BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BẮC QUANG
TỈNH TUYÊN QUANG

BẢNG TIN THÔNG TIN THUỐC
SỐ 4 NĂM 2026

Lưu hành nội bộ

ĐIỂM TIN AN TOÀN THUỐC

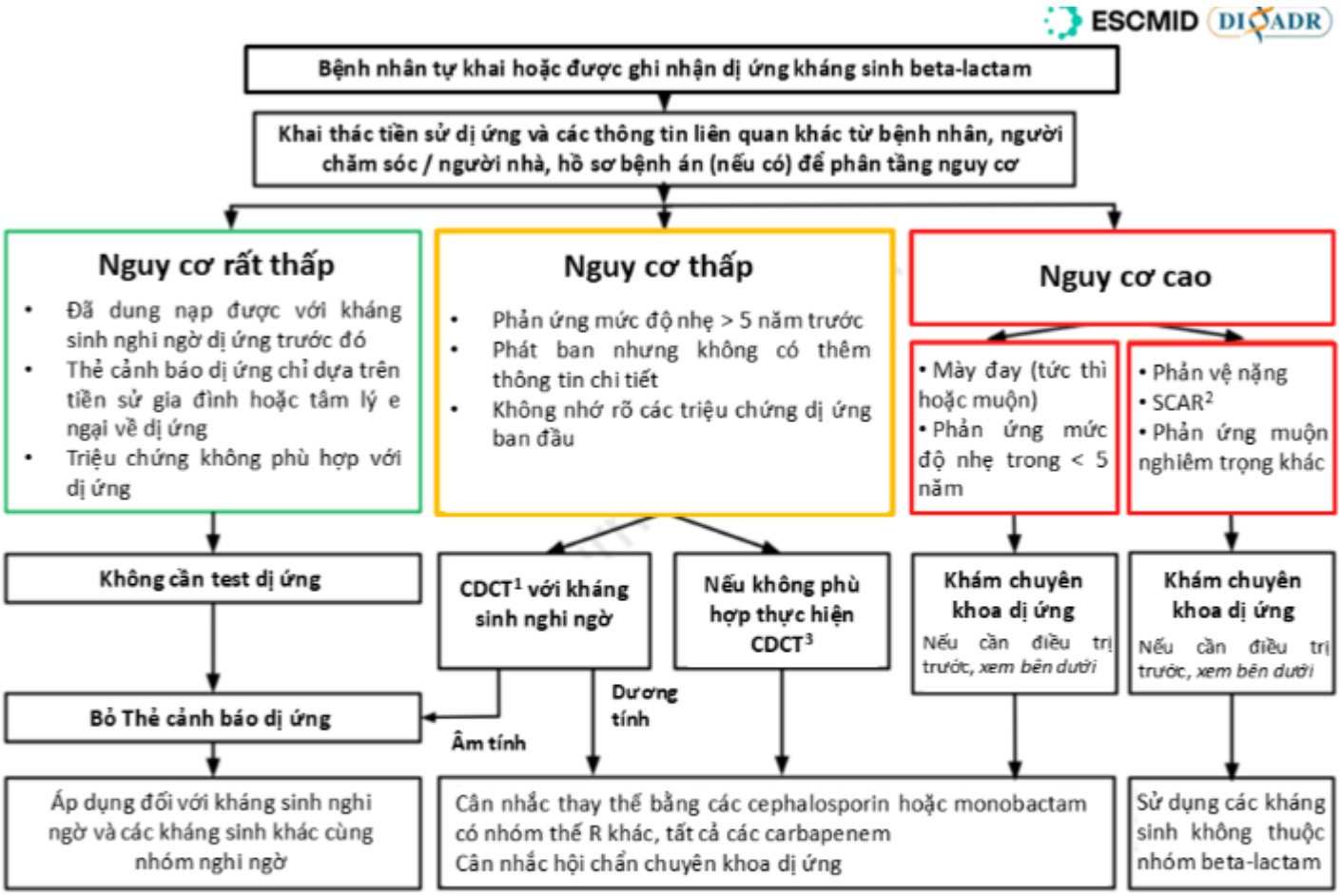
ESCMID 2026: Hướng dẫn về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh

Kháng sinh beta-lactam, đặc biệt là các penicillin, là nhóm kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất do những ưu điểm về hiệu quả, độ an toàn và phổ tác dụng. Tuy nhiên, các beta-lactam cũng là nguyên nhân gây di ứng được báo cáo nhiều nhất. Tuy nhiên, dữ liệu từ một số nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp hiện nay chỉ ra tỷ lệ dị ứng kháng sinh beta-lactam thực tế thấp hơn đáng kể so với những gì được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Cụ thể, chỉ khoảng 1 - 2 trong mỗi 20 cảnh báo "dị ứng" là chính xác.

