

BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG
KHOA DƯỢC - TỔ DƯỢC LÂM SÀNG

BẢN TIN

THÔNG TIN THUỐC SỐ 2/2025



MỤC LỤC

01

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ



- Bệnh phổi kẽ do thuốc 1
- Trí tuệ nhân tạo trong tái tạo vú: Một bài đánh giá tường thuật 4
- Ca lâm sàng về Hội chứng xâm lấn do *Klebsiella pneumoniae* với áp xe gan, phổi và não có biến chứng nhiễm nấm phổi 13
- Suy dinh dưỡng và khuyến nghị dinh dưỡng trong bệnh gan 20

02

ĐIỂM TIN



- EMA: Các khuyến cáo mới về chỉ định của kháng sinh azithromycin từ Ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHMP) 24
- FDA: Cảnh báo về nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng thuốc kháng histamin đường uống sau đợt điều trị kéo dài 27
- WHO: Cảnh báo về thuốc tiêm giả IMFINZI 500mg/10ml 30
- Sai sót liên quan tốc độ truyền tĩnh mạch levofloxacin: Thông tin từ Bản tin WHO số 01/2025 32

benhvienungbuou@danang.gov.vn



0236.3.717.213.



Hoàng Thị Loan, Hoà Khánh, Đà Nẵng



SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ



<https://benhvienungbuoudanang.com.vn/>

BỆNH PHỔI KẼ DO THUỐC

DS. CKI Lê Thị Hải Yến

Thuốc gây bệnh phổi kẽ

Bệnh phổi kẽ là thuật ngữ chỉ một nhóm bệnh lý gây viêm hoặc xơ hóa nhu mô phổi.

Bệnh phổi kẽ do thuốc, hay bệnh phổi mô kẽ do thuốc (Drug-induced interstitial lung disease - DIILD), là tình trạng viêm và sẹo ở phổi, có thể xảy ra do tác dụng phụ của một số loại thuốc. Những tổn thương này làm suy giảm khả năng trao đổi khí của phổi và có thể dẫn đến suy hô hấp hoặc tử vong, gây ảnh hưởng đến khả năng hô hấp của phổi cũng như hấp thụ oxy vào máu, nếu không điều trị tốt bệnh dễ tiến triển thành mạn tính, gây xơ phổi và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng hô hấp của cơ thể.

Bệnh phổi kẽ là phản ứng có hại của thuốc trên phổi phổ biến nhất. Tất cả các đường dùng đều là uống, tiêm, bôi dưới da, đặt phụ khoa, nhỏ mắt hoặc hít, hút thuốc lá, cần sa, thuốc lá điện tử đều có tiềm năng gây tác dụng ngoại ý trên đường hô hấp.

Các loại thuốc thường gặp gây tổn thương phổi kẽ là thuốc hóa trị; nitrofurantoin; thuốc điều trị thấp khớp bao gồm kháng viêm không steroid; thuốc tim mạch như amiodarone, statin; kháng sinh; truyền máu; xạ trị; các thuốc trọng lượng phân tử nhỏ ức chế tyrosin kinase; các kháng thể đơn dòng...

Một số thuốc có thể gây bệnh phổi kẽ gồm nitrofurantoin, methotrexat, amiodaron, leflunomid, thuốc hóa trị liệu và một số thuốc sinh học (xem Bảng 1). Medsafe đã ghi nhận hàng trăm loại thuốc được báo cáo có khả năng gây bệnh phổi kẽ.



Bảng 1: Ví dụ về các thuốc liên quan đến bệnh phổi kẽ (danh sách không đầy đủ)

Thuốc	Nhận xét
Nitrofurantoin	Viêm phổi kẽ không hồi phục và/hoặc xơ phổi có thể xuất hiện khi điều trị dài ngày. Không kê đơn quá 6 tháng trừ khi lợi ích vượt trội nguy cơ. Có thể xuất hiện phản ứng phổi cấp tính hoặc bán cấp tính khi sử dụng ngắn ngày
Methotrexat	Viêm phổi kẽ cấp/ mạn tính và xơ phổi có thể xuất hiện và tiến triển nhanh chóng.
Amiodaron	Xơ phổi và/hoặc viêm phổi là những phản ứng đã được báo cáo. Bệnh nhân hồi phục nếu ngừng thuốc sớm.
Leflunomid	Đã có báo cáo về bệnh phổi kẽ.

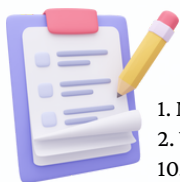


Thuốc hóa trị liệu	Đã có báo cáo về bệnh phổi kẽ khi sử dụng một số thuốc hóa trị liệu, bao gồm bleomycin, mitomycin, gemcitabin, oxaliplatin, melphalan, busulfan, carmustin, bortezomib, docetaxel và cyclophosphamid.
Thuốc sinh học	Đã có báo cáo về bệnh phổi kẽ khi sử dụng một số thuốc sinh học như thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch, chất ức chế TNF-alpha và kháng thể đơn dòng.
Thuốc điều trị ung thư khác	Viêm phổi và/hoặc viêm phổi kẽ đã được báo cáo khi sử dụng chất ức chế tyrosine kinase (như alectinib, dasatinib, everolimus) và chất ức chế PARP (như niraparib, olaparib).



GIÁM SÁT BỆNH PHỔI KẼ DO THUỐC

- Yếu tố nguy cơ gây bệnh phổi kẽ do thuốc:
 - - Tuổi (các cực lớn quá hoặc nhỏ quá dẫn đến chức năng thận suy giảm)
 - - Giới (nam với EGFR TKI, pemetrexed, methotrexate và amiodarone)
 - - chủng tộc (với một số thuốc như Nhật, người gốc Phi)
 - - Liều sử dụng thuốc cao
 - - Tổn thương phổi (bệnh phổi kẽ, xơ phổi vô căn) sẵn có trước đó.
 - - Hút thuốc lá, nghiện rượu và bệnh đồng mắc cũng làm gia tăng nguy cơ bệnh phổi do thuốc.
- Các triệu chứng khởi phát của bệnh phổi kẽ không đặc hiệu, bao gồm ho, khó thở và mệt mỏi. Chẩn đoán bệnh phổi kẽ dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh học và mô học. Trên lâm sàng, thuốc có thể là một nguyên nhân khi bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng hô hấp mới hoặc tiến triển trầm trọng. Bác sỹ trực tiếp tư vấn, hướng dẫn cụ thể cách theo dõi các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc điều trị để ngăn ngừa, phát hiện và xử trí sớm các tác dụng phụ.
- Bước quan trọng khi đánh giá khả năng độc tính phổi do thuốc là tạm ngưng thuốc nghi ngờ và quan sát xem có sự cải thiện trong vòng vài ngày hoặc vài tuần sau đó hay không. Khi phát hiện bệnh nhân mắc bệnh phổi kẽ do thuốc, cần ngừng thuốc ngay lập tức và điều trị bằng corticosteroid. Việc nhận biết và điều trị sớm có thể cải thiện tiên lượng của bệnh nhân.
- Khi sử dụng các thuốc có nguy cơ gây bệnh phổi kẽ, cần theo dõi chặt chẽ chức năng hô hấp của bệnh nhân. Phát hiện bệnh phổi kẽ muộn làm tăng nguy cơ tổn thương phổi không hồi phục và thậm chí tử vong.
- Tra cứu pneumotox.com để tìm các biến chứng trên phổi của các thuốc đã và đang sử dụng; đánh giá sự phù hợp các bệnh cảnh đã được mô tả theo y văn với biểu hiện lâm sàng. Đồng thời tiếp cận lâm sàng, cận lâm sàng hình ảnh học, hô hấp ký và dịch rửa phế quản phế nang (đôi khi mô bệnh học) để đánh giá toàn diện bệnh cảnh tìm nguyên nhân triệu chứng/tổn thương mới tại phổi: do bệnh nền, do thuốc hoặc bệnh mới mắc trên phổi trùng hợp. Tiếp cận 2 chiều giúp chẩn đoán cả những bệnh phổi do thuốc cũ và mới.



1. Medicine-induced interstitial lung disease
2. Wijsenbeek M, Suzuki A and Maher TM. 2022. Interstitial lung diseases. The Lancet 400(10354): 769-86. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01052-2 (accessed 11 October 2024).
3. Schwaiblmair M, Behr W, Haeckel T, et al. 2012. Drug induced interstitial lung disease. Open Respiratory Medical Journal 6: 63-74. DOI: 10.2174/1874306401206010063 (accessed 11 October 2024).
4. Quyết định số 1005/QĐ-BYT ngày 22/02/2023 do Bộ Y tế ban hành về việc ban hành chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi mô kẽ”.
5. <https://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/4606/Medsafe-benh-phoi-ke-do-thuoc.htm>

BÀI TỔNG QUAN TƯỜNG THUẬT VỀ VAI TRÒ VÀ ỨNG DỤNG CỦA TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ

DS. Đỗ Văn Khoa



1. Giới thiệu

Trí tuệ nhân tạo (AI) là một lĩnh vực mới nổi, khai thác sức mạnh công nghệ máy tính để nghiên cứu và phát triển các lý thuyết, phương pháp luận, kỹ thuật và hệ thống ứng dụng nhằm mô phỏng, mở rộng và nâng cao năng lực trí tuệ của con người. AI đang chuyển đổi phần lớn các ngành công nghiệp, từ tài chính và sản xuất đến vận tải và dịch vụ khách hàng. Trợ lý ảo AI, xe tự lái, tự động hóa công nghiệp và hệ thống đề xuất trên nền tảng phát trực tuyến là một số ví dụ về cách các mô hình học máy và học sâu có thể phân tích các tập dữ liệu lớn, nhận diện các mẫu tiềm năng và tối ưu hóa việc ra quyết định trong thời gian thực. Trong lĩnh vực y tế, AI đang phát triển nhanh chóng, trở thành một công cụ có giá trị và cải thiện chẩn đoán, lập kế hoạch điều trị và kết quả của bệnh nhân trên nhiều lĩnh vực y tế hoặc phẫu thuật. Do khả năng linh hoạt, ứng dụng AI đã tìm thấy nhiều lợi ích trong y học, đặc biệt là trong các lĩnh vực như xử lý hình ảnh, thị giác máy tính, mạng nơ-ron nhân tạo, học máy, mạng nơ-ron tích chập và học sâu.

Hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới phải đối mặt với những thách thức đáng kể trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc hiệu quả và chất lượng cao cho nhiều nhóm dân số khác nhau. Dân số già hóa, gánh nặng ngày càng tăng của các bệnh mãn tính và chi phí chăm sóc sức khỏe tăng liên tục là những yếu tố thúc đẩy chính phủ và các nhà cung cấp bảo hiểm tối ưu hóa lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. AI đang cách mạng hóa chăm sóc sức khỏe bằng cách tối ưu hóa quy trình làm việc và cho phép các chuyên gia y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc vượt trội, mang lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhân. Đối với cá nhân, AI có tiềm năng mở rộng khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, mang lại sự hài lòng và tuân thủ điều trị tốt hơn. Trong những năm gần đây, việc tích hợp AI vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe đã chứng kiến những tiến bộ ấn tượng. Các thuật toán học máy hiện có khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu, với các công cụ hỗ trợ AI có khả năng đạt được độ chính xác chẩn đoán tương đương với các bác sĩ lâm sàng. Trong phẫu thuật, các nền tảng robot như hệ

thống phẫu thuật Da Vinci giúp tăng cường độ chính xác và kết quả, đồng thời giảm tỷ lệ mắc bệnh sau phẫu thuật. AI cũng giảm gánh nặng hành chính cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua xử lý ngôn ngữ tự nhiên, giúp cải thiện hồ sơ y tế và hiệu quả hành chính. Mặc dù AI có tiềm năng cải thiện hệ thống chăm sóc sức khỏe, việc tích hợp AI vào hệ thống chăm sóc sức khỏe vẫn gặp phải một số thách thức: bảo mật và quyền riêng tư dữ liệu, thiếu các hướng dẫn đạo đức chuẩn mực, thiên kiến thuật toán và khoảng trống trong giáo dục. Để đảm bảo việc tích hợp AI vào hệ thống chăm sóc sức khỏe một cách hiệu quả và có đạo đức, những nhược điểm này cần được xem xét và giải quyết một cách tỉ mỉ.

Các bác sĩ phẫu thuật trong lĩnh vực phẫu thuật thẩm mỹ sử dụng nhiều kỹ thuật khác nhau (vật liệu alloplastic hoặc mô tự thân) để phục hồi hình dáng vú sau phẫu thuật cắt bỏ vú. Nhìn chung, tỷ lệ thành công sau phẫu thuật và kết quả tổng thể phụ thuộc rất nhiều vào trình độ đào tạo và kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật trong việc lập kế hoạch và thực hiện tái tạo. Mặc dù AI đã được nghiên cứu trong phẫu thuật thẩm mỹ và các lĩnh vực khác, khả năng xử lý dữ liệu và các công nghệ hỗ trợ của nó có tiềm năng nâng cao nhiều khía cạnh của kỹ thuật phẫu thuật, khiến nó có thể áp dụng tương tự cho tái tạo vú. Bài đánh giá này, qua xem xét các tài liệu hiện tại để cung cấp một cái nhìn tổng quan toàn diện về các ứng dụng của AI và các công nghệ hỗ trợ trong phẫu thuật tái tạo vú.

2. Ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong tái tạo vú

2.1. Lập kế hoạch trước phẫu thuật

Việc lập kế hoạch trước phẫu thuật toàn diện và kỹ lưỡng là chìa khóa cho bất kỳ ca tái tạo vú thành công nào. Các công cụ hình ảnh hỗ trợ AI cung cấp các bản tái tạo 3D chuyên sâu về giải phẫu bệnh nhân, khi vú được tái tạo trong cùng một cuộc phẫu thuật với cắt bỏ vú và cắt bỏ hạch bạch huyết, hoặc thứ phát, xảy ra sau đó. Các nghiên cứu chỉ ra rằng các thuật toán AI cải thiện đáng kể độ chính xác của việc diễn giải quét Cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp vi tính (CT), hỗ trợ phát hiện và phân loại khối u hoặc xác định và định vị các cấu trúc giải phẫu quan trọng để lập kế hoạch phẫu thuật. Các hệ thống AI có thể được đào tạo để xác định và phân loại các mốc giải phẫu có liên quan, các tổn thương tiềm ẩn, mạch máu và các đặc điểm quan trọng khác trên các hình ảnh y khoa.

2.1.1. Chụp ảnh trước phẫu thuật

Trong quá trình lập kế hoạch tái tạo vú bằng vật xuyên thương vị dưới sâu (DIEP), chụp CT mạch máu (CTA) được sử dụng để xác định và lựa chọn xuyên mạch phù hợp. Tuy nhiên, quá trình này có thể đầy thách thức, đòi hỏi kiến thức chuyên môn, điều này có thể khó đối với các bác sĩ trẻ. AI có thể nâng cao ở một mức độ nào đó độ chính xác của chẩn đoán và tốc độ báo cáo. Thật vậy, Civik J. và cộng sự đã nêu bật vai trò của AI trong việc dự đoán giải phẫu mạch máu ở vùng bụng và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn mạch xuyên tối ưu, hỗ trợ lập kế hoạch tốt hơn cho các thủ thuật vật DIEP, rút ngắn thời gian phân tích thủ công và có khả năng đẩy nhanh thời

gian phẫu thuật. Tương tự như vậy, Mavioso C. và cộng sự đã so sánh kết quả của việc nhận diện thủ công và bán tự động với kết quả phẫu tích trong mổ trên 40 hình ảnh CT mạch máu của 40 bệnh nhân được chỉ định tái tạo vú ngay hoặc trì hoãn. Sau cắt bỏ, kết quả cho thấy thuật toán AI đạt độ chính xác tương đương phương pháp thủ công trong việc xác định các mạch máu lớn, đồng thời rút ngắn thời gian phân tích tiền phẫu khoảng 2 giờ cho mỗi bệnh nhân với sai lệch vị trí mạch máu không có ý nghĩa về mặt lâm sàng.

Ngoài việc lập kế hoạch trước phẫu thuật, các thuật toán học sâu, chẳng hạn như các thuật toán sử dụng kiến trúc U-net, có thể giúp giảm bớt công sức của bác sĩ lâm sàng và sự biến thiên trong phân tích hình ảnh bằng cách thúc đẩy phân đoạn tự động. Công nghệ AI có thể nâng cao khả năng phát hiện và hỗ trợ quá trình ra quyết định lâm sàng, cung cấp phép đo kích thước và thể tích khối u hiệu quả. Dữ liệu từ 48 nghiên cứu đoàn hệ về hình ảnh tuyến vú cho thấy độ chính xác ấn tượng của AI trong phát hiện bất thường ở nhiều phương thức hình ảnh khác nhau. Chụp nhũ ảnh cho thấy hiệu suất chẩn đoán cao, với độ chính xác (AUC) gần bằng 0,87, chứng tỏ khả năng phân biệt giữa mô lành và mô bệnh lý. Siêu âm cho kết quả tốt hơn, với AUC khoảng 0,91, phản ánh độ chính xác thậm chí còn cao hơn. Tương tự, MRI và chụp cắt lớp vú kỹ thuật số (DBT) đạt được mức độ chính xác tương đương, lần lượt là 0,87 và 0,91. Những phát hiện này làm nổi bật hiệu quả của các phương pháp hình ảnh này trong việc phát hiện các bất thường ở vú, mang lại sự tin tưởng vào khả năng chẩn đoán của chúng. Mặc dù các phương thức chụp ảnh y học hạt nhân như PET (chụp cắt lớp phát xạ positron) hoặc chụp cắt lớp phát xạ ít hiệu quả hơn trong việc đánh giá chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm so với chụp nhũ ảnh, chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp phát xạ thụ thể (DBT) hoặc siêu âm, nhưng chúng đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện và phân loại hạch nách và đánh giá di căn. Một bài đánh giá của Balkenende và cộng sự nêu bật việc nhiều tác giả sử dụng mạng nơ-ron tích chập để cải thiện và xác định tỷ lệ phát hiện tổn thương trên hình ảnh hạt nhân.

2.1.2. Phân tầng rủi ro và hỗ trợ quyết định

Tái tạo vú, sử dụng mô tự thân hoặc vật liệu alloplastic, có thể là một nguyên nhân gây ra các biến chứng đáng kể cho bệnh nhân, có thể phát sinh ngay sau phẫu thuật hoặc ở giai đoạn muộn hơn. Một loạt các biến chứng có thể biểu hiện sau khi tái tạo vú, một số biến chứng phổ biến hơn tùy thuộc vào kỹ thuật tái tạo được lựa chọn. Các biến chứng phổ biến nhất bao gồm tắc nghẽn tĩnh mạch vật, co thắt bao xơ, tụ dịch, nhiễm trùng vết thương tại chỗ và hoại tử da. Trước những thách thức này, O'Neill và cộng sự đã phát triển một mô hình học máy để dự đoán nguy cơ hỏng vật ở những bệnh nhân trải qua tái tạo vú DIEP. Bằng cách phân tích các đặc điểm của bệnh nhân và các yếu tố kỹ thuật phẫu thuật, mô hình đã xác định các yếu tố nguy cơ như béo phì

, hút thuốc và thời điểm tái tạo, giúp dự đoán liệu hỏng vật sau phẫu thuật có thể xảy ra hay không. Tương tự, Yunchan Chen và cộng sự đã sử dụng mô hình mạng nơ-ron để dự đoán nguy cơ co thắt bao xơ sau khi phẫu thuật tái tạo vú hai giai đoạn bằng túi giãn mô và túi độn. Mô hình đã phân tích các yếu tố rủi ro cụ thể và cung cấp cho bác sĩ phẫu thuật đánh giá rủi ro dựa trên tỷ lệ phần trăm về khả năng phát triển co thắt bao xơ, giúp bác sĩ phẫu thuật cân nhắc chuyển sang lựa chọn phương pháp tái tạo bằng vật mô tự thân. Hơn nữa, Yi-Fu Chen đã sử dụng một mô hình học máy để dự đoán nhu cầu xạ trị sau phẫu thuật cắt bỏ vú sau khi tái tạo vú tức thì. Bằng cách phân tích các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật, mô hình đã đưa ra những dự đoán cá nhân hóa về nhu cầu xạ trị sau tái tạo, yếu tố vốn ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả tái tạo bằng vật liệu nhân tạo, từ đó hỗ trợ bác sĩ phẫu thuật trong việc lựa chọn thời điểm và loại hình tái tạo.

