

**BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT-XÔ**  
**KHOA DƯỢC**



**SỐ 3 - 2022**

**Bản tin**  
**THÔNG TIN THUỐC**  
**& DƯỢC LÂM SÀNG**



**Tài liệu lưu hành nội bộ**



# Nội dung

Trang

## TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRONG BỆNH VIỆN

- Mô hình đề kháng kháng sinh 6 tháng đầu năm 2022 3
- Tình hình sử dụng kháng sinh 6 tháng đầu năm 2022 8

## CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THÔNG TIN THUỐC MỚI

- Hướng dẫn chẩn đoán và quản lý viêm phổi ở người lớn của Anh (Published: December 2014, updated Jul 2022 - NICE) 9
- Hiệu quả giảm đường huyết và giảm biến cố mạch máu nhỏ và bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 12
- Hướng dẫn Dự phòng và Điều trị Loãng Xương của Anh (NOGG 2021, published 2022 - NICE) 14

## MÔ HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2022

### 10 chủng vi khuẩn gây bệnh hàng đầu

TT	Vi khuẩn	n= 481 (tỷ lệ dương tính 13.6%)	Tỷ lệ (%)
1	<i>Escherichia coli</i>	153	31.8
2	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	119	24.7
3	<i>Pseu. aeruginosa</i>	87	18.1
4	<i>Acinetobacter baumannii</i>	30	6.2
5	<i>Enterococcus faecalis</i>	29	6.0
6	<i>Staphylococcus aureus</i>	21	4.4
7	<i>Proteus vulgaris</i>	11	2.3
8	<i>Sta. hemolyticus</i>	11	2.3
9	<i>Sta. epidermidis</i>	5	1.0
10	<i>Enterobacter cloacae</i>	3	0.6
	Khác	12	2.4

### Các căn nguyên phân lập từ máu

STT	Vi khuẩn	n= 52	Tỷ lệ (%)
1	<i>Escherichia coli</i>	17	32.7
2	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	8	15.4
3	<i>Sta. hemolyticus</i>	6	11.5
4	<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	9.6
5	<i>Staphylococcus aureus</i>	5	9.6
6	<i>Sta. epidermidis</i>	4	7.7
7	<i>Strep. viridans</i>	3	5.8
	Khác	4	7.7

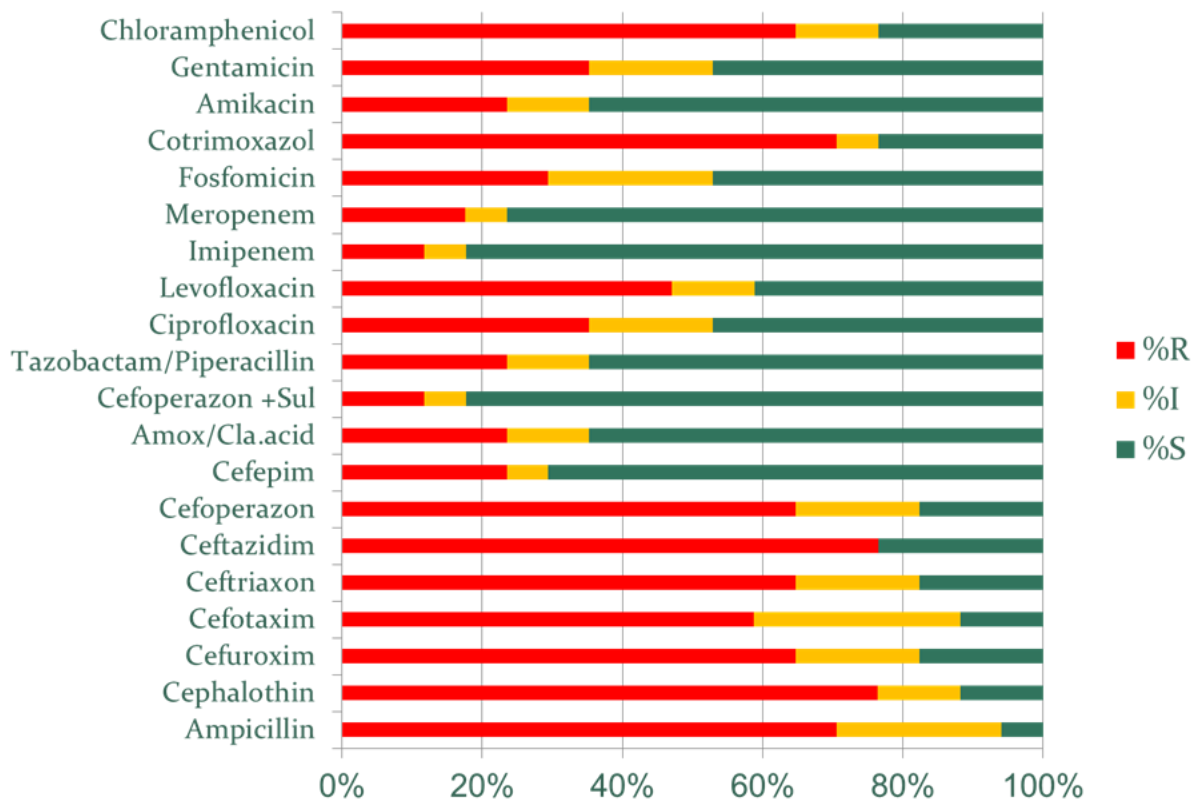
### Căn nguyên phân lập từ đờm và dịch phế quản

STT	Vi khuẩn	n=104	Tỷ lệ (%)
1	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	45	43.3
2	<i>Pseu. aeruginosa</i>	22	21.2
3	<i>Acinetobacter baumannii</i>	16	15.4
4	<i>Escherichia coli</i>	8	7.7
5	<i>Staphylococcus aureus</i>	6	5.7
6	<i>Proteus vulgaris</i>	3	2.8
7	<i>Sta. hemolyticus</i>	2	1.9
	Khác	2	1.9

