

NỘI DUNG

Cảnh giác dược

Không sử dụng thuốc giảm đau có chứa codein (thuốc không cần kê toa) cho người dưới 18 tuổi

Thông tin thuốc

Hướng dẫn sử dụng hợp lý Corticosteroid.

Thông tin điều trị

Cập nhật hướng dẫn điều trị đái tháo đường của ADA 2020

KHÔNG SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU CÓ CHỨA CODEIN (THUỐC KHÔNG CẦN KÊ TOA) CHO NGƯỜI DƯỚI 18 TUỔI

Dựa vào khuyến cáo trước đây của Bộ Y tế Canada đã khuyến cáo rằng những người dưới 18 tuổi không nên sử dụng các sản phẩm trị ho và cảm có chứa opioid, bao gồm codeine và các dữ liệu cho thấy sử dụng opioid ở người trẻ tuổi làm gia tăng vấn đề khi dùng thuốc sau này.

Ngày 31/7/2020, Bộ Y tế Canada khuyến cáo người dân không nên sử dụng thuốc giảm đau (không cần kê toa) có chứa codein cho người dưới 18 tuổi. Các thuốc này trước đây không được khuyến cáo cho trẻ dưới 12 tuổi.

Bộ Y tế Canada cũng làm việc với nhà sản xuất thuốc giảm đau không kê đơn chứa codein để cập nhật khuyến cáo mới không sử dụng thuốc này cho người dưới 18 tuổi trong phần thông tin an toàn sản phẩm.

Thông tin dành cho bệnh nhân, phụ huynh và người chăm sóc

- Trao đổi với cán bộ y tế để sử dụng thuốc giảm (không cần kê toa) thay thế cho người dưới 18 tuổi.
- Sử dụng thận trọng tất cả sản phẩm chăm sóc sức khỏe, bao gồm thuốc giảm đau không kê đơn và tránh xa tầm tay của trẻ em.
- Đọc thông tin trên nhãn và thông tin về an toàn của thuốc được cung cấp bởi dược sĩ hoặc cán bộ y tế.
- Lựa chọn các sản phẩm khác thay thế sản phẩm có chứa codein hiện có trên thị trường dùng để giảm đau cho người dưới 18 tuổi.

Thông tin dành cho cán bộ y tế

Khuyến cáo bệnh nhân, phụ huynh và người chăm sóc sử dụng hợp lý các sản phẩm có chứa opioid.

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG HỢP LÝ CORTICOSTEROID.

Corticosteroid toàn thân thường được sử dụng trong các trường hợp như viêm, tự miễn, rối loạn nội tiết và kiểm soát triệu chứng ở bệnh nhân ung thư. Dưới đây là các tổng hợp về các vấn đề lâm sàng phổ biến liên quan đến corticosteroid:

Bảng 1. So sánh các corticosteroid:

So sánh các corticosteroid			
Thuốc ^c	Liều tương đương	Thời gian tác động ^a	Hoạt tính mineralocorticoid
Cortisone ^b	25 mg	Ngắn	++
Dexamethasone ^d	0,75 mg	Dài	0
Hydrocortisone ^d	20 mg	Ngắn	++
Methylprednisolone ^d	4 mg	Trung bình	0
Prednisolone	5 mg	Trung bình (từ 12 đến 24 giờ)	+
Prednisone ^b	5 mg	Trung bình (từ 12 đến 24 giờ)	+

a. Thời gian tác động kháng viêm của prednisone (ước tính)
 b. Cortisone và prednisone là chất chuyển đổi có hoạt tính tương ứng của cortisol và prednisolone ở gan.
 c. Fludrocortisone có tác động mineralocorticoid thuần túy nên không được cân nhắc để thay thế cho các corticosteroid nêu trên.
 d. Liều đường uống (PO) = Liều tiêm tĩnh mạch IV

Biên tập: thongtinthuoc.com

Bảng 2. Các chỉ định phổ biến của corticosteroid đường uống:

Các chỉ định phổ biến của corticosteroid đường uống ^e		
Chỉ định	Corticosteroid được ưu tiên	Lý do
Suy tuyến thượng thận	- Hydrocortisone hoặc cortisone acetat (trong trường hợp suy tuyến thượng thận nguyên phát cần thêm fludrocortison để bổ sung hoạt tính mineralocorticoid)^{2, 3} - Ở bệnh nhân không mang thai, đặc biệt bệnh nhân có tuân thủ kém thì prednisolone có thể được dùng để thay thế hydrocortisone hoặc cortisone.³	- Hydrocortisone và prednisolone là dạng có hoạt tính, không cần hoạt hóa ở gan.³ - Hydrocortisone dùng nhiều lần trong ngày, prednisolone dùng 1-2 lần/ngày.³ - Hydrocortisone có hoạt tính mineralocorticoid nhiều hơn prednisolone, do đó bệnh nhân sử dụng prednisolone có thể cần dùng thêm fludrocortison.³
Bệnh hen suyễn	Prednisone hoặc prednisolone ⁴	Thường sử dụng. Hoạt tính mineralocorticoid ít hơn hydrocortisone.
U não	Dexamethasone ⁵	Kinh nghiệm sử dụng lâu năm, dễ sử dụng, thuận tiện trên lâm sàng. ⁵
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	Prednisone ⁶	Được đề cập trong các hướng dẫn của GOLD ⁶
Rối loạn mô liên kết và thấp khớp (ví dụ: lupus, viêm khớp dạng thấp)	Prednisone ^{1, 18}	- Hấp thu tốt, thời gian tác động trung bình, rẻ, dạng bào chế và liều đa dạng... - Có thể dùng methylprednisolone hoặc prednisolone.¹ - Dùng đơn liều vào buổi sáng, để phù hợp với cortisol sinh lý và giảm thiểu sự ức chế trục dưới đồi-tuyến yên-thượng thận (HPA), tuy nhiên, dùng liều 2 lần/ngày có thể giảm các tác động phụ và cải thiện hiệu quả.¹⁸
Buồn nôn và nôn (xạ trị, hóa trị, sau phẫu thuật, mang thai)	Dexamethasone	Thường được sử dụng trên lâm sàng/nghiên cứu.

e. Nhìn chung, chỉ lựa chọn hydrocortisone khi cần giữ muối và nước (ví dụ như điều trị suy tuyến thượng thận).¹ Các thuốc tác động trung bình (prednisone, prednisolone, methylprednisolone) dùng 1 lần/ngày có thể làm giảm thiểu sự ức chế trục dưới đồi-tuyến yên-thượng thận (HPA-axis).⁷ Prednisone thường được sử dụng phổ biến do giá thành rẻ, nhiều mức liều, thuận tiện trên lâm sàng. Dexamethasone được sử dụng trong các chỉ định nhất định dựa vào kinh nghiệm trên lâm sàng. Prednisolone đường uống dạng lỏng thường sử dụng cho trẻ em.

Biên tập: thongtinthuoc.com

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA ADA 2020

Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (*American Diabetes Association – ADA*) đã chính thức công bố hướng dẫn điều trị đái tháo đường mới năm 2020. Trong đó có các thay đổi nổi bật về thuốc; các khuyến nghị mới về thuốc trong đồng thuận của ADA và Hiệp hội nghiên cứu bệnh đái tháo đường Châu Âu (*The European Association for the Study of Diabetes – EASD*); khuyến nghị phối hợp thuốc.

Từ viết tắt: ĐTĐ: đái tháo đường, CKD: bệnh thận mạn, eGFR: độ lọc cầu thận ước tính, BTMDXV: bệnh tim mạch do xơ vữa, THA: tăng huyết áp, MACE: biến cố tim mạch nghiêm trọng, NMCT: nhồi máu cơ tim, ACEI: ức chế men chuyển angiotensin, ARB: chặn thụ thể angiotensin, DPP-4i: ức chế DPP-4, SGLT-2i: ức chế SGLT-2, GLP-1 RA: chủ vận thụ thể GLP-1.

Các thay đổi nổi bật về thuốc

- Thuốc GLP-1 RA hoặc SGLT-2i có thể được kê để giảm nguy cơ trên tim mạch/nguy cơ trên thận ở bệnh nhân ĐTĐ nguy cơ cao, bất kể mức HbA1c ban đầu/mục tiêu HbA1c.
- Thuốc GLP-1 RA là lựa chọn tốt nhất để giảm các biến cố tim mạch nghiêm trọng (MACE) ở bệnh nhân ĐTĐ mắc kèm bệnh tim mạch do xơ vữa (BTMDXV). Nhóm thuốc này có thể được cân nhắc cho bệnh nhân không mắc kèm bệnh tim mạch nhưng nguy cơ cao.
- Thuốc SGLT-2i có thể dùng cho bệnh nhân loét bàn chân và có nguy cơ đoạn chi, nhưng chỉ sau khi đã tư vấn lợi ích và nguy cơ với bệnh nhân.
- Thuốc SGLT-2i là lựa chọn tốt nhất cho bệnh thận mạn (CKD), bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF). Nhóm thuốc này giúp ngăn chặn tiến triển CKD, nhập viện do suy tim, MACE và tử vong do tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ kèm CKD.