Việc ghi nhận tiền sử dị ứng không chính xác dẫn đến việc bác sĩ tránh kê đơn các kháng sinh đầu tay mặc dù việc này là không cần thiết, từ đó, gây ra hậu quả như lựa chọn phác đồ thay thế kém tối ưu, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí y tế cao hơn, gia tăng việc sử dụng các kháng sinh phổ rộng. Những yếu tố này đều góp phần làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh trên toàn cầu. Thực tế này nhấn mạnh tính cần thiết của việc đánh giá lại tiền sử dị ứng kháng sinh đã được báo cáo, từ đó thúc việc quản lý và sử dụng kháng sinh hợp lý. Trước tình hình đó, Hội Vi sinh lâm sàng và các bệnh Truyền nhiễm châu Âu (ESCMID) đã ban hành Hướng dẫn đánh giá lại và quản lý dị ứng kháng sinh nhằm hỗ trợ tiếp cận các trường hợp dị ứng kháng sinh một cách thống nhất và hiệu quả hơn tại Châu Âu.

Nội dung tóm tắt các khuyến cáo chính trong hướng dẫn của ESCMID 2026 về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh được trình bày cụ thể trong các phần dưới đây.

1. Đối với trường hợp dị ứng kháng sinh beta-lactam



[1]SCAR: các phản ứng có hại nghiêm trọng trên da (TEN, SJS, ...)
[2]CDCT: Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test)
[3]Không phù hợp thực hiện CDCT đối với các trường hợp: phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc tình trạng lâm sàng không ổn định, đang sử dụng corticosteroid/ kháng histamin liều cao

Hình 1: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh beta-lactam

Activate W
Go to Setting

Quy trình thực hiện Thử dị ứng có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT):

1. Thông báo cho bệnh nhân, đồng thời đánh giá xem bệnh nhân có phù hợp để làm thực hiện CDCT hay không.
2. CDCT cần được thực hiện tại các cơ sở y tế có khả năng theo dõi và xử trí các phản ứng dị ứng có thể xảy ra và trên các đối tượng bệnh nhân phù hợp.
3. Có thể sử dụng phương pháp CDCT liều đơn hoặc CDCT liều tăng dần

- CDCT liều đơn:

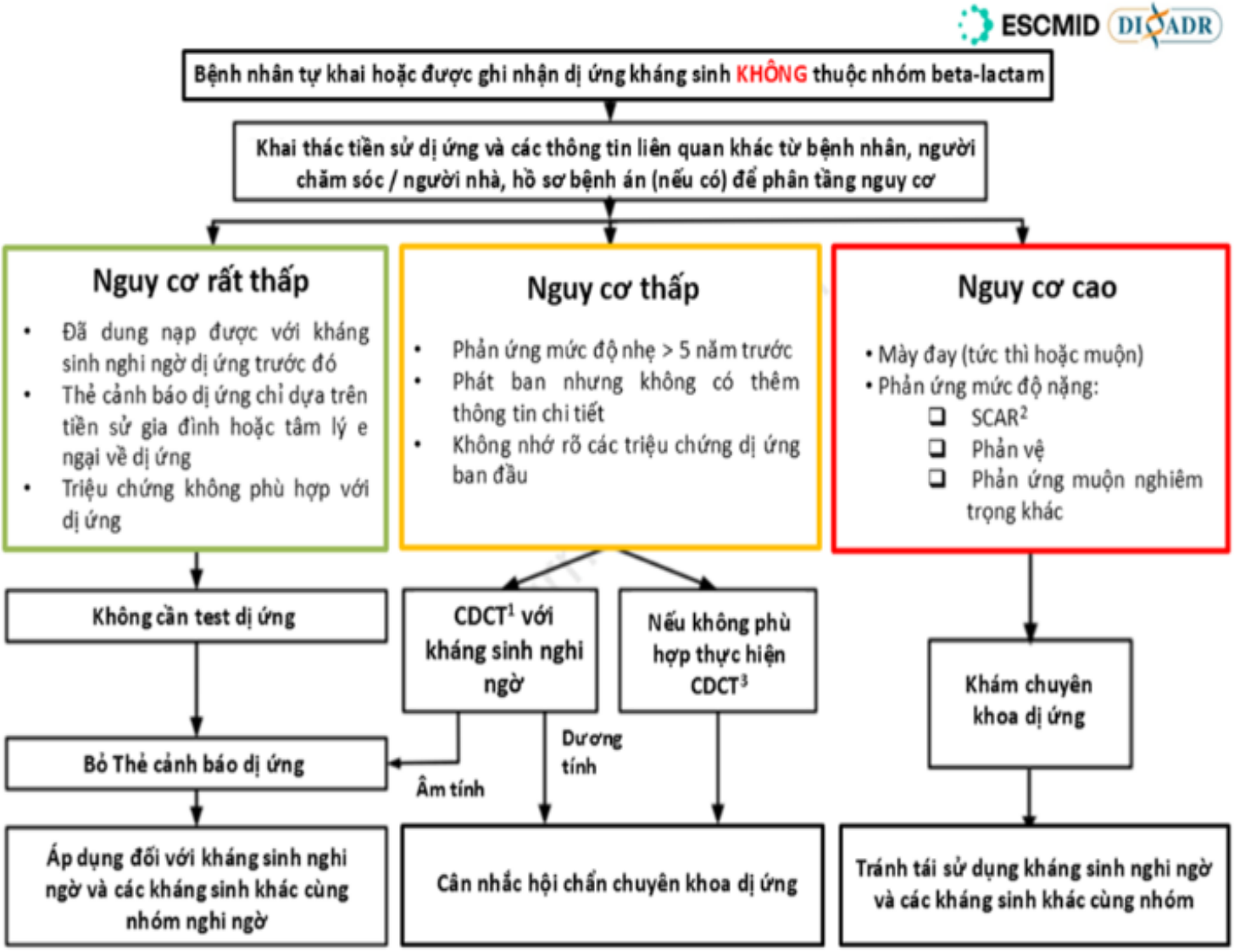
+ Sử dụng 100% liều đầy đủ của kháng sinh nghi ngờ.
+ Tốt nhất dùng đường uống, hoặc đường dùng khác (nếu cần).
+ Nếu nghi ngờ dị ứng với penicillin, thường sử dụng amoxicillin 500 mg ở người lớn.

