

Procalcitonin (PCT)

Phác đồ sử dụng PCT trên bệnh nhân nhiễm trùng đường hô hấp dưới (LRTI) tại khoa Cấp cứu* như sau:

PCT [$\mu\text{g/L}$]

<0,1

$\geq 0,1 - < 0,25$

$\geq 0,25 - < 0,5$

$\geq 0,5$

Có nhiễm khuẩn không?

Rất ít khả năng

Ít khả năng

Có khả năng

Rất nhiều khả năng

Khuyến cáo điều trị kháng sinh

KHÔNG
kháng sinh!

Không
kháng sinh

Có
kháng sinh

CÓ
kháng sinh!

Những cân nhắc quan trọng và các tiêu chí quyết định

- Nếu không điều trị kháng sinh phải kiểm tra PCT sau 6 - 24 giờ
- Nên cân nhắc kháng sinh ban đầu trong các trường hợp:
 - Rối loạn về hô hấp và huyết động, bệnh kèm theo nặng, nhập viện vào khoa HSCC
 - **PCT < 0,1 $\mu\text{g/L}$** : CAP với điểm PSI V hoặc CUFB > 3, COPD với GOLD IV
 - **PCT < 0,25 $\mu\text{g/L}$** : CAP với điểm PSI IV & V hoặc CUFB > 2, COPD với GOLD III & IV

- Theo dõi diễn tiến của PCT
- Nếu bắt đầu điều trị kháng sinh
 - Đo lại PCT vào ngày 3, 5 và 7; ngưng kháng sinh khi đạt điểm cut-off giống như bên cạnh
 - Nếu nồng độ PCT đỉnh rất cao, sẽ ngưng kháng sinh khi PCT giảm đến 80-90% so với nồng độ đỉnh
 - Nếu PCT vẫn giữ ở mức cao; cần nghĩ đến khả năng điều trị thất bại

Công ty TNHH Roche Việt Nam
Phòng 3.3, Tầng 3, Tòa nhà e.town 2
364 Cộng Hòa, Phường 13, Quận Tân Bình
Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
ĐT +84 8 3810 1888
Fax +84 8 3810 1999
www.roche.com

* Nguồn: Schuetz P et al. BMC Med 2011, 22:9:107
© 2012 Thermo Fisher Scientific Inc. All rights reserved.

Giấy tiếp nhận hồ sơ quảng cáo số 09/2014/BYTĐT-CT, ngày 04 tháng 04 năm 2014.
Ngày 07 tháng 04 năm 2014 in tài liệu



cobas[®]

Life needs answers

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA QUẢN LÝ HEN VỚI VIỆC ÁP DỤNG BẢN KẾ HOẠCH XỬ TRÍ HEN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

NGUYỄN THÙY VÂN THẢO - BỘ MÔN NHI – ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Đặt vấn đề: Hen đang trở thành gánh nặng sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ hiện mắc đang gia tăng đáng kể. Mục tiêu điều trị hen là kiểm soát tốt hen. Các phác đồ hướng dẫn điều trị hen hiện nay đề cao vai trò của việc giáo dục bệnh nhân tự quản lý hen với bản kế hoạch xử trí hen là một thành phần quan trọng. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân hen chiếm 5% dân số, trong đó trẻ em dưới 15 tuổi chiếm 10%. Hàng năm có khoảng 3 - 4 nghìn người tử vong vì hen. Vấn đề quản lý hen vẫn còn nhiều bất cập với khoảng 65% bệnh nhân hen chưa được điều trị dự phòng dài hạn dẫn đến phải nhập viện vì cơn hen cấp, tỷ lệ hen kiểm soát tốt còn thấp, vấn đề giáo dục hen cho gia đình và bệnh nhân chưa đầy đủ và hiệu quả, chưa áp dụng chương trình giáo dục bệnh nhân tự quản lý hen và bệnh nhân hen chưa được tiếp cận bản kế hoạch xử trí hen.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của quản lý hen có áp dụng bản kế hoạch xử trí hen ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Với thiết kế hàng loạt ca tiến cứu, tất cả cha và/hoặc mẹ của trẻ 2 - <15 tuổi nhập khoa Nội tổng quát 2 – bệnh viện Nhi đồng 1 vì con hen được giáo dục về việc tự quản lý hen có lồng ghép bản kế hoạch xử trí hen và theo dõi 3 tháng liên tục sau xuất viện.

Kết quả: Dân số trẻ em trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $143,9 \pm 27,2$ tháng, đặc biệt trẻ <5 tuổi chiếm ưu thế 70%. Trong 101 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ đã có chẩn đoán hen là 46,5%. Nhóm này có tỷ lệ hen kiểm soát tốt là 73,3% và tỷ lệ tái khám hen là 93,3% lúc 3 tháng sau giáo dục. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ngừa cơn hen hàng ngày trước can thiệp là 55,5%, sau can thiệp 3 tháng là 93,7%. Tỷ lệ hít thuốc hen với buồng đệm đúng kỹ thuật trước can thiệp là 43,5%, sau 3 tháng can thiệp là 81,4%. Trước can thiệp, tất cả các trường hợp không biết tự theo dõi triệu chứng hen thông qua nhật ký hen và không biết bản kế hoạch xử trí hen, nhưng sau 3 tháng thì tỷ lệ cha mẹ tự theo dõi triệu chứng hen thông qua việc ghi nhật ký hen cho con là 82,5% và tỷ lệ cha mẹ biết cách cắt cơn hen theo bản kế hoạch xử trí hen là 52,6%.

Kết luận và kiến nghị: Sau khi giáo dục bệnh nhân tự quản lý hen có lồng ghép bản kế hoạch xử trí hen cho thấy tỷ lệ hen kiểm soát tốt, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ngừa cơn hen và tỷ lệ tái khám hen cao. Vì vậy, việc giáo dục này là cần thiết ở các đơn vị có quản lý hen.

