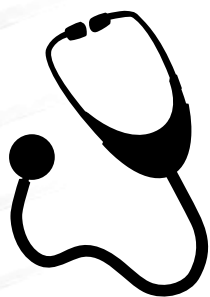


TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CHỢ MỚI
KHOA DƯỢC - TTB - VTYT

Bản tin
THÔNG TIN THUỐC
QUÝ 1/2024



MỤC LỤC

MHRA: Cảnh báo nhắc lại về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast	1
MHRA: Giới hạn chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolon	3
MHRA: Cảnh báo nguy cơ rung nhĩ liên quan đến omega-3-acid ethyl ester	5
Các thuốc tác dụng bất lợi trên bệnh nhân suy tim.....	7

TRƯỞNG KHOA DƯỢC

(Đã ký)

Cao Phát Nhân

BAN GIÁM ĐỐC

(Đã ký)

Nguyễn Phước Bình

MHRA: Cảnh báo nhắc lại về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast

Ngày 29/04/2024, MHRA nhắc lại cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố bất lợi trên tâm thần kinh khi sử dụng montelukast trên tất cả bệnh nhân, bao gồm cả trẻ em và trẻ vị thành niên.

Kể từ khi được cấp phép tại Anh vào năm 1998, MHRA đã nhận được 1223 báo cáo biến cố bất lợi trên tâm thần kinh nghi ngờ liên quan đến montelukast. Các biến cố được báo cáo phổ biến nhất ở mọi lứa tuổi bao gồm rối loạn giấc ngủ, ảo giác, lo lắng, trầm cảm, thay đổi hành vi và tâm trạng. Biến cố thường gặp nhất ở trẻ nhỏ (từ 12 tuổi trở xuống) là hành vi hung hăng, gặp ác mộng, và lo lắng, trong khi ở trẻ lớn tuổi hơn (từ 13 đến 17 tuổi), biến cố thường được báo cáo là lo lắng, ý định tự tử, và trầm cảm.

Tại Anh, thông tin về biến cố tâm thần kinh đã được đưa vào thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast vào năm 2008 và cảnh báo chi tiết được bổ sung vào năm 2019. Các biến cố này bao gồm:

- Rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, và kích thích, có thể kèm hành vi hung hăng (tần suất 1/100)
- Rối loạn chú ý hoặc trí nhớ (tần suất 1/1.000)
- Ảo giác, hoặc suy nghĩ và hành vi tự tử (tần suất 1/10.000)

Tháng 09/2019, trong Bản tin Drug Safety Update, MHRA cũng nhắc lại cho nhân viên y tế và bệnh nhân về nguy cơ gặp biến cố tâm thần kinh liên quan đến montelukast.

Sau khi triển khai các biện pháp trên, MHRA tiếp tục nhận được các báo cáo biến cố bất lợi trên tâm thần kinh cũng như các câu hỏi đến từ bệnh nhân và người chăm sóc liên quan đến montelukast. Do đó, MHRA đã tiến hành đánh giá bằng chứng mới, cân nhắc các vấn đề của bệnh nhân và người chăm sóc, đồng thời, xin tư vấn lâm sàng độc lập từ các bác sĩ nhi khoa, sức khỏe tâm thần, hô hấp và chuyên gia về an toàn thuốc của Ủy ban Thuốc sử dụng trên người.

Kết quả đánh giá dữ liệu báo cáo biến cố bất lợi cho thấy, có khả năng có sự thiếu nhận thức ở cả nhân viên y tế, bệnh nhân và người chăm sóc về nguy cơ gặp biến cố tâm thần kinh khi sử dụng montelukast. Dựa trên những bằng chứng hiện có, nhóm tư vấn Cảnh giác Dược (PEAG) cho rằng nên ngừng sử dụng montelukast ngay khi có triệu chứng do đặc thù của các biến cố này và việc ngừng thuốc kịp thời có thể giúp ngăn chặn triệu chứng trở nặng hơn.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Cảnh báo về nguy cơ gặp biến cố trên tâm thần kinh trong thông tin sản phẩm của các thuốc chứa montelukast ở Vương quốc Anh sẽ được cập nhật thêm viền màu đen để nhấn mạnh hơn.

