

ĐIỂM TIN CẢNH GIÁC DƯỢC

Trần Thúy Ngân tổng hợp

Tiêm bắp – nguy cơ xơ hóa cơ delta ở trẻ em Việt Nam

Hai tác giả Khu Thị Khánh Dung và Lê Thanh Hải đã tiến hành nghiên cứu nhằm xác định nguy cơ xơ hóa cơ delta do tiêm bắp và tìm hiểu những yếu tố tác động lên quá trình xơ hóa cơ delta. Nghiên cứu sử dụng phương pháp thuận tập hồi cứu, thực hiện trên trẻ từ 0-5 tuổi có tiền sử tiếp bắp tại bệnh viện trong giai đoạn từ năm 1997-2002 tại huyện Quảng Xương tỉnh Thanh Hóa, nơi có tỷ lệ trẻ mắc xơ hóa cơ delta cao thứ hai trên cả nước. Tại bệnh viện huyện Quảng Xương, trên hồ sơ điều trị được lưu giữ lại trong vòng 10 năm, tỷ lệ trẻ mắc xơ hóa cơ delta là 7,4% (47/639). Tỷ lệ nam/nữ là 36/21 (nguy cơ tương đối RR=1,2; p>0,05). Trẻ có tiền sử tiêm bắp cơ delta dưới 12 tháng là 102/639 (20%), trẻ có tiền sử tiêm bắp cơ delta dưới 24 tháng là 278/639 (43,5%). Kết hợp trên 4 loại thuốc tiêm làm tăng nguy cơ xơ hóa cơ delta cao hơn 2 lần so với trường hợp tiêm đơn độc. Tiêm trên 9 mũi tiêm bắp làm tăng nguy cơ xơ hóa cơ delta hơn 2,09 lần. Từ kết quả này, nhóm nghiên cứu đưa ra kết luận tiêm bắp cơ delta là nguy cơ trực tiếp gây xơ hóa cơ delta, đặc biệt là tiêm kháng sinh vào cơ delta. Nhóm nghiên cứu cũng đưa ra khuyến cáo cần đưa quy định về vị trí tiêm, khối lượng thuốc tiêm phù hợp với lứa tuổi vào trong chương trình đào tạo cho tất cả các cán bộ y tế.

(*Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh – Tập 14 – Phụ bản số 2 năm 2010*)



Ảnh minh họa: internet



Những phản ứng bất lợi của thuốc trong điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Tiến Dũng, Vũ Thị Trâm và Nguyễn Mai Hương đã xác định tỷ lệ gặp phản ứng bất lợi và phân tích một số đặc điểm của những phản ứng bất lợi do kháng sinh và glucocorticoid. Phương pháp sử dụng là mô tả hồi cứu các trường hợp đã được bác sỹ kết luận là gặp ADR trong quá trình điều trị bằng thuốc. Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh án của những bệnh nhi vào điều trị nội trú tại khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2005 đến tháng 12/2006. Kết quả cho thấy trong 2 năm 2005-2006 có 60 bệnh nhi gặp phải phản ứng bất lợi của thuốc trên 4614 bệnh nhi vào điều trị nội trú, chiếm tỉ lệ 1,3%. Trong đó ADR xảy ra trước khi vào viện là 13,3% và tại bệnh viện là 86,7%. Kháng sinh là nhóm thuốc có tỷ lệ gặp ADR nhiều nhất (58,2%); tiếp theo là glucocorticoid (35,0%). Trong số các kháng sinh, beta-lactam là nhóm gây ADR với tỷ lệ cao nhất (87,5%) và cefotaxim chiếm vị trí hàng đầu trong nhóm kháng sinh này. Biểu hiện ADR hay gặp nhất là ban đỏ (23,5%); ngứa (22,4%); phát ban (21,2%) và mày đay (9,6%). Dị ứng do kháng sinh dùng đường tiêm truyền tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 88,6%; đường uống là 11,4%. Có 85,7% bệnh nhi nghi ngờ dị ứng với 1 thuốc; 14,3% nghi ngờ dị ứng với 2 thuốc trở lên. Các ADR hay gặp do glucocorticoid bao gồm đau thượng vị (49,0%); mặt Cushing (20,4%). Nhóm nghiên cứu đã đưa ra kết luận kháng sinh và glucocorticoid là hai nhóm thuốc có tỷ lệ ADR nhiều nhất. Thời gian dùng thuốc càng dài thì tỷ lệ gặp ADR do glucocorticoid càng cao.

(*Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh – Tập 14 – Phụ bản số 2 năm 2010*)

Một trường hợp ngộ độc artesunat ở trẻ em do kê đơn sai, quá liều dẫn đến tử vong

Nhân một trường hợp ngộ độc artesunat ở trẻ em do kê đơn sai, quá liều dẫn đến tử vong trên một trẻ em, tác giả Huỳnh Hồng Quang đã có bài phân tích được đăng trên tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Một bệnh nhi nam 5 tuổi từ vùng sốt rét lưu hành nhập viện sau khi được chẩn đoán sốt rét do *P. vivax* và đã được xử trí bằng artesunat đặt trực tràng liều 200mg x 2 lần/ngày x 4 ngày (tổng liều 1600mg; tương đương với 88mg/kg/ngày). Sau một thời gian cải thiện triệu chứng, đến ngày thứ 5 sau điều trị, bệnh nhi trở nên hôn mê, mất ý thức, động kinh, vàng da và xuất huyết tiêu hóa. Kết quả test *Plasmodium* đều âm tính (lam máu, xét nghiệm tủy xương và 2 loại test nhanh). Mẫu máu, nước tiểu và dịch não tủy được nuôi cấy để tìm vi khuẩn, virus đều âm tính. Chụp CT scan não cho thấy một hình ảnh phù não lan tỏa. Dù được điều trị tích cực, lâm sàng xấu hơn, dẫn đến động kinh, suy tuần hoàn, giảm huyết cầu toàn phần, suy gan, rối loạn đông máu, suy thận và cuối cùng bệnh nhi tử vong sau 6 ngày nhập

viện và sau 13 ngày kể từ khi dùng liều artesunat đầu tiên. Hội đồng chuyên môn đã xem lại hồ sơ an toàn về thuốc của dẫn xuất artesunat về hiệu ứng gây độc thần kinh tiềm tàng của thuốc này, đặc biệt dữ liệu dược động học artesunat sử dụng qua đường đặt trực tràng. Kết quả cho thấy artesunat đường trực tràng được kê đơn ở ca này bị sai liều dùng, cao gấp 7-8 lần so với liều tối đa khuyến cáo. Sai sót này có thể dẫn đến sự "phơi nhiễm" quá mức của hệ thần kinh trung ương với artesunat gây độc thần kinh, đặc biệt vùng cuống não, dẫn đến trụ tuần hoàn không hồi phục và gây tử vong. Theo ý kiến chủ quan từ tác giả, đây là ca đầu tiên được báo cáo liên quan đến nhiễm độc artesunat ở trẻ em, đối tượng đặc biệt rất dễ mắc phải sai sót trong kê đơn do thiếu thận trọng. Do vậy, tác giả đề nghị không nên sử dụng các chế phẩm thuốc của người lớn để dùng cho trẻ em và khuyến cáo các bệnh viện nên có phác đồ rõ ràng trong đó quy định cách tính liều thuốc điều trị sốt rét cho trẻ em mà không nên xem trẻ em như là một người lớn thu nhỏ.

(Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh – Tập 14 – Phụ bản số 2 năm 2010)