ASSESSMENT EFFICACY OF ASTHMA MANAGEMENT WITH ASTHMA ACTION PLAN IN CHILDREN IN THE CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Asthma is recently a global health burden with significantly increasing prevalence. Well-controlled asthma is goal of treatment. Recent guidelines of asthma treatment impress role of education of asthma self-management with asthma action plan is one of the most important components. In Vietnam, asthma patients account for 5% of the population and children under 15 years-old account for 10% of those. Every year, number of patients died from asthma is about 3 – 4 thousand of people. Asthma management is still insufficient with about 65% of asthma patients without long-term treatment and they have to admit to hospital due to exacerbation, low rate of well-control asthma, insufficiency of asthma education, no education of asthma self-management.

Objective: To assess efficacy of asthma management with asthma action plan in children.

Patients and method: In prospective case series design, parents of inpatients 2 – <15 years old admitted to the General medicine Department 2 of the children's hospital 1 because of asthma exacerbation were educated about self-management of asthma with asthma action plan and followed – up within 3 months after discharge.

Results: Mean age is 143.9 ± 27.2 months, especially children <5 years old are in a majority (70%). Among total of 101 children, rate of patients with past history of asthma are 46.5%. This group has rate of well-controlled asthma is 73.3% and rate of monitoring visit is 93.3% after 3 months of intervention. Before intervention, rate of daily using of long-term control medications is 55.5% and is 93.7% after 3 month of intervention. Rate of correct using of inhaler device is 43.5% before intervention and is 81.4% after 3 month of intervention. Before intervention, all of cases in the study don't know to self-monitor of their children's symptoms with asthma diary and about the asthma action plan, but rate of self-monitoring of symptoms with asthma diary is 82.5% and rate of parents knowing how to relief the asthma exacerbation by asthma action plan is 52.6%.

Conclusion: After of education of self-management with asthma action plan showed that rate of well-controlled asthma, rate of daily using of long-term control medications and rate of monitoring visit are high in children with asthma. So that, it's necessary to applicate it in units having asthma management.

Key words: asthma, asthma action plan, self-management of asthma.

NITRIC OXIDE VÀ BỆNH LÝ HÔ HẤP: KỸ THUẬT HIỆN TẠI VÀ CÁC PHƯƠNG HƯỚNG TƯƠNG LAI

GS/TS ĐINH XUÂN ANH TUẤN
BV COCHIN, ĐẠI HỌC PARIS DESCARTES, PHÁP

Nitric oxide (NO) là chất khí sinh học có vai trò sinh lý học lâu đời hơn cả khí oxygen [1]. Với đặc tính hóa học này, NO – vừa được sử dụng ở dạng hít vào và vừa có thể phát hiện trong khí thở ra ở bệnh nhân [2]. Hai mươi năm sau ấn bản đầu tiên của Gustafsson và cộng sự [3], việc đo nồng độ khí NO trong khí thở ra (FeNO) đã trở thành một phương pháp định lượng tình trạng viêm đường hô hấp không xâm lấn đang được sử dụng ngày càng rộng rãi tại các bệnh viện lớn [4, 5]. Trong khoảng 20 năm qua, có gần 3300 bài báo về khí NO được đăng tải trên Pubmed [6], trong đó có gần 2100 bài báo liên quan đến đo NO trong khí thở ra ở bệnh hen [7]. Hai hiệp hội hàng đầu thế giới về hô hấp là Hội lồng ngực Hoa Kỳ (American Thoracic Society – ATS) và Hội Hô hấp Châu Âu (European Respiratory Society – ESR) bao gồm các bác sĩ hô hấp, các nhà dị ứng học, nhà sinh lý học và bác sĩ hô hấp nhi, đã ấn bản những khuyến cáo đầu tiên liên quan đến NO từ năm 1997. Từ đó, các khuyến cáo đã liên tục được cập nhật, cho thấy tiềm năng rất lớn của phương pháp đo này trong các bệnh lý hô hấp.

So với các phương pháp thăm dò chức năng hô hấp hiện tại, thì phép đo NO trong khí thở ra có nhiều ưu điểm rõ rệt hơn nhưng không vì thế mà có khuynh hướng thay thế chúng. Không xâm lấn cho bệnh nhân, dễ thực hiện cho nhân viên y tế (kỹ thuật viên đo chức năng hô hấp và/hoặc bác sĩ), phép đo NO trong khí thở ra là phép đo duy nhất có ưu điểm không xâm lấn và có thể lặp lại nhiều lần để phát hiện viêm đường dẫn khí. Phép đo này hỗ trợ chẩn đoán hen và cho phép dễ dàng xác định kiểu hình hen tốt hơn, đặc biệt là liên quan với khả năng nhạy cảm với điều trị corticosteroid. Do đó, hen là bệnh lý được quan tâm đến nhiều nhất khi nói đến phép đo NO vì nhờ tần suất bệnh hen, cơ chế sinh lý bệnh chủ yếu là viêm mạn tính đường dẫn khí và được điều trị chủ yếu bằng corticoid (hít hoặc uống). Các bệnh lý khác cũng có liên quan và làm thay đổi sự sản xuất NO ở phổi, nhưng tần suất bệnh hiếm gặp hơn, như: bệnh xơ nang [11], rối loạn hoạt động nhung mao [12] và bệnh phổi mô kẽ gây ra do xơ cứng bì toàn thân [13, 14]. Các nghiên cứu đánh giá phép đo NO trong khí thở ra trong các bệnh lý này, mặc dù đang gia tăng về số lượng, sẽ không được phân tích trong bài viết này mà bài viết chủ yếu tập trung vào vai trò của phép đo NO trong khí thở ra ở bệnh nhân hen.