- Bác sĩ cần cảnh báo biến cố tâm thần kinh trên tất cả bệnh nhân sử dụng montelukast. Đã có báo cáo ghi nhận biến cố bất lợi trên cả người lớn, trẻ vị thành niên và trẻ em.
- Ngừng sử dụng montelukast nếu bệnh nhân xuất hiện hoặc tái phát triệu chứng của biến cố tâm thần kinh.
- Khuyến khích bệnh nhân và người chăm sóc đọc kỹ danh sách các biến cố tâm thần kinh trong tờ thông tin sản phẩm và đi khám ngay nếu xuất hiện triệu chứng của các biến cố này.

Nguồn: Montelukast: reminder of the risk of neuropsychiatric reactions - GOV.UK
(www.gov.uk)

MHRA: Giới hạn chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolon

Cơ quan Quản lý Dược phẩm Anh (MHRA) mới đây đã giới hạn chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh nhóm fluoroquinolon (FQ). Theo đó, các kháng sinh nhóm FQ chỉ được kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó. Khuyến cáo này được đưa ra sau khi MHRA rà soát lại tính hiệu quả của các biện pháp hiện đang áp dụng để giảm thiểu nguy cơ tác dụng không mong muốn gây tàn tật vĩnh viễn, kéo dài và không hồi phục của nhóm FQ.

Việc giới hạn sử dụng kháng sinh nhóm FQ lần đầu tiên được đưa ra vào năm 2019 nhằm giảm thiểu các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng của nhóm kháng sinh này. Gần đây, MHRA đã tiến hành đánh giá lại các biện pháp giới hạn trên và đưa ra thông báo nhắc lại các nguy cơ của kháng sinh nhóm FQ vào tháng 8/2023. Đến tháng 1/2024, MHRA tiếp tục thắt chặt việc chỉ định kháng sinh nhóm FQ, chỉ được kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó.

Khuyến cáo dành cho nhân viên y tế:

- Kháng sinh nhóm FQ sử dụng đường toàn thân (uống, tiêm truyền, khí dung) có thể gây các tác dụng không mong muốn kéo dài (hàng tháng đến hàng năm), gây tàn tật và có khả năng không hồi phục, ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan, tổ chức trong cơ thể.
- Chỉ định của kháng sinh nhóm FQ ở Anh hiện là chỉ kê đơn khi không phù hợp để sử dụng các kháng sinh khác thường được ưu tiên kê đơn hơn trong các nhiễm khuẩn đó.
- Các trường hợp không phù hợp sử dụng kháng sinh khác bao gồm:
 - + Đề kháng với kháng sinh lựa chọn đầu tay trong nhiễm khuẩn đó.
 - + Kháng sinh lựa chọn đầu tay bị chống chỉ định trên cụ thể bệnh nhân đó.
 - + Kháng sinh lựa chọn đầu tay gây phản ứng có hại nghiêm trọng dẫn đến phải ngừng thuốc.
 - + Thất bại điều trị với kháng sinh lựa chọn đầu tay.
- Giới hạn trên mạnh tay hơn so với các biện pháp hạn chế sử dụng kháng sinh nhóm FQ trước đây. Theo đó, các kháng sinh này không nên kê đơn trong các trường hợp nhiễm khuẩn không nặng, tự giới hạn hoặc không do căn nguyên vi khuẩn. Hiện các giới hạn sử dụng này vẫn đang tiếp tục được áp dụng.
- MHRA tiếp tục nhắc lại, bệnh nhân được khuyến cáo ngừng dùng kháng sinh nhóm FQ khi xuất hiện các dấu hiệu đầu tiên của phản ứng có hại nghiêm trọng như viêm gân, đứt gân, đau cơ, yếu cơ, đau khớp, sưng khớp, viêm dây thần kinh ngoại vi và các tác dụng không mong muốn trên thần kinh trung ương. Liên hệ ngay với bác sĩ trong các

trường hợp trên. Nguy cơ ảnh hưởng trên tâm thần, bao gồm ý định và hành vi tự sát cũng đã được cảnh báo vào tháng 9/2023.

- MHRA cũng nhắc lại khuyến cáo từ tháng 8/2023 bao gồm:

- + Tránh sử dụng kháng sinh nhóm FQ cho bệnh nhân đã từng gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng khi sử dụng kháng sinh nhóm quinolon (như acid nalidixic) hoặc nhóm FQ.
- + Đặc biệt thận trọng khi kê đơn kháng sinh nhóm FQ cho bệnh nhân trên 60 tuổi, bệnh nhân có bệnh thận hoặc ghép tạng do có nguy cơ cao tổn thương gân.
- + Tránh sử dụng kháng sinh nhóm FQ đồng thời với corticosteroid do tăng nguy cơ đứt gân và viêm gân liên quan đến FQ.