2.1.3. Dự đoán kết quả

Trí tuệ nhân tạo cung cấp khả năng dự đoán kết quả thẩm mỹ trong quá trình lập kế hoạch trước phẫu thuật ngực, giúp cả bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân hiểu rõ hơn về các kết quả tiềm năng. Ví dụ, mô hình học máy tỏ ra hữu ích trong việc tạo ra các công thức dự đoán thể tích ngực bằng các phép đo nhân trắc học. Ngoài ra, các mô hình học sâu đã được sử dụng để đánh giá thể tích và mật độ mô vú trên phim cộng hưởng từ MRI, từ đó có thể hướng dẫn lựa chọn túi độn phù hợp cho việc tái tạo. Dựa trên điều này, Chartier và cộng sự đã khám phá một mạng lưới nơ-ron được đào tạo trên hình ảnh lâm sàng thực tế, tỏ ra rất hiệu quả trong việc tạo ra các mô phỏng trước phẫu thuật gần giống với hình ảnh thực tế sau phẫu thuật. Phương pháp này có thể đặc biệt có giá trị trong phẫu thuật bên vú đối diện, vì nó giúp đạt được sự cân đối tối ưu giữa vú mới tái tạo và vú còn lại. Ngoài ra, Didzbalis và cộng sự đã nghiên cứu mối quan tâm của bệnh nhân về nâng ngực bằng cách sử dụng dữ liệu từ một trang mạng xã hội và các kỹ thuật học máy để giúp bác sĩ phẫu thuật giải quyết các mối quan tâm phổ biến trong quá trình tư vấn và cải thiện sự hài lòng tổng thể của bệnh nhân. Ngoài các ứng dụng này, các mô hình học máy có thể cải thiện quy trình lấy ý kiến đồng thuận bằng cách cung cấp cho bệnh nhân những dự đoán chính xác hơn, được cá nhân hóa về quá trình hồi phục và các rủi ro. Điều này giúp quản lý kỳ vọng và cung cấp hướng dẫn trước phẫu thuật tốt hơn, có liên quan trực tiếp đến sự hài lòng cao hơn sau phẫu thuật.

2.2. Hướng dẫn trong khi phẫu thuật

Khi nói đến phòng mổ, các hệ thống AI có thể đem lại thông tin quan trọng, như vị trí của mạch máu và mô, trực tiếp lên tầm nhìn của phẫu thuật viên. AI có thể mở rộng tính hữu ích của nó trong bối cảnh phẫu thuật, bằng cách sử dụng các hệ thống thị giác máy tính tiên tiến, công nghệ thực tế tăng cường và robot phẫu thuật (Da Vinci), trong một số trường hợp cung cấp hướng dẫn quan trọng và nâng cao độ chính xác của phẫu thuật. Hiện tại, AI chưa được báo cáo là đã được sử dụng trong phòng phẫu thuật để tái tạo vú, nhưng một số tác giả đã báo cáo việc sử dụng AI để xác định và chiếu các mặt phẫu tích an toàn theo thời gian thực trong khi thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày.

Đối với phẫu thuật tái tạo vú, điều này có thể bao gồm việc nhận dạng các lớp mô liên kết và các vùng vô mạch để hướng dẫn các chuyển động phẫu thuật chính xác và an toàn trong quá trình phẫu tích hạch hoặc lấy vạt mô. Mặc dù không liên quan đến phẫu thuật vú, Russell và cộng sự đã chứng minh được độ chính xác phẫu thuật được nâng cao, giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện kết quả sau phẫu thuật bằng cách sử dụng robot năm trục (IBM 7576) được trang bị thêm trục nghiêng, cảm biến lực và các công cụ cắt phẫu thuật.

Các hệ thống rô-bốt tiên tiến, chẳng hạn như rô-bốt Da Vinci, đã được sử dụng để cố định vật liệu nền da vô bào, lấy vạt mô và thực hiện các nối ghép vi phẫu với độ chính xác chưa từng có. Thêm vào đó, thực tế ứng dụng AI đã phát triển và nổi lên như một công cụ hữu ích để hình dung trong khi phẫu thuật, cho phép các bác sĩ phẫu thuật phủ dữ liệu giải phẫu 3D lên trường phẫu thuật để điều hướng chính xác. Những tiến bộ này không chỉ tối ưu hóa hiệu suất kỹ thuật mà còn đảm bảo kết quả sau phẫu thuật tốt hơn thông qua độ chính xác phẫu thuật được nâng cao và giảm các sai sót do mệt mỏi trong quá trình phẫu thuật. Các công nghệ như HoloLens của Microsoft cho phép các bác sĩ phẫu thuật phủ hình ảnh CTA trực tiếp lên trường phẫu thuật, nâng cao hiểu biết của họ về giải phẫu trước khi rạch hoặc thực hiện bóc tách mô. Thực tại và trong tương lai, tính ứng dụng của AI trong khi phẫu thuật bằng rô-bốt đã chứng kiến sự tăng trưởng nhanh chóng trong những năm gần đây nhưng chủ yếu vẫn ở giai đoạn tiền lâm sàng, không có nghiên cứu lâm sàng nào chứng minh ứng dụng công nghệ này vào tất cả các nhiệm vụ mà con người thực hiện. Các công nghệ hiện tại tập trung vào các nhiệm vụ đơn lẻ như điều khiển rô-bốt và theo dõi thiết bị phẫu thuật, hoạt động ở mức độ tự động hoá thấp.

2.3. Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật là mối quan tâm chính trong phẫu thuật tái tạo vú. AI đang chuyển đổi việc chăm sóc hậu phẫu bằng cách cho phép theo dõi liên tục và phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra. Myung và cộng sự đã xác thực việc sử dụng các mô hình học máy để dự đoán các biến chứng liên quan đến người hiến tặng ở 568 bệnh nhân trải qua phẫu thuật tái tạo vú bằng vạt TRAM bảo tồn cơ. Họ đã chứng minh rằng các công nghệ AI có thể đánh giá hiệu quả nguy cơ biến chứng liên quan đến vị trí hiến tặng trong các ca phẫu thuật tái tạo vú. Trong số các phương pháp học máy được đánh giá, họ nhận thấy rằng mạng nơ-ron đạt độ chính xác cao nhất (81%). AI cũng có thể được sử dụng để dự đoán các biến chứng sau phẫu thuật như nhiễm trùng quanh vị trí cấy ghép và nhu cầu lấy túi độn với độ chính xác cao hơn so với các phương pháp truyền thống. Bằng cách phân tích các yếu tố cụ thể và các biến số phẫu thuật, các mô hình này cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng những hiểu biết để điều chỉnh các biện pháp can thiệp và tối ưu hóa quá trình phục hồi.

Trí tuệ nhân tạo, đặc biệt là các mô hình ngôn ngữ lớn (LLM) như ChatGPT-3.5, -4 và Gemini, đã được đánh giá trong việc cung cấp lời khuyên chăm sóc hậu phẫu trong phẫu thuật thẩm mỹ. LMM đã cho thấy tiềm năng trong việc cung cấp lời khuyên cá

nhân hóa cho bệnh nhân về chăm sóc vết thương, hạn chế hoạt động, theo dõi triệu chứng và phát hiện sớm các biến chứng.

Việc theo dõi vạt sau phẫu thuật hiệu quả là rất quan trọng để ngăn ngừa hỏng vạt và đảm bảo tái tạo thành công, trong đó quan sát lâm sàng trực tiếp của bác sĩ được xem là tiêu chuẩn vàng. Kim và cộng sự đã phát triển một hệ thống tự động dựa trên AI để theo dõi vạt, có khả năng đánh giá tình trạng tưới máu vạt dựa trên hình ảnh chụp. Hệ thống này đã chứng minh tiềm năng theo dõi hiệu quả với sự tham gia tối thiểu của con người, giảm bớt gánh nặng cho nhân viên y tế.

Phân tích tính đối xứng sau khi tái tạo vú là quá trình cần nhiều thời gian đối với các bác sĩ lâm sàng và AI có khả năng xử lý và phân tích tính đối xứng một cách nhanh chóng, giúp theo dõi những thay đổi theo thời gian và cho phép các bác sĩ lâm sàng đánh giá mức độ phù hợp của quá trình tái tạo với các mục tiêu trước phẫu thuật.

2.4. Kế hoạch điều trị cá nhân hóa

Khả năng phân tích các tập dữ liệu lớn của AI cho phép lập kế hoạch điều trị cá nhân hóa, điều chỉnh các chiến lược tái tạo theo nhu cầu của từng bệnh nhân. Trong tương lai, AI có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đề xuất phương pháp tái tạo tối ưu tùy thuộc vào đặc điểm và sở thích của bệnh nhân. Ngoài ra, AI có thể tinh chỉnh các lựa chọn như vị trí lấy vạt, mạch máu nhận, loại túi giãn mô hoặc túi độn, và kỹ thuật phẫu thuật.