NITRIC OXIDE AND RESPIRATORY DISEASE: STATE OF THE ART AND FUTURE DIRECTIONS.

**ANH TUAN DINH-XUAN, MD, PHD
COCHIN HOSPITAL, PARIS DESCARTES UNIVERSITY, FRANCE**

Nitric oxide (NO) is a biogas whose physiological role is probably older than that of oxygen [1], which is - due to its chemical nature - both inhaled and detectable in patient exhaled breath [2]. Twenty-two years after the first publication of Gustafsson et al. [3], the measurement of exhaled NO is now a test commonly used by an increasing number of hospital departments for the non-invasive detection and quantification of airway inflammation [4, 5]. For more than 20 years, almost 3,300 articles listed on Pubmed [6] have been published on this topic, including more than 2100 articles dedicated to the contribution of exhaled NO in asthma [7]. The two main international learned societies bringing together pulmonologists, allergists, physiologists and pediatric pulmonologists (the American Thoracic Society (ATS) and the European Respiratory Society (ERS)) have published the first recommendations in 1997 [8]. Since then, these recommendations have been regularly updated [9,10], showing the interest of this method in lung inflammatory diseases.

Compared to existing pulmonary function tests, NO measurement in exhaled breath has clear advantages, without being intended to replace them. Non-invasive for the patient, easy to perform for the healthcare staff (pulmonary function test technician and/or physician), NO measurement in exhaled breath is the only non-invasive and reproducible test allowing detecting airway inflammation. It supports the diagnosis of asthma and enables better phenotyping asthmatic patients, in particular regarding their responsiveness to gluco-corticosteroid. Asthma is therefore the main disease for which measuring NO in exhaled breath is of interest, due to its prevalence, the pathophysiological importance of the airway inflammation and the major therapeutic role of glucocorticoids (inhaled and oral) used in its management. Other much rarer diseases are also concerned, including cystic fibrosis [11], primary ciliary dyskinesia [12] and interstitial involvement in systemic sclerosis [13,14], which are also associated with changes in pulmonary NO production. Studies assessing NO measurement in exhaled breath in these diseases, although increasingly numerous, will not be analyzed in this talk which will solely be focused on the contribution of NO measurement in exhaled breath of asthmatic patients.

REFERENCES :

1. Pagnier J, Baudin-Creuzat V, Marden MC. La désoxygénation du milieu ambiant était-elle la fonction première de l'hémoglobine ? *Med Sci (Paris)* 2000; 16: 961-3.
2. Thébaud B, Arnal JF, Mercier JC, Dinh-Xuan AT. Inhaled and exhaled nitric oxide. *Cell Mol Life Sci* 1999; 55: 1103-12.
3. Gustafsson LE, Leone AM, Persson MG, Wiklund NP, Moncada S. Endogenous nitric oxide is present in the exhaled air of rabbits, guinea pigs and humans. *Biochem Biophys Res Commun* 1991; 181: 852-7.
4. Delclaux C, Dinh-Xuan AT. Art – et artefacts – de la mesure du NO expiré dans l'asthme. *Rev Mal Respir* 2005; 22: 209-11.
5. Dinh-Xuan AT, Texereau J. Measuring exhaled NO: not only a matter of how – but also why – should we do it? *Eur Respir J* 1998; 12: 1005-7.
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=exhaled%20nitric%20oxide> (consulté le 16 juillet 2014)
7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=exhaled%20nitric%20oxide%20asthma> (consulté le 16 juillet 2014)
8. Kharitonov S, Alving K, Barnes PJ. Exhaled and nasal nitric oxide measurements: recommendations. The European Respiratory Society Task Force. *Eur Respir J* 1997; 10: 1683-93.
9. American Thoracic Society; European Respiratory Society. ATS/ERS recommendations for standardized procedures for the online and offline measurement of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide, 2005. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 912-30.
10. Dweik RA, Boggs PB, Erzurum SC, Irvin CG, Leigh MW, Lundberg JO, Olin AC, Plummer AL, Taylor DR; American Thoracic Society Committee on Interpretation of Exhaled Nitric Oxide Levels (FENO) for Clinical Applications. An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *Am J Respir Crit Care Med* 2011; 184:602-15.
11. de Winter-de Groot KM, van der Ent CK. Nitric oxide in cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2005; 4 (Suppl 2): 25-9.
12. Walker WT, Jackson CL, Lackie PM, Hogg C, Lucas JS. Nitric oxide in primary ciliary dyskinesia. *Eur Respir J* 2012; 40: 1024-32.

13. Tiev KP, Cabane J, Aubourg F, Kettaneh A, Ziani M, Mouthon L, Duong-Quy S, Fajac I, Guillevin L, Dinh-Xuan AT. Severity of scleroderma lung disease is related to alveolar concentration of nitric oxide. *Eur Respir J* 2007; 30: 26-30.
14. Tiev KP, Hua-Huy T, Kettaneh A, Allanore Y, Le-Dong NN, Duong-Quy S, Cabane J, Dinh-Xuan AT. Alveolar concentration of nitric oxide predicts pulmonary function deterioration in scleroderma. *Thorax* 2012; 67: 157-63.