MHRA: Cảnh báo nguy cơ rung nhĩ liên quan đến omega-3-acid ethyl ester

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng đã chỉ ra sự tăng nguy cơ rung nhĩ phụ thuộc vào liều ở những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch hoặc có các yếu tố nguy cơ tim mạch khi điều trị bằng omega-3-acid ethyl ester so với nhóm giả dược.

Đánh giá nguy cơ rung nhĩ liên quan đến thuốc omega-3-acid ethyl ester

Một đánh giá gần đây của EMA đã khuyến cáo “rung nhĩ” nên được liệt kê là một tác dụng không mong muốn thường gặp (tần suất 1/10) trong tờ thông tin sản phẩm của các chế phẩm chứa omega-3-acid ethyl ester. Omega-3-acid ethyl ester đã được phê duyệt để điều trị tăng triglycerid máu, và đánh giá tính an toàn hiệu quả cho thấy sự tăng nguy cơ rung nhĩ phụ thuộc liều; kết quả này được ghi nhận trong nhiều phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) lớn. Những thử nghiệm này nghiên cứu tác động lên tim mạch so với nhóm giả dược trên hơn 80.000 bệnh nhân, đa số mắc bệnh tim mạch hoặc có các yếu tố nguy cơ tim mạch. Dữ liệu này cho thấy tần suất rung nhĩ là 3,9%, xác định là tác dụng không mong muốn “thường gặp”.

Hội đồng Chuyên gia cố vấn Cảnh giác Dược (PEAG) của Ủy ban Thuốc sử dụng cho người (CHM) đã xem xét và đồng ý với khuyến cáo của các cơ quan quản lý tại Châu Âu về cập nhật thông tin sản phẩm. PEAG cũng khuyến cáo ban hành Cập nhật An toàn thuốc để thông báo cho các nhân viên y tế và bệnh nhân về các thông tin mới nhất.

Thông tin sản phẩm khuyến cáo ngừng điều trị vĩnh viễn đối với những bệnh nhân xuất hiện tình trạng rung nhĩ trong khi sử dụng thuốc chứa omega-3-acid ethyl ester để điều trị tăng triglycerid máu. Cần cân nhắc và đánh giá lợi ích trên lâm sàng và rủi ro của từng bệnh nhân trước khi quyết định ngừng điều trị.

PEAG lưu ý rằng, trong trường hợp bệnh nhân có tiền sử hoặc hiện có chẩn đoán rung nhĩ, tờ thông tin sản phẩm không đưa ra hướng dẫn sử dụng hay chống chỉ định sử dụng các loại thuốc này.

Nguồn dinh dưỡng và thực phẩm chức năng chứa Omega-3

MHRA không quản lý các thực phẩm hoặc thực phẩm chức năng chứa Omega-3 được bán trên thị trường không có thông tin về tác dụng dược lý. Các RCT hoặc tổng quan y văn không đánh giá được việc bổ sung omega-3 từ cá, các thực phẩm khác giàu omega-3 khác và thực phẩm chức năng, do đó không thể đưa ra khuyến cáo về nguy cơ rung nhĩ ở những người sử dụng thực phẩm chức năng chứa omega-3 khi không có tiền sử bệnh lý tim mạch hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Báo cáo tình trạng rung nhĩ khi sử dụng sản phẩm chứa omega-3

Đến ngày 13 tháng 12 năm 2023, MHRA không nhận được bất kỳ báo cáo nào về biến cố rung nhĩ có liên quan đến các sản phẩm chứa hoạt chất omega-3. Rung nhĩ là tình trạng nhịp tim bất thường đặc trưng bởi nhịp nhanh không đều. Triệu chứng của rung nhĩ bao gồm đánh trống ngực, chóng mặt, khó thở, mệt mỏi. Nếu không được điều trị có thể dẫn đến hình thành cục máu đông ở tim và di chuyển lên não (thuyên tắc) gây ra đột quỵ.

Các chế phẩm chứa omega-3 ethyl ester khác

Icosapent ethyl là một ethyl ester của acid béo omega-3, acid eicosapentaenoic (EPA), được chỉ định làm giảm nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân người lớn đang sử dụng statin, có nguy cơ tim mạch cao với tăng nồng độ triglycerides (≥ 150 mg/dL [$> 1,7$ mmol/L]) và đang mắc bệnh tim mạch hoặc đái tháo đường, và có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Tại thời điểm cấp phép lần đầu, rung nhĩ/cuồng nhĩ được liệt kê là một tác dụng không mong muốn thường gặp của thuốc. Trong một thử nghiệm lâm sàng tim mạch có đối chứng giả dược, tỷ lệ rung nhĩ/cuồng nhĩ ở nhóm sử dụng icosapent ethyl và nhóm giả dược lần lượt là 5,8% và 4,5%.