2.5. Nâng cao chất lượng đào tạo và nghiên cứu khoa học

Công nghệ AR đã xuất hiện trong đào tạo phẫu thuật mang lại những lợi ích quan trọng cho các học viên y khoa. Mặc dù chủ yếu được khám phá trong tiết niệu để đặt cấy ghép dương vật và chỉnh hình để định hướng ổ cối, phương pháp này chứng minh tiềm năng ứng dụng trong phẫu thuật tái tạo vú, giúp nâng cao khả năng quan sát không gian giải phẫu và cải thiện hiệu quả đào tạo cho các bác sĩ nội trú. Một số cơ sở đào tạo y khoa như Stanford Medicine đã tích hợp công nghệ AR vào chương trình đào tạo phẫu thuật thực hành. Về mặt nghiên cứu, khi được sử dụng thận trọng và tuân thủ các hướng dẫn cụ thể, LLM có thể có tác động đáng kể đến lĩnh vực này, cung cấp nhiều ý tưởng, hướng dẫn các nhà nghiên cứu mới, phân tích khối dữ liệu lớn của bệnh nhân để xác định các mô hình và có khả năng tạo ra những hiểu biết hoặc giả thuyết mới cho các nhà nghiên cứu trong tương lai. Học máy cũng có thể được sử dụng để phân tích các tập dữ liệu lớn, xác định mối quan hệ giữa các nhóm bệnh nhân, cuối cùng là cải thiện việc ra quyết định lâm sàng.

3. Thảo luận

Việc tích hợp AI vào tái tạo vú là một lĩnh vực đang phát triển nhanh chóng, và bài đánh giá này nhằm mục đích cung cấp một nền tảng vững chắc về tình hình hiện tại của vấn đề cho các bác sĩ phẫu thuật và nhà nghiên cứu, đồng thời xem xét các lợi ích tiềm năng, thách thức và định hướng tương lai. Giống như bất kỳ lĩnh vực khoa học đang mở rộng nào, việc tích lũy và tinh chỉnh bằng chứng sẽ cần thời gian kiến thức tổng thể về chủ đề này tiếp tục phát triển. Mặc dù đầy hứa hẹn, những thách thức như

độ chính xác không cao, tính minh bạch của thuật toán, lỗ hổng vi phạm bảo mật và việc tích hợp vào thực hành lâm sàng vẫn là những hạn chế đáng kể đối với việc tích hợp lâu dài. Ngoài ra, việc sử dụng AI trong chăm sóc sức khỏe có thể gây ra rủi ro đáng kể, và việc tuân thủ các khuyến nghị cụ thể là bắt buộc. Một trong những lĩnh vực quan trọng nhất mà AI có thể gây ra rủi ro đáng kể là trong phòng phẫu thuật. Mối lo ngại lớn nhất là khả năng xảy ra lỗi hệ thống, điều này có thể dẫn đến các quyết định phẫu thuật không chính xác hoặc thậm chí là chậm trễ trong việc phản hồi. Ví dụ, các hệ thống robot được hỗ trợ bởi AI sử dụng các thuật toán xử lý dữ liệu thời gian thực và học máy, nếu được đào tạo trên các tập dữ liệu không cân bằng hoặc không đại diện, có thể dẫn đến việc nhận dạng kém các điểm mốc và cấu trúc giải phẫu quan trọng, dẫn đến các cử chỉ robot không chính xác trong quá trình phẫu thuật. Ngoài ra, độ trễ trong phẫu thuật từ xa hoặc phẫu thuật robot từ xa có khả năng tạo ra lỗi thời gian, gây nguy hiểm cho sự an toàn của bệnh nhân. Việc ngăn ngừa những rủi ro này liên quan đến việc xác thực mạnh mẽ các hệ thống AI thông qua các thử nghiệm lâm sàng mở rộng và sự giám sát thường xuyên của con người. Mối quan ngại về AI trong phẫu thuật không chỉ giới hạn ở những rủi ro trong khi phẫu thuật mà còn ở khả năng thay thế công việc của các bác sĩ phẫu thuật và thậm chí trên toàn bộ ngành chăm sóc sức khỏe. Là một lĩnh vực phát triển khá nhanh chóng, tự động hóa hoàn toàn có thể khả thi trong tương lai gần, làm giảm nhu cầu can thiệp của con người và có khả năng tác động đến thị trường việc làm, hạn chế các cơ hội đào tạo. Việc sử dụng sai mục đích AI trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là trong các lĩnh vực phẫu thuật như tái tạo vú, có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng và cuối cùng là các mối quan ngại pháp lý đáng kể. Việc xác định trách nhiệm trong những trường hợp như vậy có thể là một thách thức và nên là một trong những chủ đề tranh luận chính của các chính phủ và cơ quan quản lý. Các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào việc tạo ra các hệ thống AI minh bạch, dễ hiểu và giải quyết các mối quan ngại về đạo đức, chẳng hạn như quyền riêng tư và sự chấp thuận của bệnh nhân về thông tin của họ.

Trong những năm gần đây, AI đã được ứng dụng rộng rãi trong các lĩnh vực như khoa học máy tính, tài chính, bảo mật dữ liệu, mạng xã hội, du lịch và vận tải, ngành công nghiệp ô tô và giáo dục, làm nổi bật nhu cầu tích hợp AI vào chăm sóc sức khỏe trong tương lai gần. Điều này có nghĩa là AI có tiềm năng cải thiện nhiều lĩnh vực của tái tạo vú và toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe, trong đó tái tạo vú là một lĩnh vực cốt lõi trên toàn thế giới.

Những tiến bộ trong các chuyên khoa phẫu thuật khác có tiềm năng đáng kể để tích hợp vào tái tạo vú, một lĩnh vực vẫn còn tương đối ít được khám phá trong nghiên cứu y học hiện tại. Hiện tại, phẫu thuật vi phẫu hỗ trợ bằng robot đã được đề cập để tăng cường độ chính xác và sự khéo léo trong các thủ thuật phức tạp như tái tạo vạt DIEP, và việc tích hợp AI và các công nghệ hỗ trợ có thể mở rộng tiềm năng lập kế hoạch và thực hiện phẫu thuật, mang lại kết quả tối ưu. Ngoài ra, việc tích hợp công nghệ thị

giác máy tính có thể mang lại nhiều lợi ích hơn nữa, mở đường cho robot tự động trong tương lai. Các ứng dụng khác trong lĩnh vực này bao gồm công nghệ AR (Augmented Reality - Thực tế tăng cường), có khả năng mang lại lợi ích cho việc lập kế hoạch phẫu thuật, thực hiện và kết quả tổng thể. HoloLens đã chứng minh khả năng chồng lớp thông tin hình ảnh CTA lên bệnh nhân, hỗ trợ xác định và lập kế hoạch bóc tách động mạch xuyên. Tương tự như vậy, hình ảnh chụp mạch máu MRI và CT cũng đã được sử dụng với kính thực tế tăng cường để đánh giá hình thái vú và hình ảnh hóa động mạch xuyên bụng, cung cấp thông tin chi tiết có giá trị để lập kế hoạch phẫu thuật tái tạo bằng vi phẫu. Tuy nhiên, khi các công nghệ dường như trở nên chính xác hơn trong việc cải thiện độ chính xác của phẫu thuật, việc tích hợp vào các hoạt động lâm sàng phải đối mặt với những thách thức bắt nguồn từ nhu cầu đào tạo chuyên sâu và chi phí liên quan đến thiết bị tiên tiến. Các ứng dụng tiềm năng khác của AI bao gồm tích hợp vào công nghệ in 3D, có khả năng cho phép mô phỏng chi tiết các mô hình vú, tối ưu hóa kế hoạch phẫu thuật vật và kết quả thẩm mỹ. Ngoài ra, như đã nêu trong phần lập kế hoạch trước phẫu thuật, các mô hình học sâu đã được sử dụng để đánh giá thể tích và mật độ vú trên các lần quét MRI, cung cấp cho bác sĩ phẫu thuật những hiểu biết có giá trị để lựa chọn túi độn. Với khả năng đánh giá các loại mô khác nhau trên các nghiên cứu hình ảnh khác nhau, AI có khả năng được sử dụng trong tương lai để tối ưu hóa các chiến lược ghép mỡ. Bằng cách phân tích khả năng duy trì thể tích và khả năng sống của mô trên các kỹ thuật hình ảnh khác nhau để đánh giá các mô ghép mỡ, nó có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc phát triển các kế hoạch điều trị cá nhân hóa cho các ca tái tạo vú kết hợp.

Hiện tại, rõ ràng là AI không thể thay thế hoàn toàn đội ngũ phẫu thuật và không có khả năng tự chủ hoàn toàn như con người, nhưng việc tích hợp vào các khía cạnh khác nhau của hoạt động phẫu thuật rõ ràng có tiềm năng góp phần cải thiện toàn diện. Tương lai của tái tạo vú sẽ đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ hơn giữa bác sĩ phẫu thuật, nhà nghiên cứu và chuyên gia công nghệ máy tính, tạo ra những đổi mới vừa có liên quan đến lâm sàng vừa tiên tiến về mặt kỹ thuật. Tương tự, việc triển khai công nghệ AI đòi hỏi đào tạo chuyên sâu cho cả bác sĩ phẫu thuật và nhân viên y tế phụ trợ, cũng như tiến hành các thử nghiệm lâm sàng để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Tổng quan này cung cấp một phân tích toàn diện về các tài liệu hiện có về ứng dụng AI trong tái tạo vú, cung cấp một nguồn tài nguyên quý giá cho các bác sĩ phẫu thuật và nhà nghiên cứu trong lĩnh vực này. Bài tổng quan chủ yếu cố gắng kết nối kiến thức từ nhiều chuyên khoa khác nhau, bao gồm phẫu thuật, X quang, khoa học máy tính, công nghệ bổ sung và robot, đồng thời nhấn mạnh những lợi ích mà AI có thể mang lại trong việc lập kế hoạch phẫu thuật và kết quả tổng thể của bệnh nhân. Đề cập đến những tiến bộ mới nhất trong AI và các công nghệ bổ sung, bản thảo đưa ra những hiểu biết sâu sắc về cách những đổi mới này có thể mang lại lợi ích cho việc thực hành tái tạo vú. Rõ ràng, cần phải thừa nhận một số hạn chế. Thứ nhất, là một bài tổng

quan tường thuật, bài viết này thiếu phân tích định lượng được đưa vào các bài tổng quan hệ thống hoặc phân tích tổng hợp. Thứ hai, mặc dù bài tổng quan bao gồm nhiều nghiên cứu, nhưng một số khía cạnh hoặc ứng dụng nhất định đã không được đề cập đầy đủ để không làm chệch hướng phạm vi của bài tổng quan này. Thứ ba, sự phát triển theo cấp số nhân của những tiến bộ công nghệ trong AI đồng nghĩa với việc một số bản thảo và công nghệ được trích dẫn có thể nhanh chóng trở nên lỗi thời. Ngoài ra, còn thiếu rất nhiều thử nghiệm lâm sàng, làm giảm đáng kể lượng dữ liệu chất lượng cao đáng lẽ có thể được đề cập trong nhiều lĩnh vực của bài tổng quan.

