất lợi nghi ngờ do aciclovir gây ra (như độc tính thần kinh) cho cơ quan quản lý.



1. Paralmax Mol

Hoạt chất: Paracetamol +
methocarbamol

Hàm lượng: 400mg + 500mg

Biệt dược: **Paralmax Mol**

Mã thuốc BV: G2025.0114

Nhóm dược lý: THUỐC GIẢM ĐAU, HẠ SỐT; CHỐNG VIÊM
KHÔNG STEROID; THUỐC ĐIỀU TRỊ GÚT VÀ
CÁC BỆNH XƯƠNG KHỚP

Dạng bào chế: Viên nén



Chỉ định: Giảm đau và giãn cơ trong các trường hợp: đau lưng, vẹo cổ, bong gân, căng cơ, co thắt cơ và các chứng đau nhức cơ xương khớp.

Chống chỉ định:

- Người quá mẫn cảm với Paracetamol, Methocarbamol hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Người bị suy gan nặng.
- Người bệnh hôn mê, tiền hôn mê, có tổn thương não xác định.
- Người có tiền sử động kinh, co giật hoặc bị bệnh nhược cơ.

2. Eimler-10

Hoạt chất: Empagliflozin

Hàm lượng: 10mg

Biệt dược: Eimler-10

Mã thuốc BV: G2025.1072

Nhóm dược lý:

**HOCMON VÀ CÁC THUỐC TÁC
ĐỘNG VÀO HỆ THỐNG NỘI TIẾT**

Dạng bào chế: viên nén



Chỉ định: Đái tháo đường tuýp 2: Empagliflozin được sử dụng cho người trưởng thành mắc đái tháo đường tuýp 2 khi đường huyết chưa được kiểm soát ổn, áp dụng kết hợp với chế độ ăn và luyện tập.

Có thể sử dụng mỗi Eimler cho bệnh nhân không dung nạp hoặc có chống chỉ định với metformin.

Dùng cùng các thuốc hạ đường huyết khác.

Suy tim mạn có kèm theo biểu hiện ở người lớn.

Chống chỉ định

Người dị ứng với empagliflozin hoặc tá dược có trong Eimler 10