

NỘI DUNG

✚ Thông tin thuốc

Aciclovir: Độc hại ở bệnh nhân suy thận.

✚ Thông tin điều trị

Cập nhật hướng dẫn KDIGO 2024: Sử dụng thuốc trên bệnh nhân có bệnh thận mạn.

✚ Cảnh giác dược

Cảnh báo nguy cơ viêm gân do thuốc.

ACICLOVIR: ĐỘC HẠI Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN

❖ Aciclovir

- Aciclovir là thuốc kháng vi-rút được sử dụng để ngăn ngừa và/hoặc điều trị các bệnh nhiễm vi-rút, bao gồm herpes simplex, varicella zoster và cytomegalovirus (CMV).
- Aciclovir có 2 dạng:
 - + Aciclovir đường uống có sinh khả dụng thấp.
 - + Aciclovir tiêm tĩnh mạch có sinh khả dụng cao nhất và được khuyến cáo để điều trị các bệnh nhiễm trùng nặng.

❖ Độc tính thần kinh với suy thận

- Aciclovir được đào thải qua quá trình thanh thải thận, bao gồm cả quá trình lọc cầu thận và bài tiết ống thận. Do đó, aciclovir có thể **tích tụ ở những bệnh nhân suy thận.**
- Aciclovir dễ dàng vượt qua hàng rào máu não. Ở những bệnh nhân suy thận, nồng độ thuốc có thể tăng và **gây độc thần kinh**. Các triệu chứng có thể bao gồm *lờ đờ, lú lẫn, ảo giác, kích động, co giật và hôn mê*, và thường **có thể hồi phục khi ngừng điều trị.**

❖ Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế

- Đánh giá chức năng thận của bệnh nhân trước khi kê đơn aciclovir
- Aciclovir có thể tích tụ ở những bệnh nhân suy thận. Do đó, cần điều chỉnh liều ở những bệnh nhân này để giảm nguy cơ độc tính thần kinh.
- Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân để phát hiện các dấu hiệu ngộ độc thần kinh, có thể bao gồm *lú lẫn, kích động, ảo giác hoặc co giật*.

* Thuốc hiện có tại bệnh viện:

| STT | Tên thuốc | Hoạt chất |
|-----|-----------------|-----------|
| 1 | Aciclovir 800mg | Aciclovir |

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN KDIGO 2024: SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN CÓ BỆNH THẬN MẠN (BTM)

1. Lựa chọn thuốc và giám sát an toàn thuốc

❖ *Cân nhắc giữa lợi ích - nguy cơ khi kê đơn các thuốc có nguy cơ độc tính trên thận ở bệnh nhân có BTM*

Bệnh nhân có BTM có thể nhạy cảm hơn với độc tính trên thận của thuốc. Ba nhóm thuốc phổ biến nhất bao gồm: thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), thuốc kháng virus và các dẫn chất bisphosphonat. Trong trường hợp lợi ích vượt trội nguy cơ, các thuốc gây độc tính trên thận có thể vẫn được chỉ định ở bệnh nhân có BTM. Tuy nhiên, nếu có thể, nhân viên y tế nên ưu tiên lựa chọn các thuốc khác thay thế không gây độc trên thận. Các nhóm thuốc thường sử dụng đã ghi nhận gây độc tính trên thận và các thuốc có khả năng thay thế không gây độc trên thận được liệt kê trong Bảng 1.