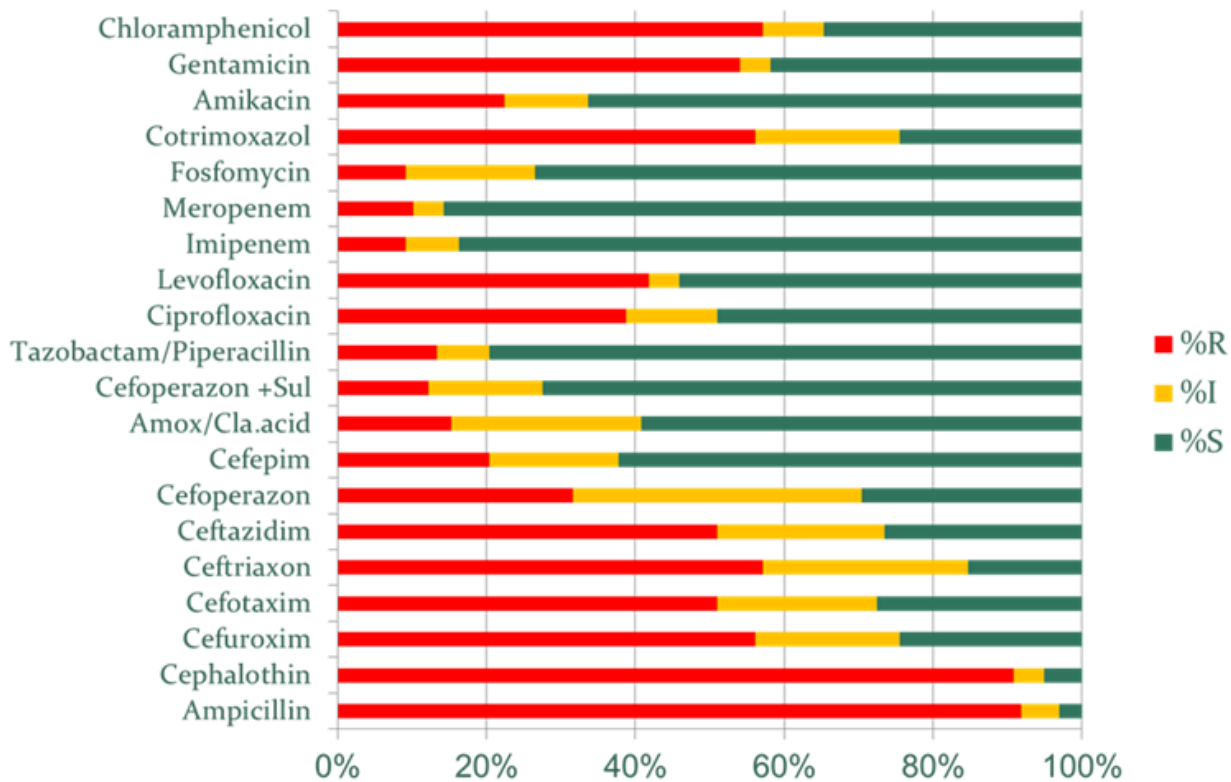
### Căn nguyên phân lập từ nước tiểu

STT	Vi khuẩn	n= 245	Tỷ lệ (%)
1	<i>Escherichia coli</i>	98	40.0
2	<i>Pseu. aeruginosa</i>	54	22.0
3	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	49	20.0
4	<i>Enterococcus faecalis</i>	23	9.4
5	<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	2.0
6	<i>Sta. saprophyticus</i>	3	1.2
7	<i>Proteus vulgaris</i>	3	1.2
	Khác	10	4.1

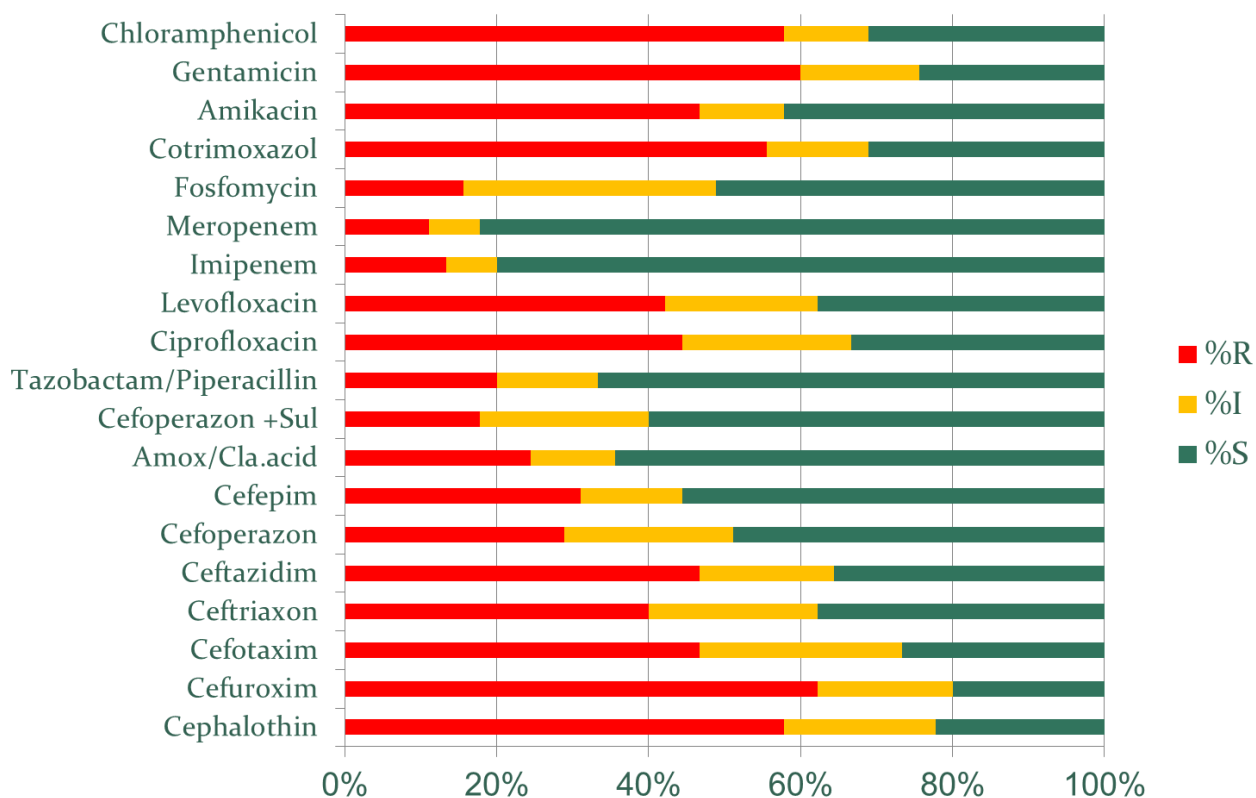
## Mức độ kháng kháng sinh của *E.coli* phân lập trong máu (n= 17)