I. Chi tiết các khuyến nghị mới về thuốc trong đồng thuận của ADA và EASD

Khuyến nghị chung

- Cân nhắc kê thêm thuốc GLP-1 RA hoặc SGLT-2i cho bệnh nhân phù hợp mắc ĐTĐ tuýp 2 nguy cơ cao, để giảm MACE, nhập viện do suy tim, tử vong do tim mạch hoặc tiến triển CKD không cần dựa trên mức HbA1c ban đầu hoặc mục tiêu HbA1c.
- Trước khi bắt đầu với liệu pháp phối hợp ở bệnh nhân mắc ĐTĐ tuýp 2 mới Bác sĩ nên trao đổi với bệnh nhân.

Khuyến nghị cho các thuốc GLP-1 RA

- Các thuốc GLP-1 RA có bằng chứng cao nhất cho thấy lợi ích giảm MACE, ở bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 mắc kèm BTMDXV (ví dụ: có tiền sử NMCT; đột quỵ do thiếu máu cục bộ; đau thắt ngực không ổn định với ECG thay đổi; thiếu máu cục bộ cơ tim trên hình ảnh hoặc thử nghiệm gắng sức; tái thông động mạch vành, động mạch cảnh hoặc động mạch ngoại biên) có nguy cơ MACE cao.
- Dù bệnh nhân ĐTĐ không có bệnh tim mạch mắc kèm, có thể cân nhắc thuốc GLP-1 RA để giảm nguy cơ MACE ở đối tượng có nguy cơ cao (ví dụ: ≥ 55 tuổi hẹp động mạch vành, động mạch cảnh hoặc động mạch chi dưới $> 50\%$; phì đại thất trái; eGFR < 60 mL/phút/1,73m² hoặc albumin niệu).

Khuyến nghị cho các thuốc SGLT-2i

- Thuốc SGLT-2i có mức độ bằng chứng cao nhất về lợi ích trên bệnh nhân có hoặc không có BTMDXV nhưng có HFrEF (EF $< 45\%$) hoặc CKD (eGFR 30-60 mL/phút/1,73m² hoặc tỷ số albumin niệu/creatinin > 30 mg/g, đặc biệt tỷ số albumin niệu/creatinin > 300 mg/g).
- Khuyến nghị thuốc SGLT-2i cho bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 mắc kèm suy tim (đặc biệt là HFrEF) để giảm nhập viện do suy tim, MACE và tử vong do tim mạch.
- Khuyến nghị thuốc SGLT-2i cho bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 mắc kèm CKD để ngăn ngừa tiến triển CKD, nhập viện do suy tim, MACE và tử vong do tim mạch.
- Chỉ nên dùng SGLT-2i sau khi đã thảo luận với bệnh nhân về lợi ích và nguy cơ kèm theo giáo dục toàn diện về chăm sóc bàn chân và ngăn ngừa đoạn chi.