Sporal Thuốc kháng nấm đường uống phổ rộng

Itraconazole 100mg

✓ Sản phẩm của Janssen Cilag thuộc tập đoàn Johnson & Johnson

✓ Có thể sử dụng cho trường hợp nấm phụ khoa không thể đặt thuốc

NẤM MÓNG

Phác đồ **Tuần**:
200mg, 2 lần/ngày / 7 ngày

TAY		CHÂN	
Tuần 1 / Ngày	Tuần 1 / Ngày	Tuần 6	} không dùng thuốc
Tuần 2 } không dùng thuốc	Tuần 2 } không dùng thuốc	Tuần 7	
Tuần 3 } không dùng thuốc	Tuần 3 } không dùng thuốc	Tuần 8	
Tuần 4	Tuần 4	Tuần 9 / Ngày	
Tuần 5 / Ngày	Tuần 5 / Ngày		

NẤM NGOÀI DA, NIÊM MẠC

Nấm ngoài da	200mg, 1 lần/ngày 100mg, 1 lần/ngày	7 ngày 15 ngày
Nấm ở lòng bàn chân, lòng bàn tay	200mg, 2 lần/ngày 100mg, 1 lần/ngày	7 ngày 30 ngày
Lang ben	200mg, 1 lần/ngày	7 ngày
Nấm Candida ở miệng	100mg, 1 lần/ngày	15 ngày

NẤM PHỤ KHOA

LIỆU TRÌNH 1 NGÀY DUY NHẤT
Sáng **2** viên, chiều **2** viên ngay sau khi ăn

LIỆU TRÌNH 3 NGÀY
Ngày **1** lần, **2** viên ngay sau khi ăn

Hiệu quả với Candida albicans và Non-albicans

Liều dùng ngắn hạn, 1 - 3 ngày

NẤM GIÁC MẠC MẮT

Chỉ cần **2** viên **1** ngày trong vòng **21** ngày

200mg, 1 lần/ngày, 21 ngày

Tác dụng trên cả Aspergillus và Candida

NẤM NỘI TẠNG

Aspergillus	200mg, 1 lần/ngày	2-5 tháng
Aspergillus	200mg, 1 lần/ngày	2-5 tháng
Candida	100 - 200mg, 1 lần/ngày	3 tuần-7 tháng
Cryptococcus (ngoài màng não)	200mg, 1 lần/ngày	2 tháng -1 năm
Cryptococcus (viêm màng não)	200mg, 2 lần/ngày	2 tháng -1 năm

Tăng liều lên 200mg, 2 lần mỗi ngày, trong trường hợp xâm nhiễm hoặc tái phát

Sporal

Itraconazole 100mg

Thuốc kháng nấm đường uống phổ rộng

Tài liệu tham khảo:
Thông tin kê toa



Tài liệu gồm có 2 trang. Thông tin chi tiết về sản phẩm xin xem trang 2
Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục QLD-BYT:...../QLD-TT, ngày/.... Ngày in tài liệu:/.....
VPĐD tại T.P HCM: Tòa nhà Harbour View Tower, 35 Nguyễn Huệ, Q1-Tel: (08) 3821 4828; Fax: (08) 3821 4827
VPĐD tại Hà Nội: Tòa nhà International Central, 17 Ngô Quyền - Tel: (04) 3936 3323; Fax: (04) 3936 3326
Tài liệu này chỉ sử dụng một lần cho NVYT tại hội nghị thường niên
Hội hồ Hấp TP.HCM ngày 12 tháng 3 năm 2016 tại Vũng Tàu.

Thuốc kháng nấm đường uống phổ rộng

Liều điều trị nấm nội tạng thay đổi tùy theo loại vi nấm nhiễm

Thời gian điều trị nên được điều chỉnh tùy theo đáp ứng lâm sàng

Chỉ định	Liều	Điều trị trung bình 2 tháng-1 năm	Ghi chú
Nhiễm Histoplasma	200mg, 1-2 lần/ngày	8 tháng	
Nhiễm Blastomyces dermatitidis	100mg, 1 lần/ngày 200mg, 2 lần/ngày	6 tháng	
Nhiễm Sporothrix Schenckii ở da và hạch bạch huyết da	100mg, 1 lần/ngày	3 tháng	
Nhiễm Para-coccidioides brasiliensis	100mg, 1 lần/ngày	6 tháng	Chưa có dữ liệu về hiệu quả của Sporal với liều này trong điều trị nhiễm Paracoccidioides ở bệnh nhân AIDS
Chromomycosis (Nhiễm Cladosporium, Fonsecaea)	100-200mg, 1 lần/ngày	6 tháng	