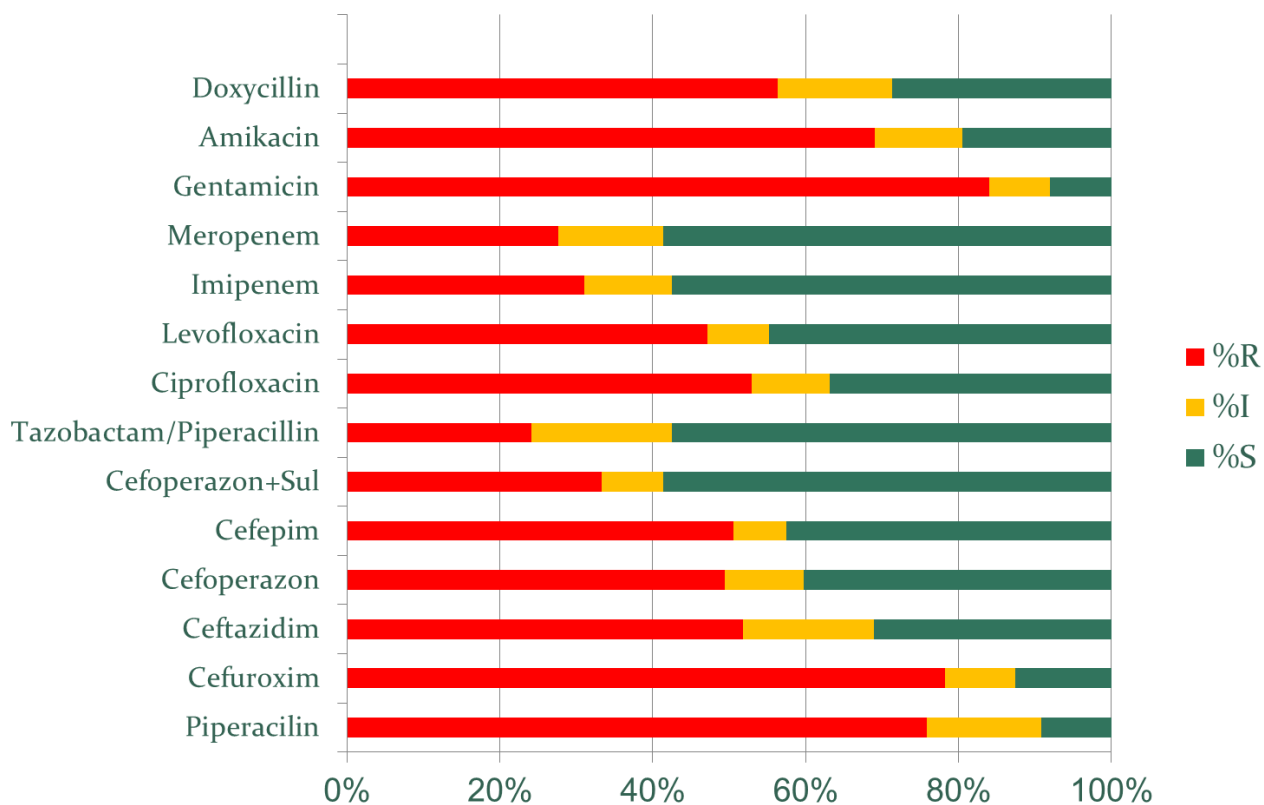
## Mức độ kháng kháng sinh của *E.coli* phân lập trong nước tiểu (n=98)