- CDCT liều tăng dần:

+ Sử dụng 10% liều kháng sinh nghi ngờ (ví dụ 50 mg amoxicillin ở người lớn) và theo dõi trong 30 phút
+ Tiếp tục cho 50% liều (ví dụ 250 mg amoxicillin) và theo dõi trong 30 phút
+ Đưa phần liều còn lại để đủ 100% liều đầy đủ (ví dụ 200 mg amoxicillin) và theo dõi trong 60 phút

4. Nếu triệu chứng nghi phản vệ xuất hiện trong quá trình test, cần xử trí bệnh nhân theo hướng dẫn về xử trí phản vệ.
5. Bệnh nhân phải được theo dõi ít nhất 1 giờ sau khi dùng liều cuối cùng.
6. Cung cấp hướng dẫn rõ ràng cho bệnh nhân để theo dõi các triệu chứng xuất hiện sau khi xuất bệnh viện.
7. Tư vấn bệnh nhân về kết quả test và ý nghĩa của kết quả test.

2. Đối với trường hợp dị ứng các kháng sinh KHÔNG thuộc nhóm beta-lactam



[1]Khi thực hiện Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT) đối với các kháng sinh như vancomycin, teicoplanin, quinolon, amphotericin B cân nhắc truyền chậm, theo dõi và có thể sử dụng phác đồ dự phòng (premedication)