THÀNH PHẦN : Itraconazole 100mg/ viên. **CHỈ ĐỊNH**: Candida âm đạo - âm hộ; nhiễm nấm ngoài da, lang ben, nhiễm nấm Candida ở miệng, viêm giác mạc mắt do nấm; nấm móng do dermatophyte và/hoặc nấm men, nấm nội tạng. **LIỀU VÀ CÁCH DÙNG**: Chi tiết về liều dùng xin xem trang 1 và trang 2. Để đạt sự hấp thu tối đa, uống Sporal ngay sau khi ăn no và nên được uống trọn một lần. Thời gian điều trị nên được điều chỉnh tùy theo đáp ứng lâm sàng. **Sử dụng cho trẻ em**: không nên dùng Sporal cho trẻ em trừ khi lợi ích điều trị cao hơn nguy cơ có thể xảy ra. **Sử dụng cho người lớn tuổi**: Chỉ nên sử dụng Sporal khi xác định lợi ích điều trị cao hơn hẳn nguy cơ có thể xảy ra. **Sử dụng cho bệnh nhân suy gan/suy thận**: nên thận trọng khi sử dụng cho các đối tượng này. Cần nhắc chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**: Quá mẫn với Itraconazole hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc. Astemizole, cisapride, dofetilide, levacetylmethadol (Levo- methadyl), mizolastine, pimozide, quinidine, sertindole, terfenadine là chống chỉ định dùng chung với Sporal vì khi dùng chung có thể làm tăng nồng độ các thuốc này trong huyết tương, kết quả là kéo dài đoạn QT và trường hợp hiếm xảy ra xoắn đỉnh. Các thuốc chống chỉ định dùng chung với Sporal khác: lovastatin và simvastatin; triazolam và midazolam uống; dihydroergotamine, ergometrine (ergonovine), ergotamine và methylergometrine (methylegonovine); Nisoldipine. Bệnh nhân có bằng chứng bị rối loạn chức năng tâm thất như suy tim sung huyết (CHF) hoặc có tiền sử bị CHF ngoại trừ trường hợp có nguy hại đến tính mạng hoặc bị nhiễm trùng nặng. Phụ nữ có thai (ngoại trừ những trường hợp đe dọa tính mạng). **CHÚ Ý VÀ THẬN TRỌNG**: Sporal có liên quan đến những báo cáo suy tim sung huyết. Suy tim thường được báo cáo ở nhóm bệnh nhân dùng tổng cộng 400 mg/ngày hơn nhóm dùng liều thấp. Không nên dùng Sporal ở những bệnh nhân bị suy tim sung huyết hoặc có tiền sử suy tim sung huyết trừ khi lợi ích điều trị cao hơn nguy cơ. Bệnh thiếu máu cục bộ và bệnh van tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; suy thận và các rối loạn phù nề khác. Cần thận trọng khi sử dụng đồng thời itraconazole và thuốc chẹn kênh calci vì làm gia tăng nguy cơ suy tim sung huyết (CHF). Ở những bệnh nhân bị giảm acid dạ dày (do bệnh hoặc do thuốc dùng chung) nên uống viên nang Sporal với đồ uống có tính acid (như nước giải khát cola). Nên theo dõi hoạt tính kháng nấm và tăng liều khi cần. Nên giám sát chức năng gan ở bệnh nhân điều trị với Sporal. Bệnh nhân nên được hướng dẫn phải báo ngay cho bác sỹ những dấu hiệu và triệu chứng gợi ý viêm gan như biếng ăn, buồn nôn, nôn, mệt mỏi, đau bụng hoặc nước tiểu sậm màu. Nên ngưng điều trị ngay những bệnh nhân này và theo dõi chức năng gan. Không khuyến khích điều trị Sporal ở những bệnh nhân có tăng hoặc bất thường men gan hoặc bệnh gan đang tiến triển hoặc đã bị nhiễm độc gan với các thuốc khác trừ khi lợi ích điều trị cao hơn nguy cơ có thể xảy ra. Nên cân nhắc việc chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận. Khả dụng sinh học của sporal (uống) có thể giảm ở một số bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Sporal không được khuyến khích cho điều trị khởi đầu bệnh nhân nhiễm nấm nội tạng đe dọa tính mạng. Cần thận trọng điều trị sporal cho những bệnh nhân nhạy cảm với các thuốc thuộc nhómazole khác. Nên cân nhắc điều trị duy trì sporal ở các bệnh nhân AIDS khi nhiễm nấm nội tạng và những bệnh nhân có nguy cơ tái phát. Nếu xảy ra bệnh lý thần kinh, mất thính giác trong khi điều trị itraconazole, nên ngưng điều trị. Không khuyến cáo sử dụng thay thế lẫn nhau giữa Sporal viên nang và Sporanox dung dịch uống. **TƯƠNG TÁC THUỐC**: **Các thuốc có thể làm giảm nồng độ itraconazole trong huyết tương**: Thuốc trung hòa acid như hydroxid nhôm, thuốc đối kháng thụ thể H2 và ức chế bơm proton, isoniazid, rifabutin, rifampicin, carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, efavirenz, nevirapine. **Các thuốc có thể làm tăng nồng độ itraconazole trong huyết tương**: ciprofloxacin, clarithromycin, erythromycin, darunavir, fosamprenavir, ritonavir, indinavir. **Chống chỉ định dùng chung các thuốc sau với itraconazole đến 2 tuần sau khi ngừng điều trị với itraconazole**: levacetylmethadol (levomethadyl), methadone, disopyramide, dofetilide, dronedarone, quinidine, halofantrine, astemizole, mizolastine, terfenadine, ergot alkaloids, như dihydroergotamine, ergometrine (ergonovine), ergotamine, methylergometrine (methylegonovine), irinotecan, lurasidone, midazolam uống, pimozide, sertindole, triazolam, bepridil, felodipine, lercanidipine, nisoldipine, ivabradine, ranolazine, eplerenone, cisapride, lovastatin, simvastatin, colchicine ở những bệnh nhân suy gan hoặc suy thận. **Không khuyến cáo sử dụng các thuốc sau trong và đến 2 tuần sau khi ngừng điều trị với itraconazole**: tamsulosin, fentanyl, rifabutin, rivaroxaban, carbamazepine, dasatinib, nilotinib, trabectedin, aliskiren, everolimus, salmeterol, vardenafil, colchicine. **Theo dõi cẩn thận các thuốc sau khi được dùng chung với itraconazole**: alfentanil, buprenorphine IV, oxycodone, digoxin, coumarins, cilostazole, dabigatran, repaglinide, saxagliptin, praziquantel, ebastine, eletriptan, bortezomib, busulphan, docetaxel, erlotinib, ixabepilone, lapatinib, trimetrexate, vinca alkaloids, alprazolam, aripiprazole, brotizolam, buspirone, haloperidol, midazolam IV, perospirone, quetiapine, ramelteon, risperidone, maraviroc, indinavir, ritonavir, saquinavir, nadolol, các dihydropyridines khác, bao gồm verapamil, aprepitant, domperidone, budesonide, ciclesonide, cyclosporine, dexamethasone, fluticasone, methylprednisolone, rapamycin (cũng được biết đến là sirolimus), tacrolimus, temsirolimus, atorvastatin, reboksetine, fesoterodine. imidafenacin, sildenafil, solifenacin, tadalafil, tolterodine, alitretinoin (dạng uống), cinacalcet, mozavaptan, tolvaptan. **Các thuốc có thể giảm nồng độ trong huyết tương do itraconazole**: meloxicam. **PHỤ NỮ CÓ THAI**: Không sử dụng cho phụ nữ có thai ngoại trừ những trường hợp đe dọa đến tính mạng mà đã được cân nhắc giữa lợi ích điều trị cao hơn nguy cơ có hại cho bào thai. **PHỤ NỮ TRONG TUỔI SINH ĐẺ**: Nên ngừa thai trong khi dùng Sporal. **CHO CON BÚ**: Chỉ có một lượng nhỏ itraconazole tiết trong sữa mẹ. Vì vậy nên cân nhắc giữa lợi ích điều trị bằng Sporal với nguy cơ tiềm tàng ở phụ nữ đang cho con bú. Trong trường hợp nghi ngờ bệnh nhân không được cho con bú. **ẢNH HƯỞNG TRÊN KHẢ NĂNG LÁI XE VÀ ĐIỀU KHIỂN MÁY MÓC**: Có thể xảy ra phản ứng bất lợi như chóng mặt, rối loạn thị giác và mất thính lực. **TÁC DỤNG NGOẠI Ý**: **Trong thử nghiệm lâm sàng**: Xảy ra ở $\geq 1\%$ bệnh nhân: Đau đầu; buồn nôn, đau bụng. Xảy ra $< 1\%$ bệnh nhân: Viêm mũi, viêm xoang, nhiễm khuẩn đường hô hấp, giảm bạch cầu, quá mẫn, rối loạn vị giác, giảm cảm giác, dị cảm, ù tai, táo bón, tiêu chảy, chóng ăn không tiêu, đầy hơi, nôn, rối loạn chức năng gan, tăng bilirubin huyết, ngứa, phát ban, nổi mề đay, tiểu rắt, rối loạn cương dương, rối loạn kinh nguyệt, phù. Trên bệnh nhân nhi (1-17 tuổi): **Phổ biến**: đau đầu, nôn, đau bụng, tiêu chảy, bất thường chức năng gan, hạ huyết áp, buồn nôn, nổi mề đay. **Sau khi đưa thuốc ra thị trường**: **Rất hiếm**: Bệnh huyết thanh, phù nề loạn thần kinh mạch, phản ứng phản vệ, tăng triglyceride máu, rối loạn tầm nhìn (bao gồm nhìn đôi và nhìn mờ), mất thính lực tạm thời hoặc vĩnh viễn, suy tim sung huyết, khó thở, viêm tụy, nhiễm độc gan nặng (bao gồm suy gan cấp tính gây tử vong), hoại tử biểu bì nhiễm độc, hội chứng Steven-Johnson, mụn mủ ngoại ban lan tỏa cấp tính, ban đỏ đa dạng, viêm da tróc vảy, viêm mạch hủ bạch cầu, rụng tóc, nhạy cảm với ánh sáng, tăng creatinine phosphokinase huyết. **SX BỞI**: Olic (Thailand) Limited – 166 bangpa-In Industrial Estate Udomsorayuth Road, Bangkrasan, bangpa_In, Ayutthaya, Thái Lan. **Nhà phân phối**: Vimedimex Bình Dương, số 18L1-2 VSIP 2, đường số 3, KCN VSIP 2, Thủ Dầu 1, Bình Dương. **Đóng gói**: Viên nang màu hồng và xanh. Chứa 100mg itraconazole dưới dạng vi nang, ví có 4 viên. **Đọc kỹ hướng dẫn trước khi dùng**.