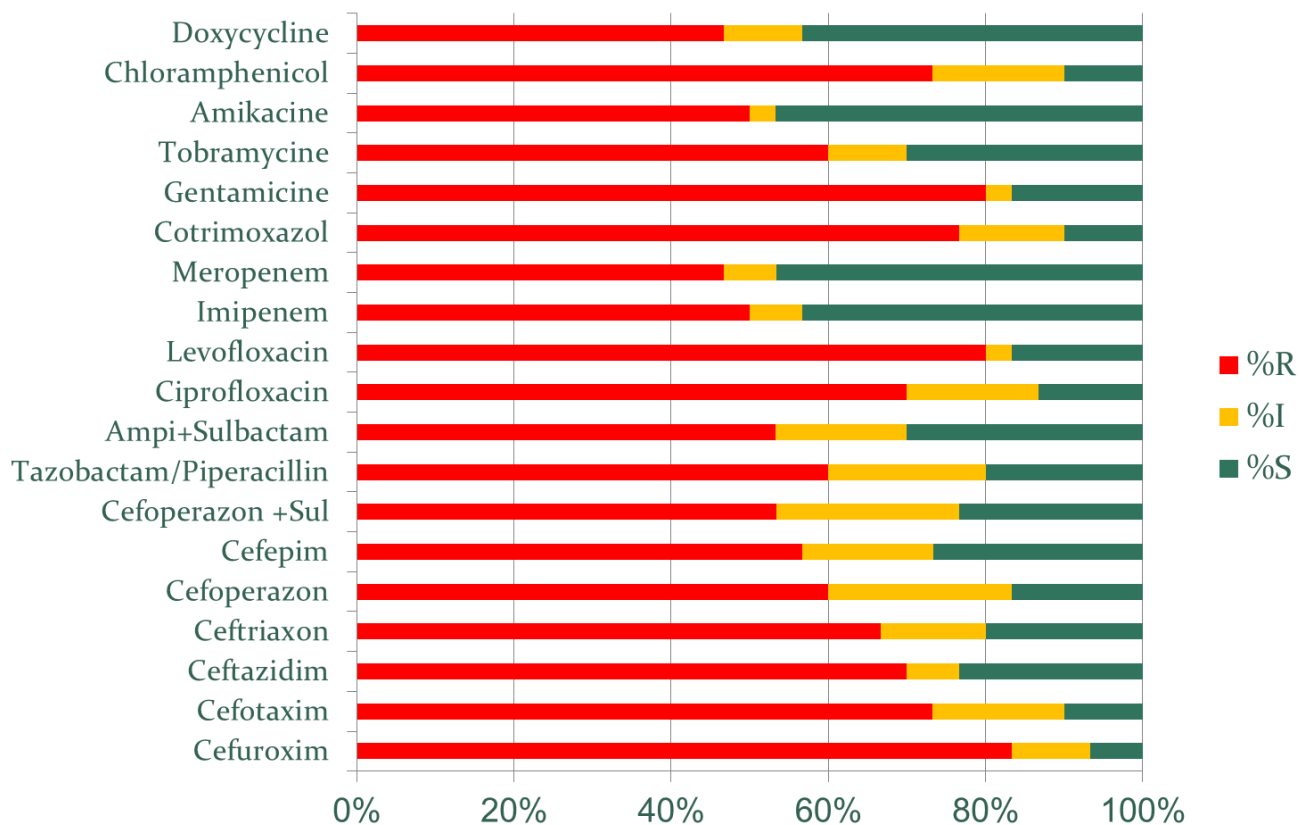
## Mức độ kháng kháng sinh của *K. pneumoniae* phân lập từ đường hô hấp (n=45)



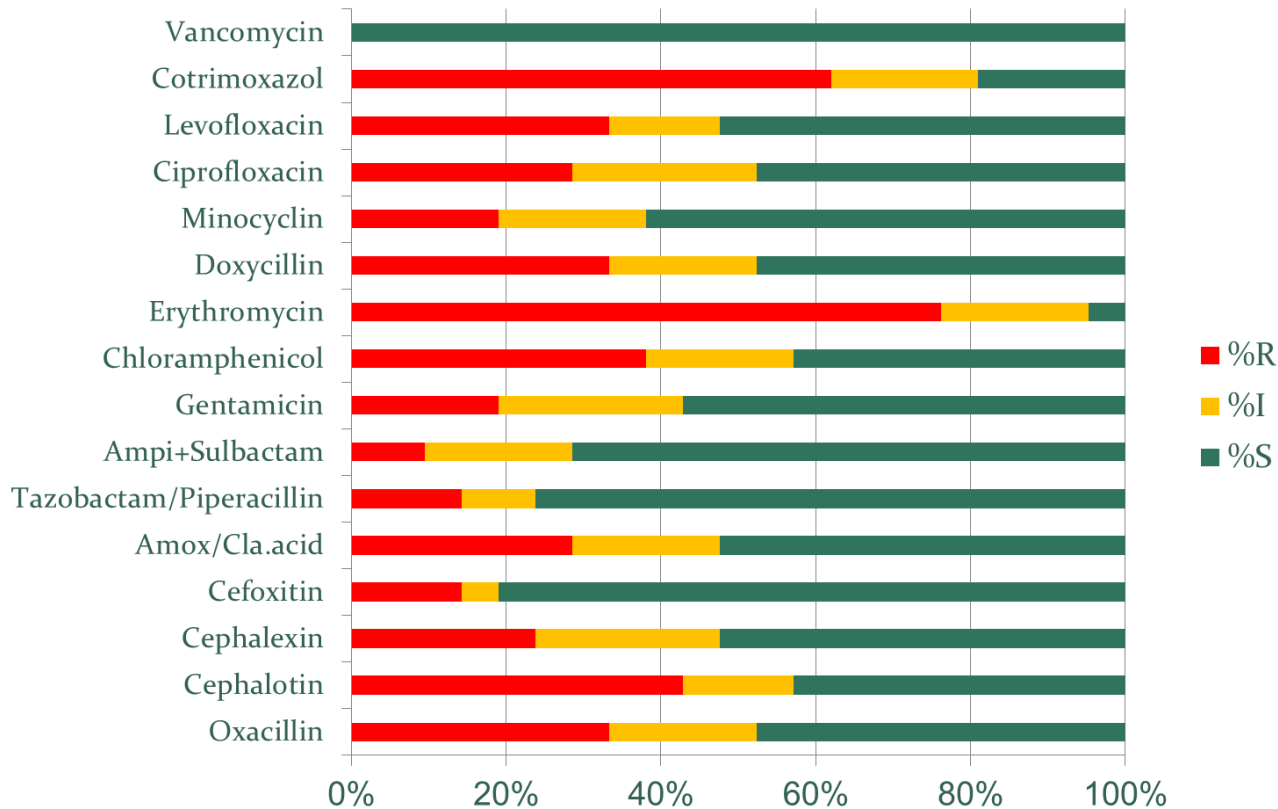
## Mức độ kháng kháng sinh của *P.aeruginosa* (n = 87)