Cuối cùng, AI và các công nghệ bổ sung có tiềm năng đáng kể để thúc đẩy tiến bộ trong tái tạo vú, nâng cao cả hoạt động lâm sàng và quá trình học tập, có khả năng giảm chi phí chăm sóc sức khỏe.

4. Kết luận

Trí tuệ nhân tạo (AI) trong lĩnh vực tái tạo vú có thể phát triển nhanh chóng và có tiềm năng thay đổi hoàn toàn các kỹ thuật hiện tại bằng cách hỗ trợ lập kế hoạch trước phẫu thuật, tăng độ chính xác phẫu thuật, rút ngắn thời gian phẫu thuật, cung cấp các mô hình dự đoán biến chứng sau phẫu thuật, đồng thời cải thiện kết quả tổng thể và sự hài lòng của bệnh nhân. Bài đánh giá này nhằm mục đích cung cấp khuôn khổ cho các nghiên cứu sâu hơn về ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong tái tạo vú. Khi AI phát triển và ngày càng có nhiều thử nghiệm lâm sàng triển vọng được thực hiện, các ứng dụng của AI trong tái tạo vú có thể sẽ được mở rộng, mang lại lợi ích lớn hơn nữa cho bệnh nhân và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.



<https://www.mdpi.com/1648-9144/61/3/440>

CA LÂM SÀNG VỀ HỘI CHỨNG XÂM LẤN DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE VỚI ÁP XE GAN, PHỔI VÀ NÃO CÓ BIẾN CHỨNG NHIỄM NẤM PHỔI

DS. Đặng Thị Thu Hiếu

(Báo cáo ca bệnh này đã được ủy ban đạo đức của Bệnh viện Nhân dân số 1 Thành Đô, Trung Quốc chấp thuận)

Hội chứng xâm lấn do *Klebsiella pneumoniae* (KPIS) là một bệnh nhiễm trùng đa ổ nghiêm trọng thường do *Klebsiella pneumoniae* siêu độc lực gây ra. Vi khuẩn này tương đối phổ biến ở bệnh nhân tiểu đường châu Á và có thể gây áp xe nội tạng hoặc nhiễm trùng huyết. Khi bệnh nhân bị nhiễm trùng não, tiên lượng thường kém. Sau khi bệnh nhân được điều trị nhiễm trùng: áp xe gan và phổi do *Klebsiella pneumoniae* gây ra và nhiễm nấm phổi đã thuyên giảm, nhưng áp xe não lại trở nên nặng hơn. Những trường hợp nhiễm trùng phức tạp và nghiêm trọng như vậy hiếm khi được báo cáo. Việc phát hiện sớm nhiễm trùng não, lựa chọn kháng sinh có nồng độ cao trong dịch não tủy và điều trị tích cực các biến chứng như tiểu đường và nhiễm nấm có ý nghĩa rất lớn đối với tiên lượng của bệnh nhân.

Để hiểu thêm về KPIS, chúng ta đến với ca lâm sàng (tại 1 bệnh viện ở Trung Quốc):

Một bệnh nhân nam, 71 tuổi, nhập viện với triệu chứng sốt và khó thở trong 3 ngày. Nhiệt độ cao nhất là 39.5°C, kèm theo buồn nôn và nôn. Bệnh nhân cũng có biểu hiện chóng mặt, mệt mỏi, không đau đầu, đau ngực, đau bụng hay rối loạn ý thức. **Một ngày trước khi nhập viện**, bệnh nhân đã đến khám tại một bệnh viện địa phương. Xét nghiệm cho thấy:

+ Số lượng bạch cầu (WBC): $13.97 \times 10^9/L$ (giá trị bình thường: $3.5-9.5 \times 10^9/L$).

+ Tỷ lệ bạch cầu trung tính: 91.8% (bình thường: 40–75%).

+ Tiểu cầu (PLT): $54 \times 10^9/L$ (bình thường: $100-300 \times 10^9/L$).

+ CRP: 313.96 mg/L (bình thường: <10 mg/L).

+ hs-CRP: >10 mg/L (bình thường: <10 mg/L).

+ Procalcitonin (PCT): >95 ng/ml (bình thường: <0.5 ng/ml).

Chụp CT sọ não phát hiện teo não. CT ngực cho thấy nhiều nốt phổi hai bên, nốt lớn nhất khoảng 7×5 mm, có tràn dịch màng phổi nhẹ hai bên. CT bụng phát hiện một tổn thương giảm đậm độ hình tròn đường kính ~46 mm ở đỉnh thùy phải gan, nghi ngờ áp-xe gan. Do các kết quả chụp CT này được thực hiện ở bệnh viện khác nên chỉ có báo cáo bằng văn bản mà không có hình ảnh.

Chẩn đoán chính tại bệnh viện địa phương: Nhiễm trùng huyết, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) và áp-xe gan. Bệnh nhân được thở máy không xâm lấn và điều trị bằng imipenem-cilastatin. Do tình trạng xấu đi và rối loạn ý thức tiến triển, bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Nhân dân số 1 Thành Đô, Thành Đô, Trung Quốc.

Tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân được đặt nội khí quản và chuyển vào Khoa Hồi sức Tích cực (ICU). Tri giác hôn mê, điểm Glasgow (GCS) là 5. Nghe phổi có ran ẩm, ấn bụng không đau. Không có dấu hiệu màng não hoặc dấu hiệu bệnh lý thần kinh. Sau khi nhập viện, bệnh nhân được thở máy xâm lấn, dùng thuốc an thần và giảm đau. Xét nghiệm cho thấy:

- + WBC: $16.75 \times 10^9/L$.
- + Tỷ lệ bạch cầu trung tính: 90.1%.
- + PLT: $54 \times 10^9/L$.
- + hs-CRP: 268.48 mg/L.
- + PCT: >95 ng/mL
- + AST: 169 U/L (bình thường: 0–50 IU/L).
- + ALT: 86 U/L (bình thường: 0–50 IU/L).
- + Glucose máu tĩnh mạch: 29.02 mmol/L (bình thường: 3.9–6.1 mmol/L)
- + Creatinine: 142 $\mu\text{mol/L}$ (bình thường: 45–84 $\mu\text{mol/L}$)
- + Ure máu: 10.48 mmol/L (bình thường: 2.1–7.2 mmol/L)

Siêu âm Doppler màu phát hiện khối hỗn hợp âm kích thước 4.4×4.8 cm ở phân thùy 8 của gan, nghi ngờ áp-xe. Do chưa hóa lỏng hoàn toàn, chưa thể dẫn lưu. Được sĩ lâm sàng khuyến nghị tiếp tục dùng imipenem-cilastatin (1g TM mỗi 6 giờ, truyền >3 giờ), kết hợp bảo vệ gan, long đờm, dinh dưỡng và kiểm soát đường huyết.

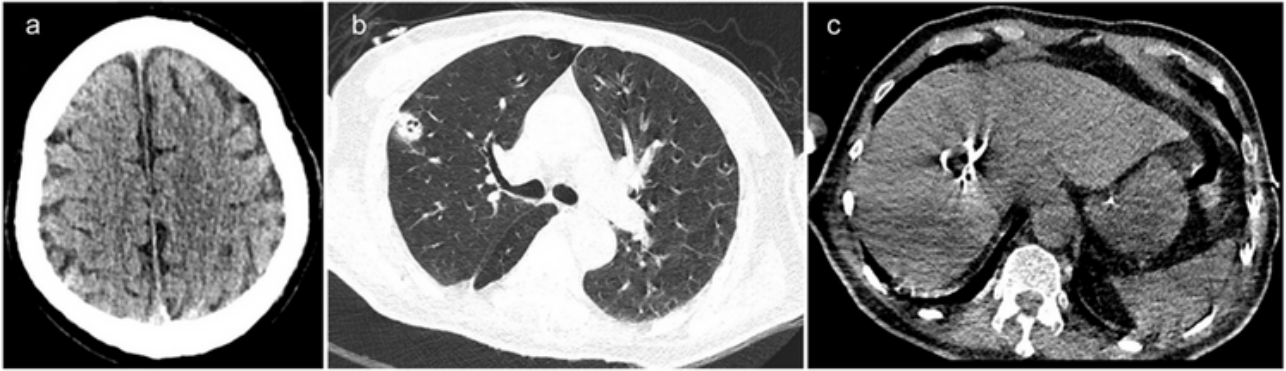
Ngày thứ 3, bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng, phải dùng norepinephrine để nâng huyết áp. Xuất hiện suy thận cấp, nên được điều trị bằng lọc máu liên tục. Tiểu cầu giảm mạnh ($31 \times 10^9/L$), phải truyền 1 đơn vị tiểu cầu trước khi dự định dẫn lưu áp-xe.