* **Danh mục từ viết tắt:**

| STT | TÊN TIẾNG ANH | TÊN TIẾNG VIỆT |
|-----|---------------|---|
| 1 | NSAIDs | Thuốc chống viêm không steroid |
| 2 | GFR | Mức lọc cầu thận |
| 3 | AIN | Viêm thận kẽ do dị ứng |
| 4 | ATN | Hoại tử ống thận cấp |
| 5 | AKI | Tổn thương thận cấp |
| 6 | CKD | Bệnh thận mạn |
| 7 | MGP | Matrix Gla protein |
| 8 | ACEi | Thuốc ức chế men chuyển |
| 9 | ARB | Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin |
| 10 | PPI | Thuốc ức chế bơm proton |
| 11 | BSA | Diện tích bề mặt cơ thể |
| 12 | SGLT2i | Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri – glucose 2 |

| Bảng 1: Các nhóm thuốc sử dụng phổ biến gây độc tính trên thận và lựa chọn thuốc thay thế | |
|---|--|
| Thuốc gây độc trên thận | Các thuốc thay thế không gây độc thận có thể lựa chọn |
| Thuốc giảm đau, chống viêm <i>NSAIDs</i> : gây giảm mức lọc cầu thận (GFR), viêm thận kẽ do dị ứng (AIN) và hội chứng thận hư. | Paracetamol |
| Kháng sinh | |
| <i>Aminoglycosid</i> : tích lũy trong các tế bào ống lượn gần và làm gián đoạn quá trình chuyển hóa phospholipid, dẫn đến quá trình chết tế bào theo chương trình và hoại tử ống thận cấp (ATN). | Cephalosporin và carbapenem |
| <i>Vancomycin</i> : cơ chế gây độc thận chưa rõ ràng, nhưng có khả năng liên quan đến ATN và AIN. | Linezolid và daptomycin |
| <i>Sulfamethoxazol/trimethoprim</i> : gây ATN, AIN, hình thành tinh thể trong ống lượn xa và ức chế có hồi phục quá trình bài tiết creatinin ở ống thận. | Clindamycin + primaquin, pentamidin và atovaquon |
| Thuốc tác động trên tiêu hóa | |
| <i>Thuốc ức chế bơm proton</i> : có thể dẫn đến tổn thương thận cấp (AKI) và bệnh thận mạn (CKD) do viêm mô kẽ ống thận và AIN. | Thuốc kháng thụ thể H2 |
| Thuốc tác động trên tim mạch | |
| <i>Warfarin</i> : xuất huyết cầu thận, stress oxy hóa gây tổn thương ống thận và ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình calci hóa mạch máu thận thông qua ức chế matrix Gla protein (MGP) - một protein phụ thuộc vitamin K. | Thuốc chống đông đường uống không đối kháng vitamin K. |
| Thuốc khác | |
| <i>Lithium</i> : đái tháo nhạt do thận cũng như CKD do viêm mô kẽ ống thận mạn tính. | Aripiprazol, lamotrigin, quetiapin, valproat |

❖ **Giám sát mức lọc cầu thận, điện giải đồ, nồng độ thuốc trên bệnh nhân BTM**

Bệnh nhân có BTM đang được điều trị bằng các thuốc có khoảng điều trị hẹp, có tác dụng không mong muốn tiềm tàng trên thận hoặc gây độc tính trên thận, kể cả bệnh nhân điều trị ngoại trú hay nội trú, đều **cần được giám sát GFR, điện giải đồ và nồng độ thuốc trong máu** (nếu điều kiện cho phép) cụ thể một số thuốc theo bảng dưới đây:

| Thuốc gây độc trên thận | Khuyến cáo |
|---|---|
| Thuốc ức chế enzym chuyển (ACEi) | Cần theo dõi nồng độ Kali và Creatinin huyết thanh trong tuần đầu tiên điều trị |
| Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin (ARB) | |
| Kháng sinh như gentamicin và vancomycin | Cần giám sát GFR và nồng độ thuốc trong máu trong thời gian điều trị kéo dài |
| Lithium | Cần theo dõi định kỳ Creatinin huyết thanh, ít nhất mỗi năm một lần |
| Methotrexat | |