## Mức độ kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii* (n = 30)



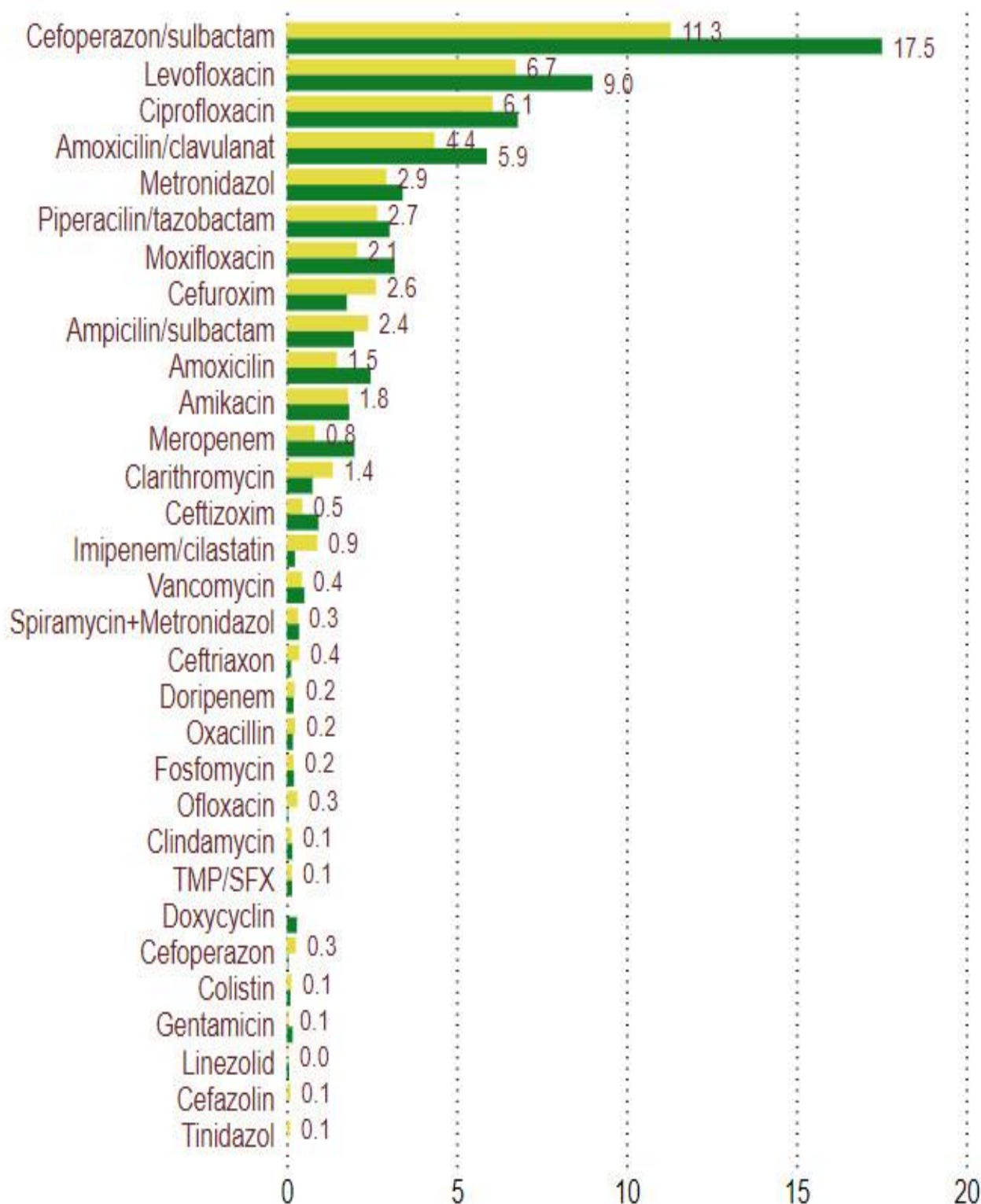
## Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus* (n = 21)



## TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2022

Số DDD/100 ngày giường của các kháng sinh 6 tháng đầu năm 2022 và 6 tháng đầu năm 2021