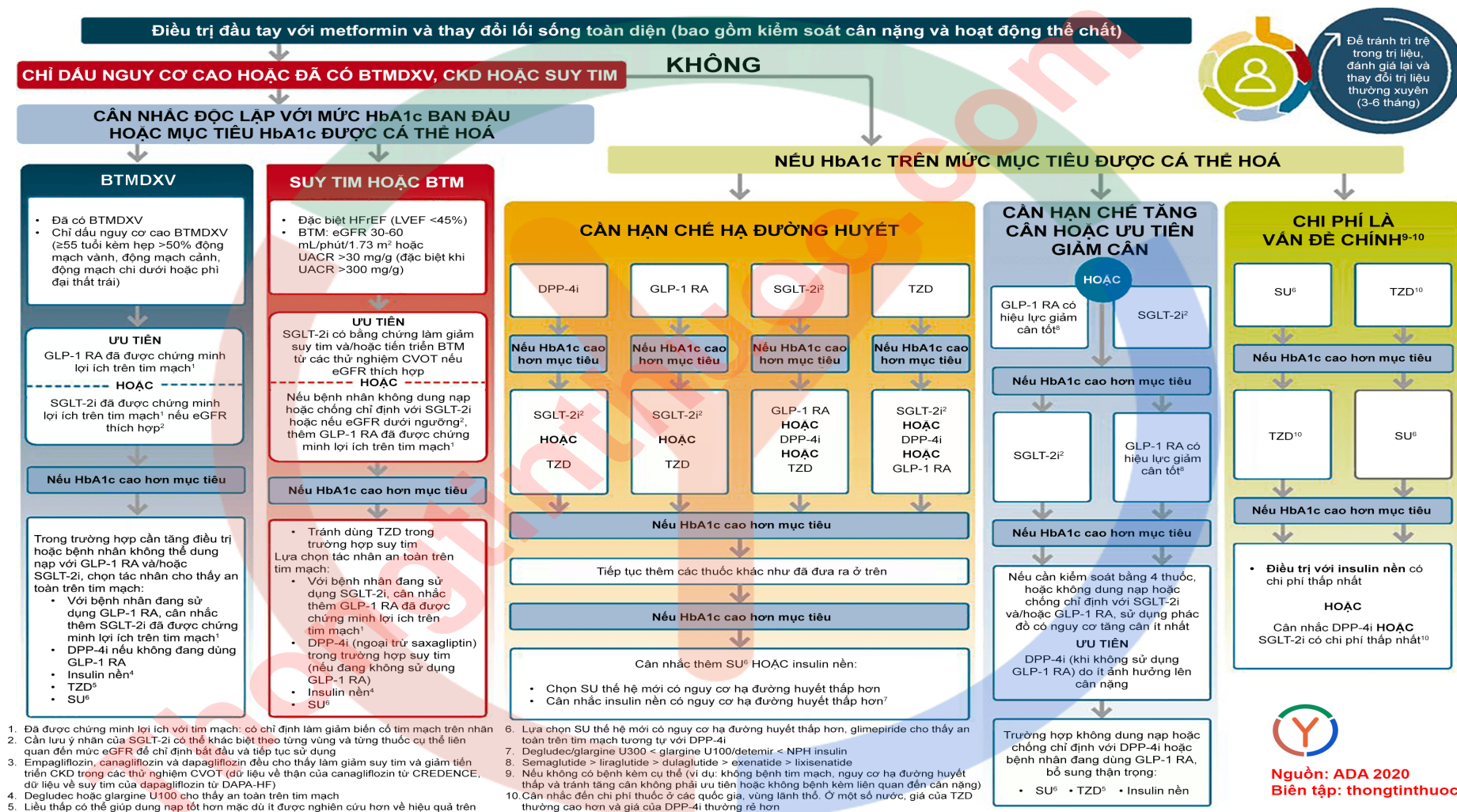
II. Điều trị dùng thuốc

Tổng quan điều trị dùng thuốc

Khuyến nghị dùng thuốc SGLT-2i hoặc thuốc GLP-1 RA ở bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 có BTMDXV hoặc bệnh thận, đã được chứng minh lợi ích trên tim mạch như một phần của phác đồ điều trị.