Cần nhắc và hạn chế sử dụng các thuốc không kê đơn, thực phẩm bổ có thể gây hại cho bệnh nhân có BTM. Các thuốc không kê đơn (OTC), thực phẩm bổ sung có thể là nguyên nhân gây ra hoặc làm tiến triển nhanh chóng tình trạng bệnh thận của bệnh nhân, cụ thể một số thuốc theo bảng dưới đây:

| Thuốc | Gây độc trên thận |
|--------------------------|--|
| Thuốc OTC | |
| NSAIDs | Viêm thận kẽ |
| Ức chế bơm proton (PPI) | Viêm mô kẽ ống thận Viêm thận kẽ cấp tính |
| Thực phẩm bổ sung | |
| Creatin | Viêm thận kẽ |
| Vitamin C | Gây lắng đọng tinh thể canxi oxalat tại ống thận |

❖ ***Cần nhắc nguy cơ dị tật thai nhi, tư vấn sinh sản và biện pháp tránh thai phù hợp khi chỉ định thuốc cho các bệnh nhân có BTM trong độ tuổi sinh sản***

Mang thai có thể làm diễn tiến BTM nặng lên ở những bệnh nhân đã mắc bệnh thận trước đó. Thêm vào đó, một số loại thuốc được sử dụng để làm chậm hoặc ngăn ngừa diễn tiến của BTM, như ACEi/ARB hoặc các thuốc ức chế protein đích của rapamycin (mammalian target of rapamycin inhibitor - mTORi) lại có nguy cơ gây dị tật thai nhi, nên được khuyến cáo ngừng sử dụng trong thời kỳ mang thai. Ngược lại, một số thuốc khác có thể tiếp tục sử dụng, bao gồm hydroxychloroquin, tacrolimus, cyclosporin, eculizumab, prednison, azathioprin, colchicin và immunoglobulin truyền tĩnh mạch. Cần đánh giá cẩn thận phác đồ điều trị của bệnh nhân để thay thế các thuốc nguy cơ gây dị tật

thai trước khi thụ thai hoặc khi có thể. Đồng thời, nhân viên y tế nên có kế hoạch giám sát và chăm sóc đặc biệt đối với các bệnh nhân có BTM trong độ tuổi sinh sản từ trước khi thụ thai, trong suốt quá trình mang thai và cho con bú.

2. Hiệu chỉnh liều dựa trên mức lọc cầu thận

❖ *Các thuốc được thải trừ qua thận cần hiệu chỉnh liều dựa trên GFR*

Một số thuốc và/hoặc các chất chuyển hóa còn hoạt tính của thuốc được thải trừ qua thận. Việc không đánh giá ảnh hưởng của GFR đến chế độ liều của thuốc có thể dẫn đến thất bại điều trị hoặc gây ra biến cố bất lợi cho bệnh nhân. Khuyến cáo hiệu chỉnh liều dựa trên các giai đoạn khác nhau của BTM được đề cập trong các sách chuyên khảo, cơ sở dữ liệu trực tuyến, hoặc hướng dẫn điều trị của các cơ sở điều trị. Trong phần lớn bối cảnh lâm sàng, công thức ước tính mức lọc cầu thận dựa trên nồng độ creatinin huyết thanh (SCr) phù hợp để hiệu chỉnh liều thuốc.

❖ *Trong một số trường hợp đặc biệt, có thể cân nhắc sử dụng phương pháp ước tính GFR thông qua cả creatinin và cystatin C, hoặc GFR thực tế đo được*

Một số trường hợp cần giá trị GFR với độ chính xác cao hơn để đưa ra quyết định liên quan đến thuốc (ví dụ: chế độ liều đối với các thuốc có khoảng điều trị hẹp), đánh giá độc tính của thuốc, hoặc trong các trường hợp lâm sàng trong đó mức lọc cầu thận ước tính dựa trên creatinin huyết thanh không thực sự đáng tin cậy, cần xem xét sử dụng các phương pháp ước tính GFR dựa trên cả creatinin và cystatin C hoặc GFR thực tế đo được.