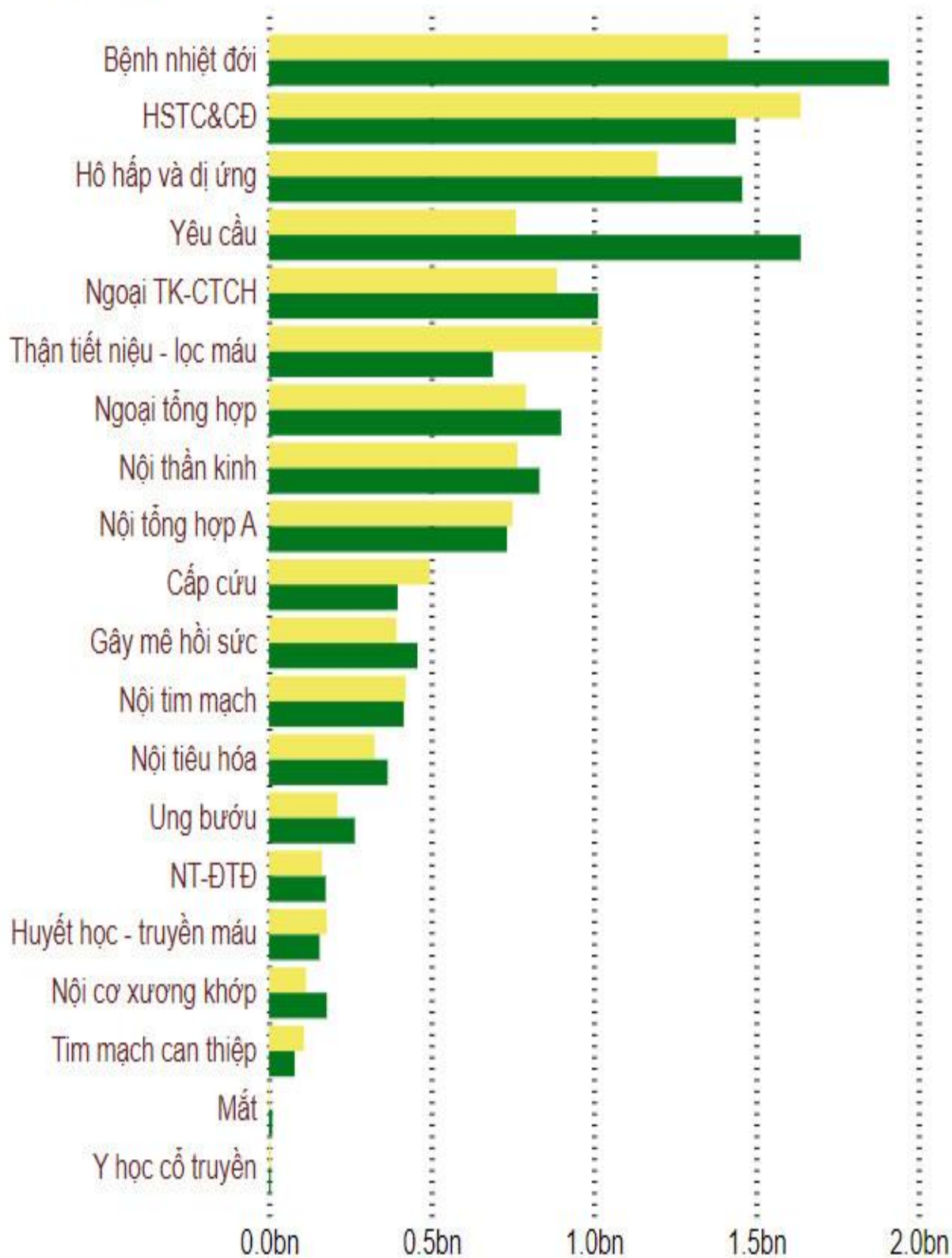
NĂM ● 2021 ● 2022





## Chi phí sử dụng kháng sinh 6 tháng đầu năm 2022 so với 6 tháng đầu năm 2021 của các khoa phòng

NĂM ● 2021 ● 2022



bn: Tỷ VNĐ

# CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ THÔNG TIN THUỐC

Hướng dẫn chẩn đoán và quản lý viêm phổi ở người lớn của Anh (Published: December 2014, updated Jul 2022 - NICE)

Tháng 7 năm 2022, Viện Y tế và Chất lượng Điều trị Quốc gia Anh (NICE)

đã khôi phục lại hướng dẫn chẩn đoán và quản lý viêm phổi ở người lớn sau khi bị rút lại vào tháng 5/2020 do dịch COVID-19. Một số điểm chính về chẩn đoán và quản lý viêm phổi trong hướng dẫn gồm:

## 1. Với bệnh nhân có các triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới:

Với bệnh nhân có các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp dưới tại cơ sở chăm sóc ban đầu, khuyến cáo làm xét nghiệm CRP nếu các đánh giá lâm sàng chẩn đoán viêm phổi chưa thực hiện được và không chắc có nên kê kháng sinh hay không. Sử dụng kết quả xét nghiệm CRP để định hướng kê đơn kháng sinh ở những bệnh nhân không có chẩn đoán viêm phổi như sau:

	CRB65	CURB65
<b>Tiêu chí tính điểm</b>	- Lú lẫn (điểm kiểm tra tâm thần $\leq 8$ . - Tăng nhịp thở $\geq 30$ lần/phút - Hạ huyết áp (HATTr $\leq 60$ mmHg hoặc HATT $\leq 90$ mmHg) - Tuổi $\geq 65$	- Lú lẫn (điểm kiểm tra tâm thần $\leq 8$ . - Urea máu $> 7$ mmol/L - Tăng nhịp thở $\geq 30$ lần/phút - Hạ huyết áp (HATTr $\leq 60$ mmHg hoặc HATT $\leq 90$ mmHg) - Tuổi $\geq 65$
<b>Phân loại</b>	<b>0 điểm:</b> nguy cơ tử vong thấp <b>1- 2 điểm:</b> nguy cơ tử vong trung bình <b>3 - 4 điểm:</b> nguy cơ tử vong cao	<b>0 - 1 điểm:</b> nguy cơ tử vong thấp <b>2 điểm:</b> nguy cơ tử vong trung bình <b>3 - 5 điểm:</b> nguy cơ tử vong cao
<b>Hướng dẫn quản lý</b>	- Cân nhắc điều trị ngoại trú với bệnh nhân có điểm CRB65 là 0. - Cân nhắc nhập viện với nhóm bệnh nhân còn lại, đặc biệt là những bệnh nhân có điểm CRB65 từ 2 trở lên	- Cân nhắc điều trị ngoại trú với bệnh nhân có điểm CURB65 là 0 hoặc 1. - Cân nhắc nhập viện với những bệnh nhân có điểm CURB65 $\geq 2$ . - Cân nhắc chăm sóc tích cực cho bệnh nhân có điểm CURB65 $\geq 3$ .

- Không kê đơn kháng sinh thường quy nếu CRP < 20 mg/L.
- Cân nhắc trì hoãn kê đơn kháng sinh (chỉ kê đơn kháng sinh nếu các triệu chứng xấu đi) nếu CRP từ 20 mg/L - 100 mg/L.
- Kê đơn điều trị kháng sinh nếu CRP > 100 mg/L.

## 2. Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng

### 2.1. Đánh giá mức độ nghiêm trọng tại cơ sở chăm sóc ban đầu/tại bệnh viện:

Khi bệnh nhân có viêm phổi mắc phải ở cộng đồng, khuyến cáo đánh giá nguy cơ tử vong thấp, trung bình hay cao bằng cách sử dụng thang điểm CRB65 (nếu được chẩn đoán tại cơ sở chăm sóc ban đầu) hoặc CURB65 (nếu chẩn đoán tại bệnh viện).

### 2.2. Xét nghiệm vi sinh:

- Không khuyến cáo thực hiện xét nghiệm vi sinh thường quy cho bệnh nhân viêm phổi mắc phải ở cộng đồng nguy cơ tử vong thấp.
- Đối với bệnh nhân viêm phổi mắc phải ở cộng đồng nguy cơ tử vong trung bình hoặc cao: cấy máu và đờm và cân nhắc làm các xét nghiệm tìm kháng nguyên legionella và phế cầu trong nước tiểu.