Ngày thứ 7, WBC tăng lên $34.79 \times 10^9/L$, hs-CRP giảm còn 97.85 mg/L. Xét nghiệm (1,3)-beta-D-glucan: 137.5 pg/ml (bình thường: 0–70 pg/ml), nhưng galactomannan bình thường. Giải trình tự gen thể hệ mới (mNGS) dịch rửa phế quản phát hiện *Klebsiella pneumoniae*, *Candida albicans* và *Aspergillus flavus* complex, không có virus. Cấy máu xác định *K. pneumoniae* (không sinh ESBL, nhạy cảm với piperacillin/tazobactam, tetracyclines, macrolides, cephalosporins, aminoglycosides, quinolones, carbapenems; kháng với ampicillin và ticacillin).

Điều chỉnh kháng sinh: Chuyển sang piperacillin/tazobactam (4.5g TM mỗi 8 giờ) kết hợp voriconazole (200mg TM mỗi 12 giờ, liều đầu 300mg). Siêu âm cho thấy áp-xe gan tăng kích thước (6.4×5.3 cm), nên đã dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm. Dịch mủ màu đỏ nhạt được gửi đi cấy vi sinh.

Sau ngừng thuốc an thần, bệnh nhân vẫn hôn mê (GCS 4). CT sọ não phát hiện nhồi máu não lỗ khuyết (Hình 1a). CT ngực thấy viêm phổi và nốt phổi có hang (Hình 1b). CT bụng xác định áp-xe gan và dấu hiệu ống dẫn lưu (Hình 1c).

HÌNH 1

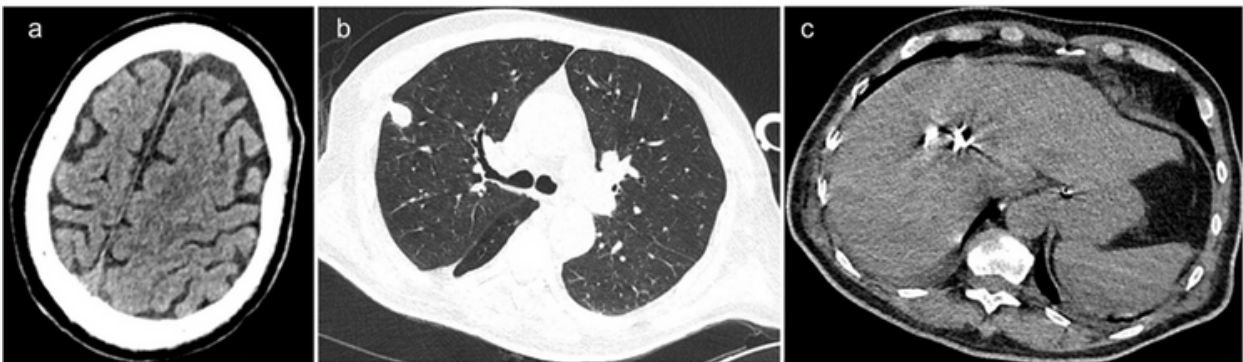


Hình 1: Vào ngày thứ 7, chụp CT đầu cho thấy các tổn thương giảm đậm độ xung quanh thùy trán hai bên, hạch nền và não thất bên, gợi ý nhồi máu não ổ khuyết (a). Chụp CT ngực cho thấy các nốt phổi hai bên với khoang trung tâm. Nốt lớn nhất nằm ở thùy trên phải và có kích thước khoảng 23 x 17 mm (b). Chụp CT bụng cho thấy một áp xe ở thùy gan phải, với mặt cắt ngang tối đa là 33,69 x 37,21 mm và dấu hiệu catheter (c).

Ngày thứ 10, cấy mủ (dịch mủ ở áp xe gan) cũng xác định *K. pneumoniae* nhạy với piperacillin/tazobactam.

Ngày thứ 14, CT kiểm tra cho thấy: Não: Không thay đổi đáng kể (Hình 2a). Phổi: Viêm phổi và áp-xe giảm (Hình 2b). Gan: Kích thước áp-xe thu nhỏ (Hình 2c).

HÌNH 2

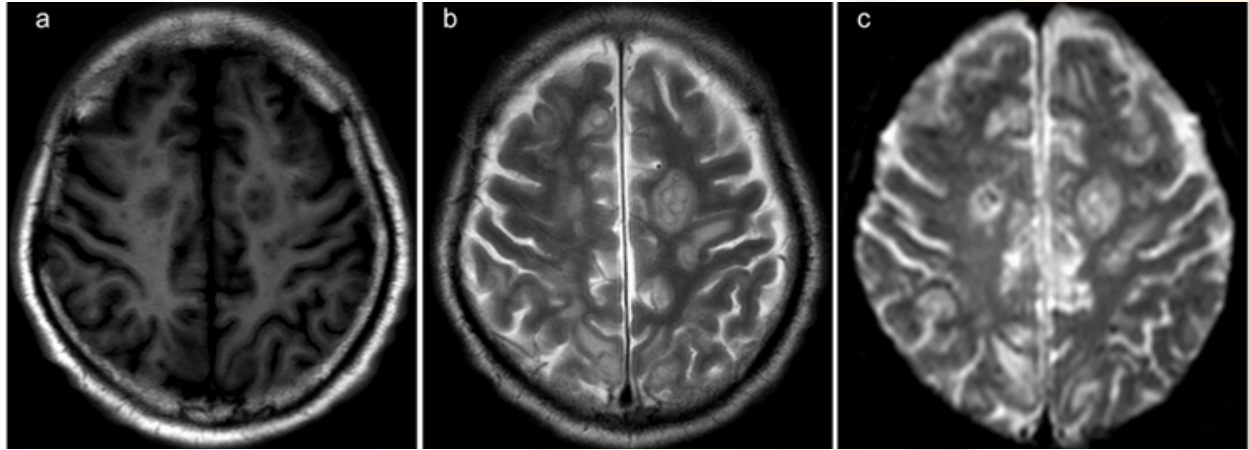


Hình 2: Vào ngày 14, chụp CT đầu cho thấy các tổn thương giảm đậm độ, không có thay đổi rõ ràng so với các phát hiện trước đó (a). Chụp CT ngực cho thấy viêm phổi hai bên và áp xe đã giảm so với các phát hiện trước đó (b). Chụp CT bụng cho thấy kích thước áp xe gan ở thùy gan phải giảm so với các phát hiện trước đó, với sự hiện diện của các đặc điểm cho thấy có ống thông bên trong (c).

Ngày thứ 15, ống dẫn lưu áp-xe gan không còn dịch, nên được rút. Tình trạng áp-xe phổi và gan cải thiện, ống nội khí quản được rút nhưng bệnh nhân vẫn hôn mê (GCS 3).

Ngày thứ 21, MRI sọ não phát hiện nhiều ổ áp-xe não (Hình 3a–c). Dù chuyên gia thần kinh đề nghị chọc dò tủy sống, tuy nhiên gia đình đã từ chối. Chẩn đoán cuối cùng: Hội chứng nhiễm trùng *K. pneumoniae* (KPIS), nhiễm nấm phổi, suy đa tạng và nhiễm trùng huyết.

HÌNH 3



Hình 3: Vào ngày 21, hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) não cho thấy các mảng xơ vữa lan rộng hoặc các tín hiệu bất thường hình tròn trong nhu mô não. Các tín hiệu này xuất hiện với cường độ thấp trên hình ảnh T1 (a), cường độ cao trên hình ảnh T2 (b) và cho thấy sự khuếch tán hạn chế trên hình ảnh khuếch tán (c).

Gia đình xin không điều trị. Bệnh nhân tử vong tại bệnh viện địa phương sau 3 ngày xuất viện.

Các kết quả xét nghiệm máu:

Ngày	Bạch cầu *10 ⁹ /L	Tỷ lệ bạch cầu trung tính %	PLT *10 ⁹ /L	hs-CRP mg/L	PCT ng/mL	AST U/L	ALT U/L	Creatinin umol/L	Urê nitơ mmol/L
Ngày 1	16,75	90,1	54	268,48	không	169	86	142	10,48
Ngày 2	12,95	87,1	47	282,49	> 95,00	160	80	139	12,42
Ngày 3	17,07	92	31	273,09	/	183	77	293	19,75
Ngày 4	14,87	85,4	45	260,41	88,5	/	/	/	/
Ngày 5	15,13	74,5	45	166,87	/	69	40	128	13,62
Ngày 7	34,79	80,4	130	/	20,75	63	22	191	18,59
Ngày 10	20,86	86,2	248	95,46	/	43	16	/	/
Ngày 13	14,8	84,9	281	105,47	/	48	26	151	19,87
Ngày 15	8,55	78,6	260	92,43	0,65	/	/	/	/
Ngày 18	10,93	81,6	316	50,36	/	/	/	/	/

1. Giá trị bình thường của các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm:
2. Bạch cầu (WBC): $3,5-9,5 \times 10^9/L$
3. Tỷ lệ bạch cầu trung tính: 40–75%
4. Protein phản ứng C tăng nhạy cảm (hs-CRP): $< 10 \text{ mg/L}$
5. Tiểu cầu (PLT): $100-300 \times 10^9/L$
6. Procalcitonin (PCT): $< 0,5 \text{ ng/ml}$
7. Aspartate aminotransferase (ASL): 0–50 IU/L
8. Alanine aminotransferase (ALT): 0–50 IU/L
9. Creatinin: 45–84 $\mu\text{mol/L}$
10. Nitơ urê: 2,1–7,2 mmol/L

Thảo luận:

1. Đặc điểm vi khuẩn và cơ chế gây bệnh của *Klebsiella pneumoniae* (K. pneumoniae)

- K. pneumoniae thuộc họ Enterobacteriaceae, thường khu trú ở miệng và ruột người.
- Chứng siêu độc lực (hvKp - hypervirulent K. pneumoniae):
 - +Vỏ K1 và K2: Liên quan đến áp-xe gan, phổi, não và viêm nội nhãn.
 - +Kiểu hình nhầy (hypermucoviscosity): Tăng khả năng xâm lấn mô.
 - +Kháng thuốc: Dễ tái phát, khó điều trị.