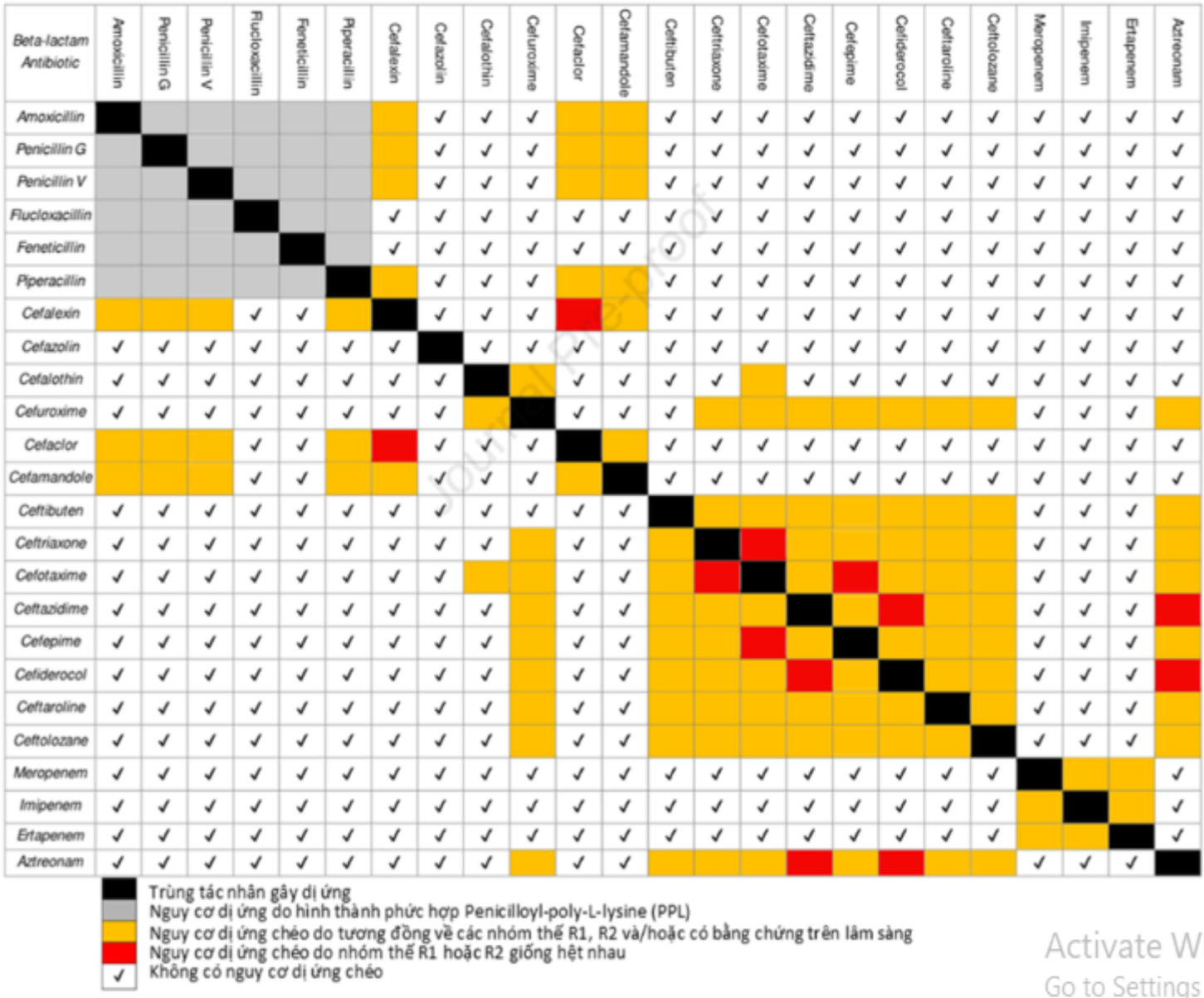
[2]CDCT: Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test)

[3]Không phù hợp thực hiện CDCT đối với các trường hợp: phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc tình trạng lâm sàng không ổn định, đang sử dụng corticosteroid/ kháng histamin liều cao

Hình 2: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh không thuộc nhóm beta-lactam

Activate W
Go to Settings

3. Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh nhóm beta-lactam



Hình 3: Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh beta-lactam

Nguồn: https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(26)00069-8/fulltexT

ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN DỊ ỨNG PENICILLIN

Kháng sinh β-Lactam được coi là một trong những nhóm kháng sinh hiệu quả và an toàn nhất. Tuy nhiên, nhiều báo cáo về phản ứng có hại xảy ra trong quá trình sử dụng β-Lactam đã hạn chế việc sử dụng rộng rãi kháng sinh này trong nhiều trường hợp, dẫn tới việc phải sử dụng những kháng sinh phổ rộng hơn, điều này đồng nghĩa với việc gia tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh và gây ra các tổn hại phụ cận khác cho bệnh nhân

Kháng sinh β-Lactam được coi là một trong những nhóm kháng sinh hiệu quả và an toàn nhất. Tuy nhiên, nhiều báo cáo về phản ứng có hại xảy ra trong quá trình sử dụng β-Lactam đã hạn chế việc sử dụng rộng rãi kháng sinh này trong nhiều trường hợp, dẫn tới việc phải sử dụng những kháng sinh phổ rộng hơn, điều này đồng nghĩa với việc gia tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh và gây ra các tổn hại phụ cận khác cho bệnh nhân.

Khoảng 10% dân số Hoa Kỳ được ghi nhận dị ứng với các hoạt chất thuộc nhóm penicillin, trong đó người cao tuổi và bệnh nhân nội trú có tỷ lệ lớn nhất. Tuy có nhiều bệnh nhân thông báo mình bị dị ứng với penicillin như vậy nhưng ít phản ứng quá mẫn với penicillin qua trung gian IgE-hoặc T lymphocyte có ý nghĩa về mặt lâm sàng (dưới 5%). Ở thời điểm hiện tại, tỷ lệ dị ứng penicillin qua trung giam IgE đang giảm dần do chỉ còn ít bậc phụ huynh sử dụng loại thuốc này cho con mình và do những phản ứng phản vệ xảy ra khi uống amoxicillin đã trở nên hiếm gặp. Tỷ lệ dị ứng penicillin qua trung giam IgE đã giảm dần theo thời gian, sau một thập kỷ, khoảng 80% bệnh nhân đã dung nạp penicillin. Tỷ lệ dị ứng chéo giữa penicillin và cephalosporin chỉ còn 2% (đã giảm 8% so với y văn trước đây).