Một số sản phẩm tiêm truyền có chứa acid béo omega 3 hoặc dầu cá omega-3 được cấp phép là thuốc kê đơn ở Anh. Các sản phẩm này hiện không liệt kê rung nhĩ là một tác dụng không mong muốn của thuốc do không chịu ảnh hưởng bởi các quy định mới của cơ quan quản lý tại thời điểm cấp phép.

Khuyến cáo dành cho các nhân viên y tế

- + *Rung nhĩ đã được liệt kê là một tác dụng không mong muốn của thuốc với tần suất “thường gặp” (gây ảnh hưởng lên tới 1 trên 10 người) đối với các chế phẩm chứa omega-3-acid ethyl ester được cấp phép để điều trị tăng triglycerid máu*
- + *Nguy cơ cao nhất khi sử dụng liều 4g/ngày*
- + *Nếu bệnh nhân sử dụng chế phẩm chứa omega-3-acid ethyl ester để điều trị tăng triglycerid máu và xuất hiện các triệu chứng của rung nhĩ, cần liên hệ ngay với nhân viên y tế*
- + *Nếu bệnh nhân xuất hiện tình trạng rung nhĩ khi sử dụng các thuốc này để điều trị tăng triglycerid máu, cần ngừng sử dụng thuốc vĩnh viễn.*

Các thuốc tác dụng bất lợi trên bệnh nhân suy tim

Thông thường, một bệnh nhân suy tim có thể cần dùng tới 6 loại thuốc để điều trị bệnh; thêm vào đó, bệnh nhân còn có thể có các bệnh mắc kèm khác cần dùng thuốc đồng thời. Những bệnh mắc kèm phổ biến ở bệnh nhân suy tim bao gồm: tăng huyết áp, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, tăng lipid máu, đái tháo đường, bệnh thận mạn và rung nhĩ (25%).

Vì vậy, bệnh nhân không chỉ cần điều trị suy tim mà còn cần lưu ý đến các thuốc có nguy cơ làm trầm trọng thêm bệnh lý chính này. Các thuốc bất lợi cho bệnh nhân suy tim hoạt động thông qua một số cơ chế như **gây tăng co bóp, giữ natri hoặc nước, gây độc trực tiếp cho cơ tim hoặc làm tăng nguy cơ tử vong do rối loạn nhịp tim.**

Thuốc tăng co bóp cơ tim

Các thuốc tăng co bóp cơ tim như thuốc chẹn kênh calci nhóm non-dihydropyridin (diltiazem, verapamil) là những thuốc có tác dụng giãn mạch mạnh và giảm hậu gánh. Theo thời gian, sự giãn mạch sẽ dẫn đến kích hoạt hệ thống renin-angiotensin-aldosterone, từ đó kích hoạt con đường này làm tăng quá trình tái cấu trúc tâm thất trái. Các thuốc này cũng làm ức chế cơ tim, làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn chức năng cơ tim đã có từ trước.

Đã có ghi nhận về sự tăng nặng triệu chứng, có thể dẫn đến cần nhập viện khi sử dụng các thuốc này ở những bệnh nhân có phân suất tống máu <50%. Do đó hướng dẫn điều trị suy tim của Trường môn Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC)/ Hội Tim mạch học Hoa Kỳ (AHA)/ Phân hội Suy tim Hoa Kỳ (HFSA) năm 2022 **không khuyến cáo dùng thuốc chẹn kênh calci nhóm non-dihydropyridin ở những bệnh nhân có phân suất tống máu giảm.** Đây là yếu tố cần cân nhắc khi điều trị cho bệnh nhân có nhiều bệnh mắc kèm. **Ở những bệnh nhân bị rung nhĩ, nên cân nhắc điều trị bằng thuốc chẹn beta hoặc sử dụng các liệu pháp chống loạn nhịp tim. Với bệnh nhân tăng huyết áp không kiểm soát, có thể sử dụng thuốc chẹn kênh calci nhóm dihydropyridin như amlodipin.**

Thuốc chống loạn nhịp

Thuốc chống loạn nhịp nhóm I và một số thuốc nhóm III cũng có tác dụng giống như thuốc tăng co bóp cơ tim và không được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim.