2. Áp-xe gan do K. pneumoniae (KLA)

Đặc điểm:

- Thường xảy ra không có yếu tố nguy cơ (như bệnh gan mật, phẫu thuật bụng)
- hvKp (K1/K2) là tác nhân chính, gây biến chứng nặng:
 - +14.1% bệnh nhân nhiễm K1 bị viêm nội nhãn mủ.
 - +10.5% nhiễm K2 có biểu hiện tương tự.

3. Yếu tố nguy cơ KPIS

Tỷ lệ nhiễm K. pneumoniae tăng ở những bệnh nhân bị suy giảm chức năng miễn dịch, chẳng hạn như tiểu đường, nghiện rượu, bệnh ác tính, bệnh gan và mật, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, liệu pháp corticosteroid và suy thận. Những yếu tố này có thể dẫn đến nhiễm trùng nhiều vị trí do K. pneumoniae. Khi K. pneumoniae gây áp xe phổi, viêm nội nhãn, nhiễm trùng hệ thống trung ương, viêm cân hoại tử và các nhiễm trùng đa vị trí khác, trên lâm sàng, tình trạng này được gọi là KPIS. Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ mắc KPIS do hvKp gây ra là khoảng 12%.

4. Bàn luận về ca bệnh:

Ở những bệnh nhân tiểu đường, lượng đường trong máu tăng dẫn đến bệnh mạch máu ngoại vi, tăng tính thấm của thành mạch máu và giảm hàm lượng oxy trong máu ở các mô xung quanh. Những yếu tố này tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển và sinh sôi của vi khuẩn. Do đó, những bệnh nhân tiểu đường bị nhiễm *K. pneumoniae* dễ bị phát tán qua đường máu, dẫn đến nhiều ổ áp xe ở các vị trí như vùng nội sọ, phổi và gan. Kiểm soát đường huyết chặt chẽ có thể ngăn ngừa sự xuất hiện của các biến chứng di căn, trong khi kiểm soát đường huyết kém có thể dẫn đến tiên lượng xấu hơn cho bệnh nhân mắc KPIS. Ở phần lớn bệnh nhân bệnh nặng và không bệnh nặng, phạm vi kiểm soát đường huyết mục tiêu là 140–180 mg/dL (7,8–10,0 mmol/L). Để đạt được mục tiêu này, cần sử dụng insulin tiêm tĩnh mạch khi mức đường huyết ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L). Trong trường hợp hiện tại, hemoglobin glycosyl hóa tăng đáng kể khi nhập viện cho thấy kiểm soát đường huyết gần đây kém, đây là một trong những lý do gây ra KPIS và tiên lượng xấu cho bệnh nhân.

Đối với bệnh nhân tiểu đường, đặc biệt là những người kiểm soát đường huyết kém, cần tiến hành các xét nghiệm toàn diện nếu xảy ra KLA. Các xét nghiệm này bao gồm chụp CT ngực và bụng, cũng như chụp MRI sọ não, để sàng lọc tất cả các vị trí nhiễm trùng có thể xảy ra. Trong trường hợp này, bệnh nhân có biểu hiện suy giảm ý thức và chụp CT đầu cho thấy các tổn thương giảm đậm độ. Mặc dù các phát hiện hình ảnh không đặc hiệu, nhưng vẫn cần cảnh giác với khả năng nhiễm trùng nội sọ. Tuy nhiên, tại thời điểm đó, bệnh nhân đã được đặt nội khí quản và đang thở máy xâm lấn, vì vậy không thể hoàn thành chụp MRI sọ não. Không thể phủ nhận rằng bệnh viện đã không nhận thức đầy đủ về khả năng áp xe não. Những yếu tố này đã góp phần làm chậm chẩn đoán áp xe não ở bệnh nhân. Ngoài ra, bệnh nhân cũng bị nhiễm nấm đồng thời ở phổi, dẫn đến tiên lượng rất xấu. Dịch rửa phế quản phế nang, cấy máu và mủ đều cho thấy *K. pneumoniae*. Sau khi nhập viện, bệnh nhân ban đầu được điều trị bằng imipenem-cilastatin để chống nhiễm trùng. Dựa trên xét nghiệm vi sinh và chức năng thận, kháng sinh được chuyển sang piperacillin/tazobactam. Các xét nghiệm theo dõi cho thấy các dấu hiệu nhiễm trùng giảm như WBC, CRP và PCT. Chụp CT ngực lặp lại cho thấy viêm phổi được cải thiện. Chụp CT bụng lặp lại cho thấy sự cải thiện của áp xe gan. Những phát hiện này chỉ ra rằng điều trị bằng piperacillin/tazobactam nhằm mục tiêu hiệu quả vào nhiễm trùng do *K. pneumoniae* gây ra. Tuy nhiên, nồng độ của thuốc này phân bố trong dịch não tủy thấp, điều này có thể giải thích sự cải thiện trong nhiễm trùng ngoài não nhưng áp xe não lại trở nên nặng hơn. Đối với việc lựa chọn kháng sinh chống lại KLA, cephalosporin là những kháng sinh chính hiện nay, có thể được kết hợp với aminoglycosid. Đối với nhiễm trùng nội sọ, điều quan trọng là phải chọn kháng sinh

có nồng độ cao trong dịch não tủy. Thuốc được ưu tiên là cephalosporin thế hệ thứ ba, chẳng hạn như ceftriaxone và cefotaxime. Trong trường hợp nghi ngờ chủng vi khuẩn sản xuất β -lactamase phổ rộng, có thể dùng imipenem và meropenem. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự cho thấy meropenem được khuyến cáo là phương pháp điều trị đầu tay cho những bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng ở nhiều vị trí. Tuy nhiên, thời gian điều trị bằng kháng sinh nên được xác định dựa trên kết quả xét nghiệm và hình ảnh. Đối với bệnh nhân cao tuổi, những người mắc bệnh tiểu đường, những người kháng piperacillin/tazobactam hoặc cefotaxime, những bệnh nhân được đưa vào khoa chăm sóc đặc biệt và những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao khác, khi được chẩn đoán mắc KLA, carbapenem nên là lựa chọn ưu tiên để điều trị bằng thuốc kháng khuẩn.

5. Tóm lại, ở những bệnh nhân nhiễm trùng hvKp hoặc đái tháo đường kèm theo, cần thận trọng khi xuất hiện biến chứng KPIS khi áp xe phổi hoặc áp xe gan phát triển. Đối với những bệnh nhân có thể bị nhiễm trùng não, cần chụp MRI sọ não sớm và lựa chọn kháng sinh có khả năng phân bố cao hơn trong dịch não tủy. Đồng thời, cần điều trị tích cực các biến chứng của bệnh nhân và hỗ trợ dinh dưỡng.



<https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-023-00574-1>



SUY DINH DƯỠNG VÀ KHUYẾN NGHỊ DINH DƯỠNG TRONG BỆNH GAN

DS. Nguyễn Thục Huyền

Gan là cơ quan lớn nhất trong cơ thể, và có lẽ là cơ quan phức tạp nhất trong quá trình chuyển hóa. Gan gồm nhiều loại tế bào có chức năng chuyển hóa khác nhau, và có nguồn cung cấp máu kép, bao gồm tĩnh mạch cửa, vận chuyển chất dinh dưỡng và các chất chuyển hóa có nguồn gốc từ ruột. Do đó, không có gì ngạc nhiên khi gan đóng vai trò then chốt trong sức khỏe dinh dưỡng. Có mối liên hệ chặt chẽ giữa mức độ nghiêm trọng của bệnh gan và tình trạng suy dinh dưỡng. Tuy nhiên, suy dinh dưỡng ở bệnh nhân gan vẫn là vấn đề chưa được nhận diện đúng mức – không chỉ ở người gây yếu mà cả ở những người thừa cân nhưng lại mất khối lượng cơ (béo bì kèm teo cơ). Do đó, điều quan trọng là phải nhận biết tình trạng suy dinh dưỡng và bắt đầu hỗ trợ dinh dưỡng sớm cho những bệnh nhân này. Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) đã có hướng dẫn lâm sàng về dinh dưỡng trong bệnh gan, cung cấp các thông tin để có thể sàng lọc sớm, tư vấn và can thiệp kịp thời về dinh dưỡng cho bệnh nhân gan.

TÓM TẮT CÁC NỘI DUNG CHÍNH TẠI HƯỚNG DẪN:

1. Định nghĩa và ý nghĩa lâm sàng của suy dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng được định nghĩa là sự thiếu hụt, dư thừa hoặc mất cân bằng dinh dưỡng, là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân mắc bệnh gan, đặc biệt là những người bị xơ gan.

Suy dinh dưỡng có thể biểu hiện dưới dạng thiếu hụt vi chất dinh dưỡng đơn độc, chẳng hạn như thiếu kẽm, và thường biểu hiện dưới dạng suy nhược và/hoặc teo cơ ở những bệnh nhân mắc bệnh gan tiến triển.

Suy dinh dưỡng làm tăng tỷ lệ tử vong, tăng thời gian nằm viện và ảnh hưởng tới kết quả sau ghép gan, nhất là ở bệnh nhân bị xơ gan và/hoặc viêm gan do rượu.