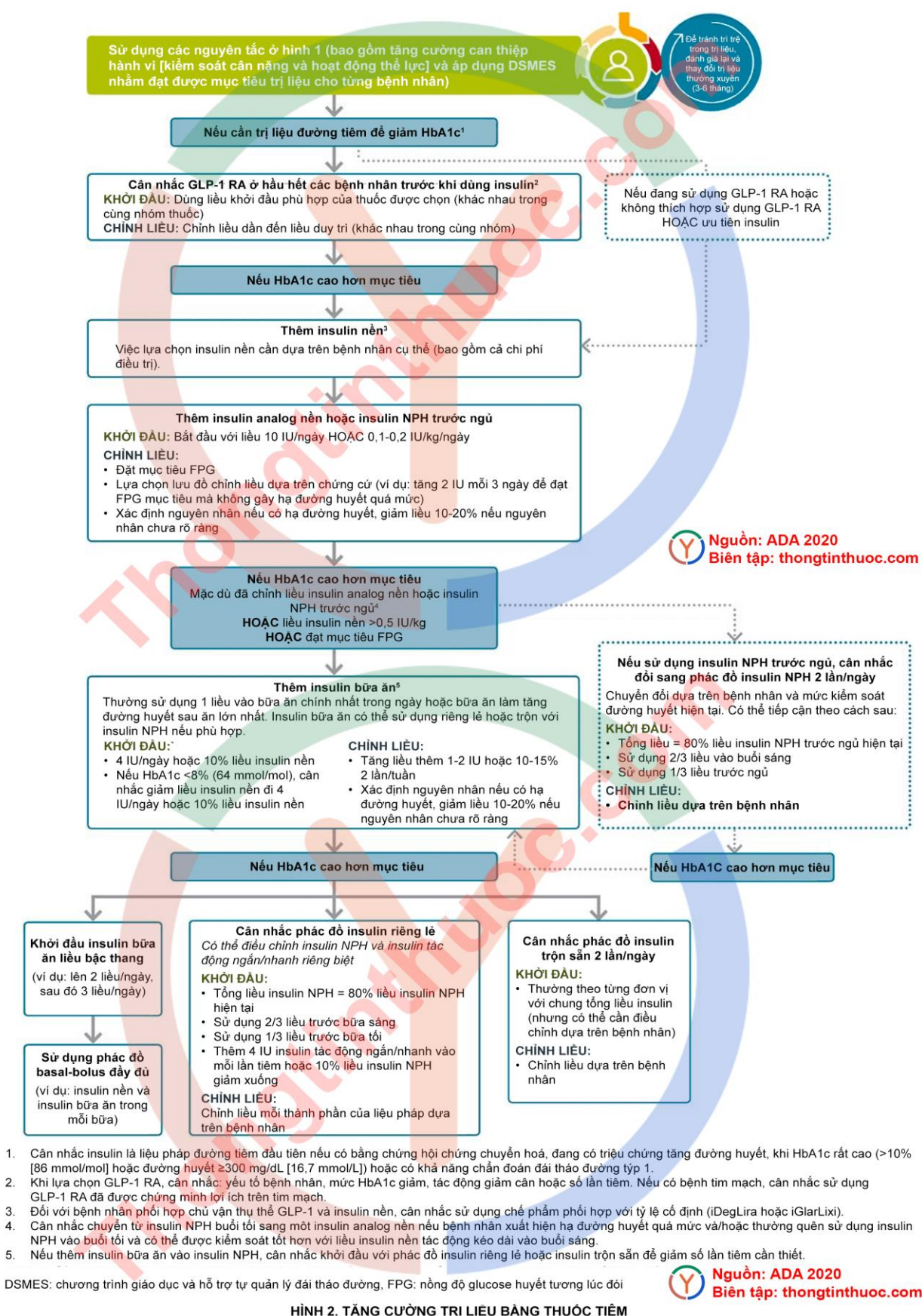
- Khuyến nghị dùng thuốc SGLT-2i hoặc thuốc GLP-1 RA đã được chứng minh lợi ích trên tim mạch để giảm MACE trên đối tượng mắc kèm BTMDXV, đa yếu tố nguy cơ BTMDXV hoặc bệnh thận ĐTĐ.
- Cân nhắc dùng thuốc SGLT-2i để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim trên đối tượng mắc kèm suy tim.

Sơ đồ dưới đây cung cấp hướng dẫn cá thể hóa điều trị dựa trên BTMDXV hiện có, nguy cơ BTMDXV, bệnh thận do ĐTĐ hoặc suy tim.



HÌNH 1. CÁC THUỐC SỬ DỤNG TRONG ĐTĐ TYP 2: CÁCH TIẾP CẬN TỔNG QUÁT

Hình 1. Các thuốc sử dụng trong ĐTĐ tuýp 2: cách tiếp cận tổng quát



HÌNH 2. TĂNG CƯỜNG TRỊ LIỆU BẰNG THUỐC TIÊM

Hình 2. Tăng cường trị liệu bằng thuốc tiêm

Liệu pháp phối hợp

Khuyến nghị bắt đầu điều trị bằng liệu pháp phối hợp để kéo dài thời gian cho đến khi điều trị thất bại. Đã có dữ liệu trong thử nghiệm gần nhất tên VERIFY cũng cho thấy hướng tiếp cận này vượt trội hơn liệu pháp thêm thuốc theo thứ tự trong việc kéo dài thời gian đến khi thất bại lần thứ 1 và lần thứ 2.