❖ *Ở những bệnh nhân quá nhẹ cân hoặc thừa cân, cân nhắc sử dụng công thức ước tính GFR không hiệu chỉnh theo diện tích bề mặt cơ thể, đặc biệt là đối với các thuốc có khoảng điều trị hẹp và cần đạt nồng độ tối thiểu có hiệu quả*

Để đánh giá BTM, giá trị GFR được ước tính theo kích thước cơ thể trung bình. Vì vậy, các công thức ước tính GFR đã được xây dựng, với đơn vị ml/phút/1,73 m² diện tích bề mặt cơ thể (BSA). Tuy nhiên, độ thanh thải thuốc lại liên quan chặt chẽ hơn với GFR không hiệu chỉnh (ml/phút) so với GFR đã hiệu chỉnh (ml/phút/1,73 m²), ảnh hưởng đến quyết định không sử dụng thuốc hoặc quá liều/thiếu liều ở bệnh nhân quá nhẹ cân hoặc thừa cân. GFR không hiệu chỉnh có thể được tính bằng cách nhân kết quả GFR đã hiệu chỉnh với BSA của bệnh nhân đó và chia cho 1,73 m², hoặc sử dụng một công cụ tính toán trực tuyến phù hợp.

❖ ***Cần thận trọng khi hiệu chỉnh liều thuốc ở những bệnh nhân có GFR và/hoặc các yếu tố ảnh hưởng đến chất đánh dấu (marker) không phải GFR hoặc thể tích phân bố không ở trạng thái ổn định***

Ở những bệnh nhân có tình trạng lâm sàng thay đổi nhanh chóng, việc ước tính GFR là một thách thức. Nồng độ các chất đánh dấu được sử dụng để ước tính mức lọc của thận trong huyết thanh có thể thay đổi do sự thay đổi của bản thân GFR và/hoặc các yếu tố không phải GFR. Trong những trường hợp này, đối với những bệnh nhân cần sử dụng thuốc có thể bị ảnh hưởng bởi hoặc có thể ảnh hưởng đến GFR, nhân viên y tế cần thường xuyên đánh giá nguy cơ, lợi ích, vai trò của thuốc trong điều trị và cân nhắc chế độ liều cao hoặc thấp hơn so với khuyến cáo. Nếu điều kiện cho phép, nên giám sát nồng độ thuốc trong máu để hướng dẫn việc điều chỉnh liều phù hợp.

3. Sử dụng đồng thời nhiều thuốc và quản lý sử dụng thuốc

Bệnh nhân có BTM thường sử dụng đồng thời nhiều thuốc để điều trị các bệnh lý kèm. Đa số bệnh nhân có BTM không lọc máu được sử dụng trung bình 6-12 loại thuốc khác nhau mỗi ngày. Sử dụng nhiều thuốc đồng thời làm tăng gánh nặng thuốc, nguy cơ gặp các biến cố bất lợi do sai sót trong sử dụng thuốc và tương tác thuốc – thuốc. Từ đó, KDIGO 2024 đưa ra một số khuyến cáo trong thực hành lâm sàng như sau:

❖ ***Sử dụng đồng thời nhiều thuốc trên bệnh nhân có BTM***

- Định kỳ đánh giá sử dụng thuốc, đặc biệt tại các giai đoạn chuyển tiếp điều trị để đánh giá mức độ tuân thủ, các chỉ định cần tiếp tục và nguy cơ tương tác thuốc trên bệnh nhân có BTM. Trong trường hợp cần ngừng thuốc do các bệnh lý cấp tính, xây dựng kế hoạch cụ thể về thời điểm bắt đầu sử dụng lại thuốc cho bệnh nhân và nhân viên y tế đảm bảo ghi chép đầy đủ trong bệnh án.