TÓM TẮT BÀI BÁO CÁO

TÁC NHÂN GÂY VIÊM PHỔI KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH BAN ĐẦU Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI KHOA NỘI TỔNG QUÁT 2 BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

BÙI LÊ HỮU BÍCH VÂN*, PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM**, PHẠM HÙNG VÂN***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tác nhân gây viêm phổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu ở trẻ 2- 59 tháng tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 32 trẻ 2- 59 tháng tuổi viêm phổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu nhập viện khoa Nội Tổng Quát 2 Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 12/2014 đến tháng 05/2015.

Kết quả: Trong 32 trẻ tham gia nghiên cứu có 46,9% trẻ <12 tháng tuổi. Đa số các trẻ là giới nam, chưa chủng ngừa phế cầu, có tiền căn viêm phổi, bị suy hô hấp và tổn thương 2 bên trên phim X- Quang phổi. Tỷ lệ PCR NTA dương tính là 87,5% (bao gồm tác nhân vi khuẩn và siêu vi, cả đơn nhiễm và đồng nhiễm) cao hơn tỷ lệ cấy NTA dương tính là 25% (đơn nhiễm vi khuẩn). Trong nhóm vi khuẩn, *Streptococcus pneumoniae* chiếm tỷ lệ cao nhất (65,6%), kế đến là *Mycoplasma pneumoniae* (18,8%). Trong nhóm siêu vi, Parainfluenza virus 3 phân lập được nhiều nhất (12,5%). Các vi khuẩn phân lập được còn nhạy với ciprofloxacin, vancomycin, imipenem và polymyxin B.

Kết luận: *Streptococcus pneumoniae* và *Mycoplasma pneumoniae* là 2 tác nhân phân lập được nhiều nhất ở trẻ viêm phổi 2- 59 tháng tuổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu.