Ảnh minh họa: Internet

Một số bệnh nhân được coi là có nguy cơ dị ứng với penicillin thấp, ví dụ như bệnh nhân có các triệu chứng không phải dị ứng như rối loạn đường tiêu hóa, ngứa nhưng không nổi mày đay, hoặc bệnh nhân có tiền sử gia đình dị ứng với penicillin, bệnh nhân có phản ứng dị ứng không liên quan đến trung gian Ig-E trên 10 năm. Bệnh nhân dị ứng penicillin nguy cơ ở mức độ trung bình qua trung gian IgE là những bệnh nhân có tiền sử mày đay, mẩn ngứa, ban da khi sử sụng thuốc và có dấu hiệu phản ứng qua trung gian Ig-E. Bệnh nhân được coi là dị ứng penicillin nguy cơ ở mức độ cao bao gồm những bệnh nhân có tiền sử phản vệ, test da dương tính, tái xuất hiện dị ứng với penicillin hoặc quá mẫn với nhiều kháng sinh β-Lactam. Chi tiết xin xem Bảng 1.

Bảng 1. Phân loại nguy cơ trong đánh giá bệnh nhân dị ứng với penicillin

	Bệnh nhân có nguy cơ thấp	*Bệnh nhân có nguy cơ trung bình*	*Bệnh nhân có nguy cơ cao*
Tiền sử	- Những phản ứng không phải dị ứng như các rối loạn đường tiêu hóa, đau đầu - Ngứa không kèm mày đay - Phản ứng chưa rõ không có dấu hiệu qua trung gian Ig-E từ ít nhất 10 năm trước b - Tiền sử gia đình có dị ứng với penicillin	Mày đay hoặc ban ngứa khác Phản ứng có dấu hiệu qua trung gian Ig-E nhưng không phải là phản vệ	Có triệu chứng phản vệ c Test da (+) Phản ứng xuất hiện khi tái sử dụng Phản ứng mới nhiều kháng sinh β-Lactam
Hướng xử lý	Có thể kê đơn amoxicillin hoặc tiến hành tái sử dụng trực tiếp amoxicillin dưới sự theo dõi của cán bộ y tế (CBYT)	Có thể tiến hành test da và sau đó tái sử dụng trực tiếp amoxicillin dưới dự theo dõi của CBYT nếu test da (-) Có thể chuyển tới chuyên khoa dị ứng/miễn dịch để theo dõi	Có thể chuyển tới chuyên khoa dị ứng/miễn dịch để theo dõi hoặc để giải mẫn cảm

a. Không nên tiến hành bất kỳ test dị ứng penicillin nào trên những bệnh nhân có nguy cơ gặp phản ứng trên da nghiêm trọng liên quan đến penicillin, hoặc trên những bệnh nhân thiếu máu tan máu, sốt do thuốc hoặc bệnh huyết thanh. Bệnh nhân có bất thường về huyết động hoặc hô hấp hoặc bệnh nhân mang thai không được coi là bệnh nhân có nguy cơ thấp

b. Một số dấu hiệu được coi là có liên quan đến trung gian Ig-E bao gồm các triệu chứng trên da (như ngứa, nóng bừng, mày đay, phù nề), các triệu chứng trên hệ hô hấp (chảy nước mũi, viêm mũi, hắt hơi, thở nông, thở ngắn, co thắt phế quản), các triệu chứng tim mạch (loạn nhịp, ngất, nặng ngực) và triệu chứng trên đường tiêu hóa (đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy)

c. Phản ứng qua trung gian Ig-E nghiêm trọng nhất là phản vệ. Trong trường hợp này cần tư vấn chuyên khoa dị ứng/miễn dịch

d. Nếu test da không khả thi, việc phân loại đáp ứng khi tái sử dụng amoxicillin có thể được coi là nguy cơ ở mức độ trung bình. Việc đánh giá đáp ứng thường được tiến hành khi sử dụng từ 1/10 đến ¼ liều dùng đầy đủ của kháng sinh dự kiến kê đơn và theo dõi trong vòng từ 30-60 phút, sau đó sử dụng 100% liều đầy đủ này và tiếp tục theo dõi trong vòng từ 30-60 phút

Mục tiêu của chương trình quản lý kháng sinh nhóm penicillin là giảm thiểu dị ứng với penicillin, giảm thiểu việc sử dụng các kháng sinh phổ rộng khác thay thế penicillin, từ đó góp phần giảm thiểu Staphylococcus aureus kháng methicillin và giảm thiểu Enterococcus kháng vancomycin cũng như giảm nguy cơ nhiễm Clostridium difficile. Ở những bệnh nhân dị ứng penicillin nguy cơ ở mức độ thấp có thể cân nhắc tái sử dụng amoxicillin. Những bệnh nhân nguy cơ trung bình có thể sử dụng test da để đánh giá lại, nếu test da âm tính có thể cân nhắc tái sử dụng amoxicillin. Cán bộ y tế có thể tiến hành các test đánh giá bệnh nhân khác dựa trên cơ sở vật chất của đơn vị mình.