### 2.3. Thời gian chẩn đoán và điều trị:

Thực hiện chẩn đoán (bao gồm cả chụp X-quang) và điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng trong vòng 4 giờ sau khi nhập viện.

### 2.4. Theo dõi tại bệnh viện:

Cân nhắc đo nồng độ CRP ban đầu cho bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng khi nhập viện, lặp lại xét nghiệm nếu tiến triển lâm sàng không rõ rệt sau 48 - 72 giờ.

## 3. Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện

Quý đồng nghiệp vui lòng tham khảo tại link: NICE guideline on pneumonia (hospital-acquired): antimicrobial prescribing for recommendations on antibiotic therapy for hospital-acquired pneumonia.

Nguồn: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg19>

## Hiệu quả giảm đường huyết và giảm biến cố mạch máu nhỏ và bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

*Glycemia Reduction in Type 2 Diabetes — Glycemic Outcomes, The GRADE Study Research Group, N Engl J Med 2022; 387:1063-1074*

*Glycemia Reduction in Type 2 Diabetes — Microvascular and Cardiovascular Outcomes, The GRADE Study Research Group\*, N Engl J Med 2022; 387:1075-1088*

Thử nghiệm lâm sàng được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu GRADE (Glycemia Reduction Approaches in Diabetes: A Comparative Effectiveness Study) tại Mỹ với 2 mục tiêu chính:

- Mục tiêu 1: So sánh hiệu quả của các thuốc hạ đường huyết khi kết hợp với metformin để duy trì mức HbA<sub>1c</sub> mục tiêu ở những bệnh nhân ĐTĐ2. Tiêu chí đánh giá chính là tỷ lệ bệnh nhân có HbA<sub>1c</sub> (được đo hàng quý) từ 7,0% trở lên và tiêu chí phụ là tỷ lệ bệnh nhân có HbA<sub>1c</sub> lớn hơn 7,5%.
- Mục tiêu thứ 2: So sánh hiệu quả của các thuốc hạ đường huyết khi kết hợp với metformin trong giảm các biến cố bệnh mạch máu ngoại vi và bệnh tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ2. Tiêu chí liên quan đến bệnh mạch máu ngoại vi và bệnh tim mạch bao gồm tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, albumin niệu tăng trung bình hoặc nặng hoặc mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) dưới 60 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup>, bệnh thần kinh ngoại vi do tiểu đường, các biến cố tim mạch (các biến cố tim mạch nghiêm trọng [MACE], nhập viện vì suy tim hoặc kết quả tổng hợp của bất kỳ biến cố tim mạch nào) và tử vong.

Đối tượng tham gia nghiên cứu là những bệnh nhân mắc ĐTĐ2 dưới 10 năm đang dùng metformin và có mức HbA<sub>1c</sub> từ 6,8 đến 8,5%, được phân nhóm ngẫu nhiên vào các nhóm dùng insulin glargine U-100, glimepirid (đại diện nhóm sulfonyleurea), liraglutid (đại diện nhóm thuốc chủ vận thụ thể glucagon like peptide-1), hoặc sitagliptin (đại diện nhóm thuốc ức chế dipeptidyl peptidase 4).

### **Kết quả của nghiên cứu được công bố trong tháng 09/2022 gồm:**

Tổng cộng có 5047 người tham gia, đang dùng metformin cho điều trị ĐTĐ2 được theo dõi trong 5 năm. Tỷ lệ bệnh nhân có HbA<sub>1c</sub> từ 7,0% trở lên

(tiêu chí chính) khác biệt đáng kể giữa bốn nhóm ( $P < 0,001$ ); tỷ lệ ở nhóm insulin glargin (26,5 trên 100 người tham gia/năm) tương tự nhóm dùng liraglutid (26,1) và thấp hơn nhóm dùng glimepirid (30,4) và nhóm dùng sitagliptin (38,1). Sự khác biệt giữa các nhóm về tỷ lệ bệnh nhân có HbA<sub>1c</sub> lớn hơn 7,5% (tiêu chí phụ) tương tự với tiêu chí chính. Không có sự khác biệt có ý nghĩa nào đối với tiêu chí chính giữa các phân nhóm theo giới tính, tuổi tác hay chủng tộc; tuy nhiên, trong số những người tham gia có mức HbA<sub>1c</sub> nền cao hơn, dường như insulin glargin, liraglutid và glimepirid có lợi ích lớn hơn so với sitagliptin. Hạ đường huyết nghiêm trọng hiếm gặp xảy ra với glimepirid (2,2% số người tham gia) nhiều hơn đáng kể so với insulin glargin (1,3%), liraglutid (1,0%), hoặc sitagliptin (0,7%). Nhóm dùng liraglutid gặp các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa phổ biến hơn và giảm cân nhiều hơn so với các nhóm khác.

Trong thời gian theo dõi trung bình 5,0 năm ở 5047 người tham gia, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về tỷ lệ mắc tăng huyết áp hoặc rối loạn lipid máu hoặc các

biến chứng mạch máu nhỏ; tỷ lệ mắc trung bình (số biến cố trên 100 người tham gia-năm) của tăng albumin niệu trung bình là 2,6, tăng albumin niệu nặng 1,1, suy thận 2,9 và bệnh thần kinh ngoại vi do đái tháo đường 16,7. Các nhóm điều trị không khác nhau về MACE (tỷ lệ gộp, 1,0), nhập viện vì suy tim (0,4), tử vong do nguyên nhân tim mạch (0,3), hoặc tử vong do mọi nguyên nhân (0,6). Có sự khác biệt nhỏ về tỷ lệ mắc bất kỳ bệnh tim mạch nào, lần lượt là 1,9, 1,9, 1,4 và 2,0 ở các nhóm insulin glargin, glimepirid, liraglutid và sitagliptin.