Từ khóa: Viêm phổi không đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu

* ThS. BS. Bùi Lê Hữu Bích Vân – báo cáo viên

** PGS. TS. BS. Phan Hữu Nguyệt Diễm – Giảng viên Bộ môn Nhi ĐH Y Dược TP.HCM

*** TS. BS. Phạm Hùng Vân – Phòng xét nghiệm Nam Khoa Biotek

ABSTRACT

ETIOLOGY OF PNEUMONIA WHICH NONRESPONDS WITH EMPIRICAL ANTIBIOTICS IN CHILDREN UNDER THE AGE OF FIVE AT GENERAL MEDICINE & RESPIROLOGY DEPARTMENT IN CHILDREN HOSPITAL N^o1

BUI LE HUU BICH VAN, PHAN HUU NGUYET DIEM, PHAM HUNG VAN*****

Objectives: Describe the etiology of pneumonia which nonresponds with empirical antibiotics in children from 2- 59 months old.

Method: We conducted a case series study of 32 pneumonia patients from 2- 59 months old which nonrespond with empirical antibiotics at General Medicine and Respiriology Department in Children Hospital N^o1 from 12/2014 to 05/2015.

Results: Among 32 cases, there were 46.9% cases under 12 months old. Most of cases were males, didn't get pneumococcal vaccine, had a history of pneumonia, suffered from respiratory failure and had two-sided chest radiographic findings. On nasotracheal aspirate samples, culture identified a bacterial pathogen in only 8 patients (25%), with the addition of real-time PCR, causative pathogens (bacterial, viral) were isolated singly or as co-infections in 28 children (87.5%). The most popular bacterial organism was *Streptococcus pneumoniae* (65.6%) followed by *Mycoplasma pneumoniae* (18.8%), and the commonest identified virus was Parainfluenza virus 3 (12.5%). Most bacteria isolated were sensitive with ciprofloxacin, vancomycin, imipenem and polymyxin B.

Conclusion: *Streptococcus pneumoniae* and *Mycoplasma pneumoniae* are the most seen etiology of pneumonia which nonresponds with empirical antibiotics in children from 2- 59 months old.

Keyword: Pneumonia which nonresponds with empirical antibiotics.

** University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

*** Nam Khoa Biotek Laboratory

GIẢI PHÁP

cho nhiễm khuẩn
Tai Mũi Họng & Hô Hấp



pms-Claminat[®]
Amoxicillin | Acid Clavulanic

Lựa chọn hiệu quả trong **ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN**



pms-BACTAMOX

Amoxicillin | Sulbactam



COMBIVENT® UDV

Ipratropium + Salbutamol

Giãn phế quản hiệu quả với dạng kết hợp

•Giãn phế quản mạnh hơn so với từng hoạt chất riêng rẽ ⁽³⁾

•Không làm tăng tác dụng phụ ⁽³⁾

•Tiện lợi trong sử dụng với dạng bào chế lọ đơn liều (UDV)



THÔNG TIN KÊ TOA

Thành phần: Một lọ đơn liều (2,5ml) dung dịch xông chứa 0,5mg ipratropium bromide khan và 2,5mg salbutamol. Tá dược: sodium chloride, hydrochloric acid, nước.