Thuốc chống loạn nhịp nhóm I là các thuốc chẹn kênh natri như flecainid và disopyramid. Những loại thuốc này liên kết nhanh với kênh natri và kéo dài quá trình khử cực, từ đó làm chậm quá trình dẫn truyền. Một phân tích post-hoc về phòng ngừa đột quỵ ở bệnh nhân rung nhĩ cho thấy, nhóm bệnh nhân suy tim đang được điều trị bằng thuốc chống loạn nhịp nhóm I có nguy cơ tử vong do tim cao hơn nhóm không được điều trị bằng các thuốc này. Ba phân nhóm trong nhóm I có sự khác nhau về tác dụng kéo dài quá trình khử cực, trong đó phân nhóm Ic có tác dụng mạnh nhất và phân nhóm Ib có tác dụng yếu nhất. Tất cả các thuốc nhóm I đều không được khuyến cáo ở bệnh nhân suy tim. Nên cân nhắc điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp, thuốc chẹn beta khác hoặc phẫu thuật cấy ghép máy khử rung tự động (ICD).

Thuốc chống loạn nhịp nhóm III như sotalol có tác dụng chẹn kênh kali và làm chậm quá trình tái cực. Nhóm thuốc này được cho là làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn chức năng tim thông qua các cơ chế tăng co bóp và thúc đẩy rối loạn nhịp tim. Trong các nghiên cứu với sotalol, tỷ lệ bệnh nhân mắc suy tim mới hoặc nặng hơn trong 1 năm là 3% ở những bệnh nhân không có tiền sử suy tim trước đó và 10% ở những bệnh nhân có tiền sử suy tim. Mặc dù không có chống chỉ định, nhưng việc sử dụng sotalol đầu tay để điều trị rối loạn nhịp thất không được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị của ACC/AHA/HFSA. Ngoài ra, *mặc dù amiodaron là thuốc nhóm III, thuốc này có thể là thuốc thay thế do nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim mức độ trung bình.*

Thuốc chống viêm không steroid (NSAID)

Thuốc chống viêm không steroid (NSAID) được sử dụng phổ biến do đặc tính chống viêm và giảm đau. *Thông qua cơ chế gây ức chế prostaglandin, NSAID gây co các tiểu động mạch đến ở thận, dẫn đến tăng giữ natri và nước.* NSAID cũng có thể làm giảm đáp ứng với thuốc lợi tiểu. *Trong một nghiên cứu thuần tập trên bệnh nhân được kiểm soát tốt bằng thuốc lợi tiểu, sử dụng đồng thời NSAID và thuốc lợi tiểu làm tăng gấp đôi nguy cơ nhập viện do suy tim.*

Điều này thường xảy ra trong vòng 30 ngày đầu tiên sử dụng NSAID. Ngoại trừ aspirin liều thấp để bảo vệ tim mạch và não, nên tránh dùng cả NSAID tác dụng không chọn lọc và chọn lọc ở bệnh nhân suy tim. Nếu sử dụng, bệnh nhân nên được *tư vấn để theo dõi sự thay đổi cân nặng, phù hoặc khó thở.*

Thuốc điều trị đái tháo đường

Các thuốc ức chế dipeptidyl peptidase-4 (*DPP-4*), *đặc biệt là saxagliptin và alogliptin*, đã được chứng minh là làm tăng nguy cơ nhập viện do suy tim ở bệnh nhân đái tháo đường typ II và có nguy cơ tim mạch cao. Cơ chế này hiện nay vẫn chưa được biết rõ, do đó, FDA đã yêu cầu bổ sung cảnh báo vào hướng dẫn sử dụng của các thuốc này. Vì vậy, nên tránh dùng các thuốc trên ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm. Tuy nhiên, sitagliptin và linagliptin không cho thấy tác dụng bất lợi tương tự. Nếu cần dùng thuốc ức chế DPP-4, khuyến cáo sử dụng một trong hai loại thuốc này.

Cilostazol

Cilostazol là một thuốc có tác dụng chống kết tập tiểu cầu và giãn mạch, được chỉ định ở những bệnh nhân bị đau cách hồi (tình trạng thiếu cung cấp máu tới cơ chân gây đau và ảnh hưởng tới khả năng đi lại). Mặc dù không được nghiên cứu trực tiếp trên bệnh nhân suy tim, nhưng cilostazol được cho là làm tăng nguy cơ rối loạn nhịp tim gây tử vong thông qua ức chế chọn lọc phosphodiesterase typ III.