- Cân nhắc **ngừng** một số loại thuốc (như **metformin, ACEi, ARBs, và thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri - glucose 2: SGLT2i**) trong vòng **48-72 giờ** trước khi phẫu thuật hoặc khi cần xử trí khẩn cấp các biến cố bất lợi của thuốc. Bảng 2 trình bày các nhóm thuốc nên cân nhắc ngừng tạm thời trước phẫu thuật và các biến cố bất lợi tiềm tàng liên quan đến việc tiếp tục sử dụng các thuốc này.

| Bảng 2: Các nhóm thuốc nên cân nhắc ngừng tạm thời trước phẫu thuật và các biến cố bất lợi tiềm tàng | |
|---|---|
| Thuốc | Các biến cố bất lợi tiềm tàng trong phẫu thuật |
| ACEi/ARB | Hạ huyết áp, AKI |
| Thuốc lợi tiểu | Giảm thể tích tuần hoàn, AKI |
| SGLT2i | Nhiễm toan ceton (khi nhịn đói hoặc ở bệnh nhân đái tháo đường) |
| Metformin | Nhiễm toan lactic khi xuất hiện AKI |
| Aminoglycosid | Hoại tử ống thận cấp tính/ AKI |
| NSAIDs | AKI, viêm thận kẽ cấp tính |

❖ *Chiến lược quản lý sử dụng thuốc*

- Khuyến cáo bệnh nhân có BTM về những lợi ích và nguy cơ của thuốc, từ đó, bệnh nhân có thể nhận biết và báo cáo các biến cố bất lợi kịp thời.
- Tăng cường hợp tác giữa các nhân viên y tế, trong đó có dược sĩ và/hoặc sử dụng các công cụ để đảm bảo và cải thiện công tác quản lý sử dụng thuốc ở bệnh nhân có BTM.

4. Chẩn đoán hình ảnh

- Cân nhắc lợi ích - nguy cơ của chỉ định chẩn đoán hình ảnh dựa trên tình trạng bệnh lý BTM của từng bệnh nhân.
- Việc sử dụng **thuốc cản quang chứa iod** liên quan tới nguy cơ AKI (Tổn thương thận cấp), với các tần suất báo cáo khác nhau phụ thuộc vào nhóm đối tượng, loại thuốc cản quang, đường dùng, liều dùng cũng như quy ước đánh giá độc tính trên thận. Mặc dù có nguy cơ AKI liên quan sử dụng thuốc cản quang ở bệnh nhân có BTM giai đoạn 4 - 5, nhưng việc trì hoãn hoặc thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không tối ưu do lo ngại về biến chứng liên quan đến thuốc cản quang ở bệnh nhân có giảm GFR cũng có thể gây hại cho bệnh nhân. Các yếu tố nguy cơ tiềm tàng gây tổn thương thận cấp liên quan đến thuốc cản quang được trình bày tại Bảng 3.

| Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ tiềm tàng gây tổn thương thận cấp liên quan đến thuốc cản quang | |
|--|--|
| Yếu tố liên quan đến bệnh nhân | Yếu tố liên quan đến thủ thuật |
| Giảm GFR, cấp tính hoặc mạn tính ^a | Sử dụng thuốc cản quang có áp suất thẩm thấu cao |
| Đái tháo đường ^b | Sử dụng lượng lớn thuốc cản quang |
| Giảm thể tích nội mạch | Cần thực hiện nhiều các thủ thuật có sử dụng thuốc cản quang |
| Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc trên thận | Can thiệp nội mạch |
| ^a GFR < 45 ml/phút/1,73m ² kèm theo các yếu tố nguy cơ khác hoặc GFR < 30 ml/phút/1,73m ² . | |
| ^b Tăng nguy cơ ở những bệnh nhân suy giảm chức năng thận. | |