Đặc tính: Ipratropium bromide tác dụng kháng cholinergic, dạng hít tác dụng tại phổi, không gây tác dụng toàn thân. Salbutamol sulphate có tác dụng chọn lọc trên hệ giao cảm beta 2 gây giãn toàn bộ cơ trơn khí phế quản. Nghiên cứu đối chứng ở những bệnh nhân có thắt phế quản đã chứng minh rằng Combivent lọ đơn liều có tác dụng giãn phế quản mạnh hơn từng thành phần chứa trong lọ đồng thời không làm tăng tác dụng phụ. **Chỉ định:** Combivent lọ đơn liều được chỉ định trong điều trị có thắt phế quản có hồi phục liên quan đến bệnh tắc nghẽn đường hô hấp ở những bệnh nhân cần điều trị nhiều hơn một thuốc giãn phế quản. **Liều lượng và cách sử dụng:** COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung dưới dạng lọ đơn liều có thể sử dụng cùng với máy khí dung thích hợp hoặc bằng máy thở áp lực dương ngắt quãng. Liều dùng cho người lớn và thanh thiếu niên trên 12 tuổi: Điều trị cơn cấp tính: 1 lọ đơn liều thường là đủ để cắt cơn nhanh chóng trong đa số trường hợp. Trong những trường hợp nặng, nếu không cắt cơn được với một lọ đơn liều, có thể cần dùng đến 02 lọ đơn liều. Trong những trường hợp này, bệnh nhân nên hỏi ý kiến bác sĩ hoặc ngay lập tức đến bệnh viện gần nhất. Điều trị duy trì: 1 lọ đơn liều, 03 đến 04 liều mỗi ngày. **Hướng dẫn sử dụng:** Lọ thuốc đơn liều chỉ được dùng để hít với dụng cụ thích hợp, không được uống hoặc dùng theo các đường khác. Vì lọ thuốc đơn liều không có chất bảo quản, nên cần dùng ngay dung dịch thuốc sau khi mở và các lọ thuốc mới chỉ được dùng cho mỗi lần để tránh nhiễm khuẩn. Nên loại bỏ những lọ thuốc đã dùng 01 phần, đã mở hoặc hư hỏng. Tuyệt đối không được trộn dung dịch COMBIVENT với các thuốc khác trong cùng một dụng cụ khí dung. Cách dùng: chuẩn bị dụng cụ khí dung để nạp thuốc; tách rời một lọ đơn liều từ vỉ; mở lọ đơn liều bằng cách vặn mạnh đầu trên của lọ thuốc; ép mạnh thân lọ để thuốc chảy vào bầu khí dung. Sau đó, lắp dụng cụ khí dung và sử dụng theo đúng hướng dẫn. Sau khi dùng, loại bỏ phần thuốc còn lại trong bầu khí dung và làm sạch dụng cụ khí dung theo hướng dẫn của nhà sản xuất. **Chống chỉ định:** Bệnh cơ tim tắc nghẽn phì đại, loạn nhịp nhanh. Quá mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc, Atropine hoặc dẫn xuất của Atropine. **Thận trọng và cảnh báo:** Phản ứng quá mẫn (mày dầy, phù mạch, phát ban, co thắt phế quản và sưng hầu họng) ngay lập tức có thể xuất hiện sau khi dùng COMBIVENT dung dịch dùng cho khí dung nhưng hiếm xảy ra. Đã có báo cáo riêng rẽ của biến chứng tại mắt (giãn đồng tử, tăng áp lực nội nhãn, glaucoma góc hẹp, đau mắt) khi bị Ipratropium dạng khí dung dùng một mình hay kết hợp với chất chủ vận Beta 2 adrenergic bắn vào mắt. Đau mắt hoặc khó chịu ở mắt, nhìn mờ, đỏ hờang quang hoặc nhìn hình ảnh bị nhuộm màu kết hợp với đỏ mắt do xung huyết kết mạc hay phù giác mạc có thể là dấu hiệu của glaucoma góc hẹp cấp. Cần điều trị bằng các thuốc nhỏ mắt có đồng tử và tham khảo ý kiến bác sĩ nếu có kết hợp phát triển các triệu chứng trên. Bệnh nhân phải được hướng dẫn sử dụng đúng cách COMBIVENT lọ đơn liều. Cần thận, Tránh để thuốc tiếp xúc với mắt. Khuyến cáo phải dùng ống ngậm khi xông khí dung, nếu không có phải dùng mặt nạ khí dung thích hợp. Những bệnh nhân có tiền sử tăng nhãn áp cần được cảnh báo để tránh thuốc vào mắt. Cần cần nhắc lợi ích/nguy cơ khi dùng COMBIVENT trong các trường hợp sau, đặc biệt khi liều cao hơn liều khuyến cáo: Bệnh tiểu đường chưa được kiểm soát tốt, nhồi máu cơ tim mới xảy ra, rối loạn tim mạch có tổn thương thực thể trầm trọng, cường giáp, u tế bào ưa crôm, nguy cơ glaucoma góc hẹp, phì đại tuyến tiền liệt hay hẹp cổ bàng quang. Đã có một vài bằng chứng từ dữ liệu hậu marketing và trong y văn về hiếm xảy ra nhồi máu cơ tim liên quan đến Salbutamol. Nên cảnh báo các bệnh nhân mắc bệnh tim nặng (thiếu máu cục bộ, loạn nhịp nhanh hoặc suy tim nặng) mà đang dùng Salbutamol điều trị bệnh đường hô hấp hỏi ý kiến bác sĩ nếu họ bị đau ngực hoặc các triệu chứng khác của tình trạng bệnh tim xấu đi. Khi điều trị với chất chủ vận Beta 2 có thể dẫn đến giảm kali huyết. Những bệnh nhân bị xo hóa nang có thể có rối loạn nhu động dạ dày - ruột. Trường hợp khó thở cấp cần hỏi ý kiến Bác sĩ ngay lập tức. **Tương tác thuốc:** Dùng đồng thời Combivent với các dẫn xuất nhóm Xanthin cũng như các thuốc tác dụng trên beta - Adrenergic và thuốc kháng Cholinergic khác có thể làm tăng các tác dụng phụ. Cần theo dõi chặt chẽ Kali máu của bệnh nhân đang dùng Digoxin. Tác dụng giãn phế quản của Combivent có thể giảm đáng kể khi dùng đồng thời với các thuốc chẹn beta và tăng ở bệnh nhân đang điều trị với các chất ức chế MAO hoặc chất chống trầm cảm loại 3 vòng. **Thai kỳ và cho con bú:** Cần thận trọng khi sử dụng Combivent ở phụ nữ có thai, đặc biệt là trong 3 tháng đầu của thai kỳ. Tác dụng ức chế sự co bóp tử cung của Combivent cũng nên được lưu ý. Salbutamol sulphate và Ipratropium bromide có thể bài tiết qua sữa mẹ và những tác dụng của chúng trên bào thai vẫn còn chưa được xác định, do đó cần thận trọng khi sử dụng Combivent ở phụ nữ đang cho con bú. **Quá liều:** Triệu chứng: Các ảnh hưởng quá liều thường liên quan chính đến Salbutamol: nhịp tim nhanh, da đỏ bừng, run, rùng mình, tăng huyết áp, tụt huyết áp, tăng áp lực mạch, đau thắt ngực, loạn nhịp tim và nóng bừng mặt. Các triệu chứng quá liều liên quan đến Ipratropium: khô miệng, rối loạn điều tiết mắt... thường nhẹ và thoáng qua do bản chất của phạm vi điều trị rộng và dùng tại chỗ. Điều trị: Dùng thuốc ngủ, thuốc an thần, trong trường hợp nặng cần điều trị tích cực. Dùng các thuốc chẹn Beta, ưu tiên chọn lọc trên Beta 1 có thể xem như chất đối kháng đặc hiệu, tuy nhiên, có thể gây tắc nghẽn phế quản, do đó nên điều chỉnh liều cẩn thận ở những bệnh nhân hen phế quản. **Quy cách đóng gói:** Lọ đơn liều chứa dung dịch dùng cho khí dung. Hộp 10 lọ 2,5ml dung dịch dùng cho khí dung. **Nhà sản xuất:** Laboratoire UNIT HER 10 rue André Dorouchez, 80084 Amiens Cedex 2, Pháp. **Nhà phân phối chính:** CTY Cổ phần Y Dược Phẩm Việt Nam (Vimedimex) - 246 Cống Quỳnh, Q.1, TP.HCM. **Tài liệu tham khảo:** (*) Xem phần Dược lý học của Thông tin sản phẩm Combivent; Thông tin này chỉ dùng để tham khảo.