Nhìn chung, ở Mỹ, tuy có nhiều bệnh nhân báo cáo họ bị dị ứng với penicillin nhưng ít phản ứng có ý nghĩa về mặt lâm sàng và việc phân tích phản ứng dị ứng với penicillin trước quyết định không sử dụng penicillin hoặc chuyển sang dùng các β-lactam khác là yếu tố quan trọng trong chương trình quản lý kháng sinh.

Nguồn: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2720732

ISMP: Kém hiệu quả trong điều trị bệnh giang mai do nhầm lẫn giữa hai dạng bào chế penicillin

Giang mai là một bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn Treponema pallidum lây qua đường tình dục, đang gia tăng ở Canada. Thuốc được sử dụng đầu tay trong điều trị đối với giang mai nguyên phát, thứ phát, và giang mai thể tiềm tàng là penicillin G benzathin tiêm bắp (IM). Giang mai nếu không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ có thể lây sang người khác và có thể tiến triển gây ra các biến chứng nặng về thần kinh, tim mạch, cơ xương khớp hoặc thậm chí tử vong. Nội dung dưới đây nhấn mạnh các vấn đề về việc nhầm lẫn giữa 2 dạng bào chế penicillin G, tích cực phát hiện các sai sót tại bệnh viện giúp hạn chế nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh nhân, và đề xuất những biện pháp liên quan đến kê đơn và cấp phát thuốc nhằm phòng ngừa các biến cố xảy ra.

Sai sót trong sử dụng thuốc

Bệnh nhân nhập khoa cấp cứu, được chẩn đoán giang mai và được chỉ định Penicillin G benzathin liều 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp (IM). Tuy nhiên penicillin G natri 2,4 triệu đơn vị IM đã vô tình được sử dụng cho bệnh nhân. Một y tá đã phát hiện ra sai sót này sau khi tìm thấy các ống tiêm penicillin G benzathin vẫn còn trong tủ lạnh của khoa cấp cứu. Bệnh viện sau đó đã điều tra sự cố này và phát hiện đã có nhiều trường hợp tương tự liên quan đến tiêm nhầm penicillin G natri trong điều trị giang mai cho những bệnh nhân nghi ngờ hoặc được chẩn đoán xác định mắc bệnh.

Bối cảnh

Giang mai là một vấn đề rất đáng được quan tâm đối với sức khỏe cộng đồng, tỷ lệ mắc bệnh này đã tăng lên 153% từ năm 2014 đến 2018. Penicillin G benzathin là kháng sinh được ưu tiên lựa chọn điều trị do có tác dụng kéo dài, phù hợp để sử dụng đơn liều. Hướng dẫn điều trị hiện nay của Canada khuyến cáo tiêm bắp 1 liều duy nhất Penicillin G benzathin 2.4 triệu đơn vị với 2 mũi tiêm tại các vị trí nhiễm trùng khác nhau tùy thuộc loại giang mai (nguyên phát, thứ phát, giang mai thể tiềm tàng). Đối với các trường hợp mắc giang mai tiềm tàng có dấu hiệu muộn (latent or late latent stages) có thể tiêm bắp penicillin G benzathin 2.4 triệu đơn vị đến 3 liều một tuần, hoặc sử dụng Penicillin G natri IV (dùng đơn độc hoặc phối hợp dạng benzathin) để điều trị các biến chứng trên thần kinh, mắt, tai liên quan đến giang mai.

Tại Canada, các chế phẩm chứa penicillin G tồn tại ở cả dạng muối benzathin và natri. Cả 2 dạng bào chế này đều chứa penicillin nhưng chúng không có khả năng thay thế trong điều trị.

- Việc nhầm lẫn dạng muối natri và benzathin có thể gây ra tác dụng bất lợi cho bệnh nhân:

+ Đối với bệnh giang mai, điều trị không đảm bảo hiệu quả khi sử dụng Penicillin G natri thay thế cho Penicillin G benzathin

+ Nhầm lẫn penicillin G benzathin với penicillin G natri và tiêm penicillin G benzathin vào tĩnh mạch (IV) có thể dẫn đến ức chế hô hấp, ngưng tim và tử vong.