❖ **Một số khuyến cáo khác về sử dụng thuốc cản quang trên bệnh nhân BTM**

- Thuốc cản quang đường tiêm động mạch và tĩnh mạch:
 - Cần đánh giá nguy cơ AKI ở bệnh nhân có BTM sử dụng thuốc cản quang tiêm động mạch trong can thiệp tim mạch, đặc biệt là chụp động mạch vành do nguy cơ này cao hơn so với việc dùng thuốc cản quang theo đường tĩnh mạch.
 - Các thuốc cản quang tiêm tĩnh mạch có thể sử dụng ở bệnh nhân AKI hoặc GFR < 60 ml/phút/1,73m² (CKD giai đoạn 3a - 5) dựa trên hướng dẫn đồng thuận của các Hiệp hội Điện quang.
 - Thuốc cản quang có chứa gadolinium:
- Đối với bệnh nhân có **GFR < 30 ml/phút/1,73m² (CKD giai đoạn 4-5) khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có chứa gadolinium**

CẢNH BÁO NGUY CƠ VIÊM GÂN DO THUỐC

❖ Viêm gân

- Viêm gân được định nghĩa là tình trạng viêm hoặc kích ứng của gân dẫn đến tình trạng phù nề, đau và hạn chế vận động các cơ, động tác tương ứng.

- 90% các tế bào trong gân là tế bào tenoblast và tenocyte. Chúng tạo ra các sợi collagen và elastin, thành phần của chất nền ngoại bào. Tế bào sụn chiếm 10% còn lại của tế bào gân, thường được tìm thấy ở các điểm nối giữa gân và xương (entheses).

- Bệnh lý gân do thuốc gây ra điển hình cho thấy dấu hiệu thoái hóa gân tiến triển mà không có tình trạng viêm.

❖ Thuốc liên quan đến bệnh lý gân

Bệnh lý gân do thuốc gây ra thường liên quan đến các thuốc như: kháng sinh fluoroquinolon, glucocorticoid sử dụng dài ngày, dẫn chất statin và thuốc ức chế aromatase.

1. Kháng sinh fluoroquinolon

- Bệnh lý gân có thể gặp khi sử dụng bất kỳ fluoroquinolon nào (ví dụ, ciprofloxacin, moxifloxacin, norfloxacin); ở bất kỳ liều lượng hay đường dùng nào. Biểu hiện thường cấp tính, xuất hiện sớm nhất trong vòng 48 giờ, nhưng đã có trường hợp khởi phát muộn, vào khoảng vài tháng sau khi ngừng điều trị. Bệnh lý gân liên quan đến fluoroquinolon có thể kéo dài, gây tàn phế và không hồi phục.

- Ngừng sử dụng fluoroquinolon ngay khi xuất hiện triệu chứng viêm gân (ví dụ: đau, sưng, viêm) và sử dụng thuốc thay thế. Bệnh nhân nên nghỉ ngơi và không vận động mạnh.

* Thuốc hiện có tại bệnh viện:

| STT | Hoạt chất | Tên thuốc |
|-----|---|--------------------------------|
| 1 | Ciprofloxacin (dưới dạng Ciprofloxacin hydroclorid) | Ciproven 10 mg/ml 10mg/ml |
| | | Cifga 500mg |
| | | Ciprofloxacin Kabi 200mg/100ml |
| 2 | Moxifloxacin | Rvmoxi 400mg/100ml |
| | | Vigamox 5mg/1ml |
| | | Tamvelier |
| 3 | Levofloxacin | Levofloxacin 250 250mg |
| | | Levanti 500mg/20ml 500mg/20ml |

2. Glucocorticoid sử dụng dài ngày

- Bệnh lý gân thường khởi phát sau ít nhất 3 tháng sử dụng glucocorticoid dạng uống hoặc dạng hít. Bệnh nhân mắc các bệnh lý tự miễn (ví dụ, viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống) sử dụng glucocorticoid đường uống dài ngày gặp nguy cơ cao hơn.