Ngoài ra, cilostazol làm tăng nhịp tim từ 5 đến 7 nhịp/phút và gây tăng tỷ lệ ngoại tâm thu thất và nhịp nhanh thất không bền vững. Do có thể gây tử vong, *cilostazol có chống chỉ định trên tất cả bệnh nhân suy tim.* Nếu cần dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu để kiểm soát tình trạng đau cách hồi, cân nhắc thay thế bằng pentoxifyllin.

Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNFi)

Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u như infliximab, adalimumab là những thuốc thường được sử dụng để điều trị các bệnh tự miễn. Infliximab đã được thử nghiệm trong điều trị suy tim trung bình đến nặng; tuy nhiên, đã có ghi nhận về việc thuốc này thất bại trong cải thiện tình trạng lâm sàng cùng với sự gia tăng tỷ lệ tử vong và nhập viện do suy tim. Ngoài ra, mối liên quan giữa việc sử dụng infliximab với suy tim mới khởi phát hoặc tình trạng suy tim nặng hơn đã được xác định trong dữ liệu giám sát hậu mại đối với các chỉ định đã được phê duyệt.

Trong số các thuốc ức chế TNF, chỉ có etanercept là không có thông tin cụ thể về nguy cơ làm trầm trọng hơn tình trạng suy tim. Khi sử dụng thuốc này trên bệnh nhân suy tim, dược sĩ cần theo dõi chặt chẽ các triệu chứng mới hoặc trầm trọng hơn của suy tim. Ngoài ra, chống chỉ định sử dụng infliximab mức liều lớn hơn 5 mg/kg ở bệnh nhân suy tim trung bình đến nặng.

Thuốc điều trị ung thư

Một loạt các thuốc điều trị ung thư đã được biết đến là gây độc trực tiếp cho cơ tim. Độc tính này có thể được phân loại thành týp 1 (tổn thương có hồi phục) hoặc týp 2 (tổn thương không hồi phục).

Tổn thương týp 1 thường được ghi nhận phổ biến nhất ở các dẫn chất anthracyclin (doxorubicin), các chất alkyl hoá (cyclophosphamid) và chất ức chế chuyển hóa đặc hiệu cho chu kỳ tế bào (fluorouracil). Tổn thương týp 2 thường được ghi nhận với một số thuốc kháng thể đơn dòng (ví dụ trastuzumab, bevacizumab).

Độc tính trên tim do dẫn chất anthracyclin có thể xảy ra sớm ngay khi bắt đầu điều trị và thậm chí kéo dài đến vài năm sau khi kết thúc điều trị. Dẫn chất anthracyclin gây độc cho cơ tim thông qua cơ chế tạo ra các gốc tự do dẫn đến stress oxy hóa. Ngoài ra, các thuốc này có thể gây ảnh hưởng đến hệ chuyển hoá sắt của tim, góp phần gây ra tổn thương oxy hoá. Nguy cơ bệnh cơ tim do thuốc phụ thuộc vào liều tích lũy.

Như vậy, giới hạn mức liều cụ thể cho mỗi bệnh nhân trong suốt cuộc đời nên được áp dụng cho mỗi thuốc nhóm anthracyclin. Dược sĩ cần biết giới hạn này và lập biểu đồ liều tích lũy, kèm theo khuyến cáo theo dõi thích hợp cho mỗi bệnh nhân (siêu âm tim). Ngoài ra, bệnh nhân dùng thuốc gây độc tính trên tim týp 1 và týp 2 ở trên nên được theo dõi chức năng tim (siêu âm tim) lúc bắt đầu điều trị, 3 tháng một lần trong quá trình điều trị và 12 và 18 tháng sau khi bắt đầu điều trị.

Kết luận

Bệnh nhân suy tim thường có nhiều bệnh mắc kèm, do vậy các nhân viên y tế cần nhận thức được các thuốc có thể gây bất lợi cho bệnh nhân. Tổng quan này đã tổng kết lại nhiều cơ chế, thuốc thay thế và các chỉ số cần theo dõi trên các bệnh nhân suy tim cần sử dụng đồng thời nhiều thuốc.

Việc lựa chọn thuốc phù hợp, cùng với xác định và phòng ngừa các tác dụng không mong muốn của thuốc có thể cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ xảy ra đợt cấp hoặc tái nhập viện trên bệnh nhân suy tim.