## ***Kết luận***

Tất cả bốn loại thuốc, khi được thêm vào metformin, đều làm giảm mức HbA<sub>1c</sub>. Tuy nhiên, insulin glargin và liraglutid có hiệu quả đáng kể hơn trong việc đạt được và duy trì mức HbA<sub>1c</sub> mục tiêu.

Tỷ lệ biến chứng mạch máu nhỏ và tử vong không khác nhau giữa bốn nhóm điều trị. Nghiên cứu cho thấy có thể có sự khác biệt giữa các nhóm về tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch.

## **Hướng dẫn Dự phòng và Điều trị Loãng Xương của Anh (NOGG 2021, published 2022 - NICE)**

Vào tháng 3 năm 2022, Hiệp hội Hướng dẫn Loãng xương Quốc gia của Anh (NOGG) đã xuất bản hướng dẫn mới về đánh giá và quản lý loãng xương và ngăn ngừa gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh và nam giới từ 50 tuổi trở lên. Những khuyến cáo chính của hướng dẫn bao gồm:

### ***Khuyến cáo về đánh giá nguy cơ gãy xương:***

- Tiến hành đánh giá nguy cơ gãy xương dựa trên thang điểm FRAX (Fracture Risk Assessment Tool).
- Đo mật độ xương (BMD) ở những người có nguy cơ gãy xương trung bình theo thang FRAX để ước tính nguy cơ gãy xương trong 10 năm.
- Đo BMD ở những người có nguy cơ gãy xương cao và rất cao theo thang FRAX để lựa chọn thuốc và chiến lược theo dõi BMD.
- Sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh để tìm gãy xương sống ở những người bị đau lưng cấp tính khởi phát có các yếu tố nguy cơ gãy loãng xương và/hoặc ở những người có tiền sử giảm chiều cao  $\geq 4\text{cm}$ , gù vẹo cột sống, điều trị glucocorticoid đường uống kéo dài gần đây hoặc T-score  $\leq -2,5$ .
- Đánh giá nguy cơ té ngã ở những bệnh nhân bị loãng xương và/hoặc dễ gãy xương và hướng dẫn chế độ luyện tập để cải thiện khả năng giữ thăng bằng và sức mạnh cơ bắp.

### ***Khuyến cáo về phác đồ điều trị bằng thuốc để ngăn ngừa gãy xương:***

- Khuyến nghị điều trị bằng thuốc cho những người có nguy cơ gãy xương cao và rất cao.
- Nếu không thực hiện được đo BMD, cân nhắc điều trị dựa trên thang điểm FRAX.
- Bắt đầu điều trị bằng thuốc ngay sau khi xảy ra gãy xương ở bệnh nhân loãng xương, vì nguy cơ tái gãy rất cao.

- Cân nhắc chuyển bệnh nhân có nguy cơ rất cao đến chuyên khoa loãng xương, để đánh giá và xem xét điều trị bằng đường tiêm (một số có thể cần điều trị đầu tay bằng thuốc đồng hóa, đặc biệt nếu gãy nhiều đốt sống). Chỉ định chuyển tuyến chuyên khoa bao gồm có các yếu tố nguy cơ quan trọng, như gãy đốt sống gần đây [trong vòng 2 năm qua], gãy  $\geq 2$  đốt sống, T-Score  $\leq -3,5$ , điều trị bằng glucocorticoid liều cao [ $\geq 7,5$  mg/ngày prednisolone hoặc tương đương trên 3 tháng].
- Ở những bệnh nhân khác có chỉ định điều trị, xem xét liệu pháp chống tiêu xương bằng bisphosphonat đường uống (alendronat hoặc risedronat) hoặc zoledronat tiêm tĩnh mạch.
- Xem xét các lựa chọn điều trị thay thế nếu các bisphosphonat đầu tay không phù hợp hoặc không dung nạp; denosumab, ibandronat, liệu pháp thay thế hormon, raloxifen hoặc strontium ranelat.

#### **Khuyến cáo về theo dõi điều trị:**

- Thường xuyên xem xét mức độ dung nạp và tuân thủ của bệnh nhân đối với các phương pháp điều trị bằng thuốc uống.
- Lập kế hoạch điều trị bằng bisphosphonat uống trong ít nhất 5 năm, hoặc bisphosphonat tiêm tĩnh mạch trong ít nhất 3 năm, sau đó đánh giá lại nguy cơ gãy xương. Thời gian điều trị lâu hơn sẽ cần thiết với những người lớn tuổi ( $\geq 70$  tuổi), bị gãy xương hông hoặc đốt sống, đang sử dụng glucocorticoid đường uống liều cao [ $\geq 7,5$  mg/ngày prednisolon hoặc tương đương trong 3 tháng], hoặc bị gãy xương trong thời gian điều trị loãng xương. Ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp hơn, có thể tạm dừng điều trị từ 18 đến 36 tháng sau 5 năm dùng bisphosphonat uống hoặc sau 3 năm bisphosphonat tiêm tĩnh mạch).
- Đánh giá lại nguy cơ gãy xương sau bất kỳ biến cố gãy xương mới nào.
- Đánh giá lại nguy cơ gãy xương sau 18 tháng đến 3 năm tạm dừng điều trị bằng thuốc.

#### **Khuyến cáo về lối sống và chế độ ăn uống:**

- Khuyến nghị một chế độ ăn uống lành mạnh, cân bằng, hạn chế rượu và tránh hút thuốc lá. Đảm bảo một chế độ ăn uống đủ canxi và vitamin D và bổ sung khi cần thiết.
- Khuyến khích kết hợp các bài tập thể dục nâng cao sức chịu lực và tăng cường cơ bắp thường xuyên.

*Nguồn: NOGG 2022: Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis*



**Mọi ý kiến đóng góp và yêu cầu thông tin thuốc xin gửi về:**

**ĐƠN VỊ DƯỢC LÂM SÀNG**

**KHOA DƯỢC - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT-XÔ**

**Điện thoại: 024 3972 2232 Máy lẻ 5275**

**Email: [duoclamsanghn@googlegroups.com](mailto:duoclamsanghn@googlegroups.com)**