*** Thuốc hiện có tại bệnh viện**

| STT | Hoạt chất | Tên thuốc |
|-----|---|----------------------------|
| 1 | Hydrocortison | Hydrocortison 100 mg 100mg |
| 2 | Fusidic acid + hydrocortison | Corsidic H 20mg/g; 10mg/g |
| | | Fucidin H 20mg/g + 10mg/g |
| 3 | Methyl prednisolon | Methylprednisolon 16 |
| | | Methyl prednisolon 4 |
| | | Depo-Medrol 40mg/ml |
| | | Methylprednisolon 40mg |
| | | BV Medra 8 8mg |
| 4 | Calcipotriol + betamethason dipropionat | Trozimed-B 1,5mg; 15mg |
| 5 | Fusidic acid + betamethason | Fucicort 2% + 0,1% |
| 6 | Dexamethason | Dexamethasone 4mg/1ml |
| 7 | Tobramycin + dexamethason | METODEX SPS 0,3%; 0,1% |
| | | Tobradex 3mg/1ml + 1mg/1ml |

3. Dẫn chất statin

Bệnh lý gân có thể gặp khi sử dụng statin bất kỳ liều lượng nào. Thời gian khởi phát sau 8 - 10 tháng. Bệnh nhân nên ngừng sử dụng statin nếu nghi ngờ gặp bệnh lý gân. Bệnh lý gân có thể tái phát nếu tái sử dụng statin.

*** Thuốc hiện có tại bệnh viện:**

| STT | Hoạt chất | Tên thuốc |
|-----|-------------------------|----------------------------|
| 1 | Lovastatin | Lovastatin DWP 10mg |
| 2 | Amlodipin+ atorvastatin | STEFAMLOR 5/10 |
| | | Zoamco-A 5mg; 10mg |
| 3 | Crestor 10mg | Rosuvastatin |
| 4 | Simvastatin + ezetimibe | Vasitimb 10mg/20mg Tablets |

4. Thuốc ức chế aromatase

- Viêm bao gân, đặc biệt là ở tay và cổ tay, đã được phát hiện có liên quan đến sử dụng thuốc ức chế aromatase (ví dụ: anastrozol, letrozol, exemestan). Thời gian khởi phát có thể từ 2 tuần đến 19 tháng. Thời gian gần đây, đã có báo cáo về các trường hợp viêm gân và đứt gân khi sử dụng thuốc ức chế aromatase.

- Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân gặp vấn đề về gân và hạn chế vận động chi.

- Medsafe đã yêu cầu cập nhật các tờ hướng dẫn sử dụng của thuốc ức chế aromatase bổ sung thông tin về các rối loạn gân.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh lý gân do thuốc liên quan đến bốn nhóm thuốc chính

| STT | Nhóm thuốc | Đường dùng và liều lượng | Thời gian khởi phát | Vị trí |
|-----|-------------------------|--------------------------|---------------------|---|
| 1 | Dẫn chất fluoroquinolon | Bất kỳ liều lượng | Trong vòng 48h | 90% tại gân Achilles, trong đó 40% trường hợp dẫn đến đứt gân |
| 2 | Glucocorticoid | Đường uống, đường hít | ≥ 3 tháng | Gân Achilles và các gân lớn khác ở chi dưới, dẫn đến đứt gân vài năm sau khi bắt đầu sử dụng glucocorticoid |
| 3 | Dẫn chất statin | Bất kỳ liều lượng | 8 - 10 tháng | 50% tại gân Achilles, trong đó một phần ba dẫn đến đứt gân. |
| 4 | Thuốc ức chế aromatase | Chưa rõ | 2 tuần - 19 tháng | Viêm gân và bao gân ở tay và cổ tay, viêm gân, đứt gân (hiếm gặp). |

❖ **Yếu tố nguy cơ:** Các yếu tố nguy cơ gặp bệnh lý gân do thuốc gây ra bao gồm:

- Tuổi cao (do sự thoái hóa các tế bào sợi gân)
- Béo phì và vận động gắng sức
- Bệnh lý nền như các bệnh lý tự miễn và suy thận
- Đang sử dụng hai hoặc nhiều loại thuốc được biết là gây viêm gân.