Bảng 1: Phân biệt Penicillin G benzathin và Penicillin G natri trong điều trị giang mai

Đặc tính	Penicillin G benzathin	Penicillin G natri
Dạng bào chế	Ống tiêm chứa 1,2 triệu đơn vị	Lọ bột để pha chứa 1,5 hoặc 10 triệu đơn vị
Bảo quản	Trong tủ lạnh	Trước hoàn nguyên: nhiệt độ phòng Sau hoàn nguyên: để trong tủ lạnh
Đường dùng	chỉ tiêm bắp	tiêm tĩnh mạch
Thời gian tác dụng tương đối	có tác dụng kéo dài, có thể duy trì nồng độ điều trị trong một vài ngày	thời gian bán thải ngắn nên cần sử dụng nhiều liều một ngày để duy trì nồng độ điều trị

Bàn luận

Sau khi phát hiện ra các sai sót, bệnh viện đã rà soát các hồ sơ bệnh án trước đây để phát hiện sự cố tương tự có thể xảy ra và tiến hành phân tích, đánh giá nhằm truy tìm các nguyên nhân:

Các nguyên nhân được xác định như:

•Thiếu nhận thức và/ hiểu biết về dạng muối tồn tại của Penicillin G cũng như tính chất dược lý khác nhau, chỉ định và bảo quản chúng

•Ghi không đầy đủ, rõ ràng trên đơn thuốc

•Thiếu sự đánh giá lại đơn thuốc của dược sĩ cho bệnh nhân được điều trị tại phòng cấp cứu

•Thói quen của điều dưỡng khi penicillin G natri luôn sẵn có trong tủ cấp phát thuốc tự động

Bệnh viện cần đưa ra các biện pháp cảnh báo kịp thời,thông báo cho bệnh nhân và/hoặc các bác sĩ về các nguy cơ xảy ra sự cố sai sót trong y khoa nhằm đảm bảo an toàn trong điều trị cho bệnh nhân.

Bảng 2: Ví dụ về ghi không đầy đủ y lệnh dẫn đến việc xảy ra sai sót

Thành phần bị thiếu	Ví dụ
Thiếu dạng muối và tần suất sử dụng	PEN 2.4 million units I.m.
Thiếu đường dùng	2.4 million U Benzathine Penicillin x 1 now
Thiếu tần suất sử dụng	Benzathine Penicillin G 2.4 million units IM

Khuyến cáo

Nhóm chuyên gia đa ngành bao gồm các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ, phòng công nghệ thông tin và ban giám đốc bệnh viện phối hợp nhằm phân tích các sự cố sai sót và đưa ra các khuyến nghị để cải thiện quy trình sử dụng thuốc tại bệnh viện.

- Bác sĩ kê đơn

+ Mỗi đơn kê penicillin phải ghi đầy đủ dạng muối, liều dùng, đường dùng, tần suất và thời gian tiêm.

+ Khi kê đơn penicillin G, ghi rõ chỉ định trong y lệnh

- Dược sĩ

+ Kiểm tra các đơn kêpenicillin G trước khi cấp phát đảm bảo đã ghi chính xác dạng muối tương ứng với chỉ định được kê đơn, cấp phát và quản lý.

+ Dán nhãn phụ cho penicillin G benzathin, ghi rõ "Chỉ dùng để tiêm bắp".

- Điều dưỡng

+ Nếu penicillin G được chỉ định mà y lệnh không ghi rõ thông tin về dạng muối, cần trao đổi với bác sĩ để xác định đúng thuốc sẽ dùng.

- Phòng công nghệ thông tin

+ Đảm bảo trên phần mềm kê đơn điện tử và/hoặc hệ thống thông tin tại nhà thuốc, chế độ hiển thị mặc định đối với penicillin G natri là sử dụng đường tiêm tĩnh mạch và penicillin G benzathin là đường tiêm bắp

+ Bổ sung cảnh báo "Chỉ dùng tiêm bắp", "Bảo quản trong tủ lạnh" đối với penicillin G benzathin trên phần mềm kê đơn điện tử, những cảnh báo này nên đồng thời hiển thị trên cả đơn thuốc giấy và đơn thuốc điện tử

+ Cân nhắc xây dựng công cụ hỗ trợ ra quyết định trong phần mềm kê đơn điện tử, hệ thống thông tin tại nhà thuốc, hệ thống quản lý thuốc của điều dưỡng và/hoặc hệ thống cấp phát thuốc tự động để cảnh báo các bác sĩ thận trọng kiểm tra các chỉ định penicillin G cho bệnh nhân.

- Ban giám đốc bệnh viện

+ Ra quyết định phổ biến thông tin này cho toàn bộ cán bộ, bác sĩ và nhân viên y tế trong bệnh viện nhằm góp phần nâng cao nhận thức về nguy cơ nhầm lẫn dạng muối penicillin G và nguy cơ gây phản ứng bất lợi cho bệnh nhân.

- Các đơn vị điều trị khác

+ Thông tin cho các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh giang mai có thể được tiêm bắp 2 mũi cho mỗi lần điều trị/liều. Nếu bệnh nhân chỉ được tiêm 1 mũi, kiểm tra lại với nhân viên y tế để xác định thuốc và liều lượng sử dụng đã chính xác chưa.

+ Trong quá trình theo dõi điều trị, nếu bệnh nhân không đáp ứng kể cả khi sử dụng penicillin, cần xem xét đó có thể là một sai sót trong sử dụng thuốc để chẩn đoán phân biệt với các trường hợp khác

Kết luận

Các ca mắc giang mai đang ngày càng gia tăng tại Canada kéo theo tăng nhu cầu sử dụng penicillin G benzathin. Cần thúc đẩy các biện pháp phòng ngừa, giảm khả năng nhầm lẫn giữa các dạng muối khác nhau của penicillin G để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Khuyến khích các bệnh viện và các đơn vị điều trị bệnh nhân mắc bệnh giang mai xem xét, đánh giá lại quá trình thực hành lâm sàng, đưa ra các biện pháp giúp cải tiến hệ thống vận hành tại đơn vị để đảm bảo kê đơn, cấp phát và sử dụng penicillin G benzathine an toàn và phù hợp.

Thông tin thuốc mới

1. Hadugut 300

Hoạt chất: **Allopurinol**

Hàm lượng: 300 mg

Biệt dược: **Hadugut 300**

Mã thuốc BV: G2025.0129

Nhóm dược lý: THUỐC GIẢM ĐAU, HẠ SỐT; CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID;

Dạng bào chế: viên nén

Chỉ định: Thuốc được chỉ định để giảm và kiểm soát acid uric trong cơ thể gặp ở các bệnh như:

- Bệnh gút mạn tính.
- Điều trị ung thư gây tăng acid uric máu.
- Hội chứng Lesch-Nylhan.
- Dự phòng sỏi thận urat, giảm acid uric đường tiểu.

Chống chỉ định

- Mẫn cảm với allopurinol hoặc dị ứng với tá dược trong thuốc.
- Đang trong cơn gút cấp.

Liều dùng và cách sử dụng

- Người lớn: nên bắt đầu với liều thấp nhất sau đó điều chỉnh tăng dần tuỳ đáp ứng người bệnh và chức năng thận. Liều tham khảo ở bệnh nhẹ là 100-200mg/ngày, bệnh trung bình là 300–600 mg/ngày, bệnh nặng có thể sử dụng liều 700–900 mg/ngày, hoặc dùng liều theo cân nặng như 2–10 mg/kg/ngày. [1]
- Trẻ nhỏ dưới 15 tuổi dùng liều theo cân nặng 10–20 mg/kg/ngày, tối đa 400 mg/ngày.
- Người cao tuổi dùng liều thấp nhất có hiệu quả và những đối tượng suy gan, suy thận cần phải giảm liều.

2. Trinopast

Hoạt chất: Pregabalin

Hàm lượng: 50mg

Biệt dược: Trinopast

Mã thuốc BV: G2025.0213

Nhóm dược lý: Thuốc chống co giật, thuốc giảm đau.

Dạng bào chế: Viên nang cứng

Chỉ định:

- Pregabalin là thuốc chống động kinh được sử dụng trong điều trị các cơn động kinh cục bộ kèm hoặc không kèm toàn thể hóa thứ phát. Thuốc cũng được dùng hỗ trợ điều trị các chứng rối loạn lo âu lan tỏa, đau thần kinh và các chứng đau cơ xơ hóa.

Liều lượng và cách dùng:

Cách dùng :

Có thể uống cùng hoặc không cùng với thức ăn.

Liều dùng:

Liều dùng mỗi ngày được chia làm 2 – 3 lần. Thuốc có thể uống trong hoặc ngoài bữa ăn.

Động kinh: Liều khởi đầu 150 mg mỗi ngày. Tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân và sự dung nạp, liều dùng có thể tăng lên 300 mg/ngày sau khoảng 1 tuần, và nếu cần có thể tăng liều 600 mg/ngày sau khoảng 2 tuần.

Rối loạn lo âu lan tỏa: Liều khởi đầu 150 mg mỗi ngày.

Tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân và sự dung nạp, liều dùng có thể tăng thêm 150 mg/ngày sau khoảng thời gian mỗi tuần điều trì cho đến liều dùng tối đa 600 mg/ngày.

Đau thần kinh: Liều khởi đầu 150 mg mỗi ngày. Tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân và sự dung nạp, sau khoảng thời gian 3-7 ngày, liều dùng có thể tăng lên 300 mg/ngày và sau khoảng 7 ngày điều trị tiếp theo, có thể tăng đến liều 600 mg/ngày.

Đau cơ xơ hóa: Liều khởi dầu 150 mg mỗi ngày. Tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân và sự dung nạp, liều dùng có thể tăng lên 300 mg/ngày sau khoảng thời gian 7 ngày, và nếu cần có thể tăng liều 450 mg/ ngày.

Suy thận: Điều chỉnh liều dùng phụ thuộc vào chức năng thận.