2. TÓM TẮT CÁC THÔNG TIN ĐƯỢC KHUYẾN CÁO:

Nội dung	Mức độ khuyến cáo	Mức bằng chứng
Bổ sung dinh dưỡng sớm bằng đường uống hoặc đặt ống thông cho bệnh nhân xơ gan nhập viện	Có điều kiện	Thấp
Thực hiện liệu pháp bổ sung dinh dưỡng cho bệnh nhân xơ gan hoặc viêm gan do rượu	Có điều kiện	Rất thấp
Bổ sung vitamin E 800IU/ngày cho bệnh nhân gan nhiễm mỡ có rối loạn chuyển hóa (không xơ gan)	Có điều kiện	Thấp
Uống ≥ 2 cốc cà phê mỗi ngày giúp giảm nguy cơ tiến triển xơ gan hoặc ung thư tế bào gan ở bệnh nhân mắc bệnh gan mãn tính	Có điều kiện	Thấp
Không hạn chế protein ở bệnh nhân cơ gan mất bù hoặc có bệnh não gan	Có điều kiện	Rất thấp
Ưu tiên chế độ ăn giàu protein protein có nguồn gốc từ thực vật cho bệnh nhân xơ gan và bệnh não gan	Có điều kiện	Thấp
Bổ sung acid amin chuỗi nhánh trong điều trị bệnh não gan	Mạnh	Trung bình
Thêm bữa ăn nhẹ vào ban đêm giúp cải thiện khối cơ, giảm tích dịch và bệnh não gan	Mạnh	Trung bình

3. CÁC LƯU Ý QUAN TRỌNG

- Tất cả bệnh nhân xơ gan cần được sàng lọc suy mòn cơ và/hoặc suy yếu chức năng.
- Chế độ ăn nhiều đường fructose hoặc sucrose làm tăng nguy cơ gan nhiễm mỡ và xơ gan
- Suy dinh dưỡng phổ biến ở cả người béo phì và bệnh gan (béo phì kèm teo cơ).
- Loạn khuẩn đường ruột góp phần làm nặng thêm bệnh gan và là mục tiêu can thiệp đầy tiềm năng.
- Thiếu hụt vi chất (kẽm, vitamin D, vitamin A, vitamin B1, vitamin E,...) nên được phát hiện và bổ sung hợp lý.

4. LƯU Ý VỀ BỔ SUNG MỘT SỐ VI CHẤT

Vi chất	Biểu hiện thiếu hụt	Hướng dẫn bổ sung
Vitamin B1	Lú lẫn, mất điều hòa, viêm não Wernicke	Luôn bổ sung ở bệnh nhân nghiện rượu nặng
Vitamin A	Quáng gà, tổn thương da	Thận trọng do nguy cơ độc gan nếu dư thừa
Vitamin D	Loãng xương, nhiễm trùng, tăng nguy cơ tử vong	Nên bổ sung nếu thiếu, liều từ 800 – 1.000IU/ngày
Vitamin E	Bệnh gan nhiễm mỡ có rối loạn chuyển hóa	Bổ sung 800IU/ngày, dạng tự nhiên
Kẽm	Mất vị giác, tiêu chảy, chán ăn, suy giảm miễn dịch	Cân nhắc bổ sung khi có dấu hiệu hoặc nồng độ huyết thanh thấp

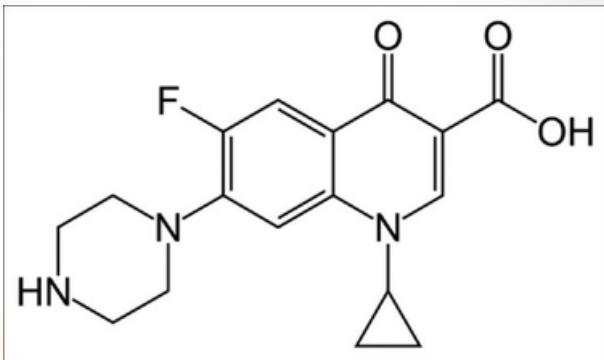


https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2025/05000/acg_clinical_guideline_malnutrition_and.13.aspx

— ĐIỂM TIN —



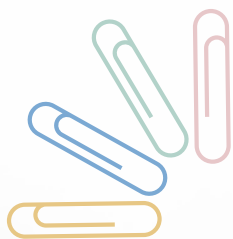
EMA: CÁC KHUYẾN CÁO MỚI VỀ CHỈ ĐỊNH CỦA KHÁNG SINH AZITHROMYCIN TỪ ỦY BAN THUỐC SỬ DỤNG CHO NGƯỜI (CHMP)



Ủy ban thuốc sử dụng cho người (CHMP) thuộc Cơ quan quản lý Dược phẩm châu Âu (EMA) đưa ra một số khuyến cáo mới về việc sử dụng kháng sinh azithromycin ở châu Âu. Cụ thể, CHMP đề xuất hạn chế một số chỉ định của azithromycin, nhằm tối ưu hóa việc sử dụng kháng sinh này và giảm thiểu sự gia tăng tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh đối với azithromycin.

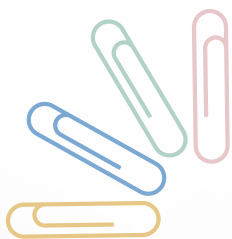
Azithromycin là kháng sinh nhóm macrolid, được chỉ định trong điều trị các nhiễm khuẩn do vi khuẩn Gram dương và Gram âm trên người lớn và trẻ em. Các chế phẩm chứa azithromycin đang lưu hành được bào chế dưới dạng dạng đường uống và dạng truyền tĩnh mạch.

Hiện nay, azithromycin đang được sử dụng rất phổ biến trong điều trị và thuộc danh mục thuốc thiết yếu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Tuy nhiên, azithromycin có nguy cơ cao gây ra tình trạng kháng kháng sinh, do đó, được phân loại là kháng sinh nhóm theo dõi (Watch) theo phân loại AWARE của WHO. Theo WHO các kháng sinh nhóm Watch nên được ưu tiên sử dụng cho một số chỉ định chính và cần giám sát cẩn thận. Tuy nhiên, một nghiên cứu thực hiện bởi EMA và DARWIN EU cho thấy azithromycin thuộc top 5 kháng sinh được kê đơn nhiều nhất ở 5 quốc gia châu Âu (Pháp, Vương quốc Anh, Đức, Tây Ban Nha và Hà Lan) giai đoạn 2012 đến 2021. Đồng thời, dữ liệu từ các cơ sở dữ liệu ATLAS và SENTRY tại cùng thời điểm cũng ghi nhận được sự gia tăng của tình trạng kháng azithromycin trên toàn cầu. Hơn nữa, sự gia tăng này có mối liên quan với các chỉ định của azithromycin đã được phê duyệt tại châu Âu.



CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO MỚI VỀ CHỈ ĐỊNH

- Dựa trên đánh giá toàn diện này, CHMP khuyến nghị cập nhật hầu hết các chỉ định của thuốc azithromycin dạng đường uống và đường truyền tĩnh mạch. Cùng với đó, các cập nhật này cũng được điều chỉnh phù hợp nhất dựa trên các khuyến nghị về liều lượng và chống chỉ định, tương tác, sử dụng trong thai kỳ, tác dụng không mong muốn và dữ liệu từ các nghiên cứu lâm sàng từ tất cả các chế phẩm azithromycin đang lưu hành. Cụ thể, các chỉ định quan trọng được rà soát và cập nhật như sau:
- - Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và dưới (nhiễm trùng mũi, họng, khí quản và phổi): viêm xoang cấp tính do vi khuẩn, viêm amidan và viêm họng cấp do liên cầu khuẩn, đợt cấp của viêm phế quản mãn tính và viêm phổi mắc phải trong cộng đồng;
- - Các bệnh lây qua đường tình dục: viêm niệu đạo và viêm cổ tử cung do *Chlamydia trachomatis* hoặc *Neisseria gonorrhoeae*;
- - Nhiễm khuẩn phụ khoa: viêm vùng chậu;
- - Nhiễm khuẩn răng: áp xe nha chu và viêm nha chu. Điều trị và dự phòng các loại nhiễm khuẩn phức tạp gây bởi *Mycobacterium avium* trên bệnh nhân nhiễm HIV-1.
- Ngoài ra, CHMP khuyến cáo không sử dụng azithromycin đường uống trong các trường hợp sau:
- - Mụn trứng cá mức độ trung bình, nguyên nhân do lỗ chân lông bị tắc nghẽn bởi dầu thừa và tế bào chết;
- - Diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* gây nhiễm khuẩn dạ dày dẫn đến tình trạng viêm và loét dạ dày mạn tính;
- - Dự phòng cơn hen cấp có/không kèm tăng bạch cầu ái toan



CẬP NHẬT CẢNH BÁO MỚI

- CHMP nhấn mạnh về nguy cơ kháng kháng sinh trong tờ thông tin sản phẩm. Theo đó, azithromycin có thể thúc đẩy sự gia tăng tình trạng kháng thuốc do nồng độ thuốc trong máu và mô vẫn duy trì ở mức thấp trong một khoảng thời gian dài sau khi đã ngừng thuốc. Cảnh báo mới này nhấn mạnh azithromycin chỉ nên được sử dụng khi đã cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, tình trạng kháng thuốc tại địa phương, và khi phác đồ điều trị đầu tay không phù hợp.
- Đề xuất của CHMP đã được gửi đến Liên minh châu Âu để ban hành các quyết định mang tính pháp lý, có hiệu lực trên tất cả các quốc gia thành viên.

KHUYẾN CÁO DÀNH CHO CÁN BỘ Y TẾ

- - Khuyến cáo không chỉ định azithromycin đường uống trong điều trị mụn trứng cá mức độ trung bình, điều trị vi khuẩn *Helicobacter pylori* và dự phòng các đợt hen cấp có/không tăng bạch cầu ái toan.
- - Cập nhật cảnh báo mới trong tờ thông tin sản phẩm của azithromycin về nguy cơ gia tăng tình trạng kháng thuốc kháng sinh.
- - Cân nhắc cẩn thận lợi ích và nguy cơ, dịch tễ kháng thuốc tại địa phương, các liệu pháp ưu tiên khác trước khi kê đơn azithromycin.



<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5644/TGA-Tang-cuong-canhbao-doi-voi-khang-sinh-nhom-fluoroquinolon.htm>

FDA:

CẢNH BÁO VỀ NGUY CƠ NGỨA NGHIÊM TRỌNG KHI NGỪNG THUỐC KHÁNG HISTAMIN ĐƯỜNG UỐNG SAU ĐỢT ĐIỀU TRỊ KÉO DÀI

TÓM TẮT

- Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) cảnh báo về nguy cơ ngứa nghiêm trọng nhưng hiếm gặp khi ngừng các thuốc kháng histamin đường uống sau một thời gian sử dụng dài.
- Các thuốc kháng histamin bao gồm cả những thuốc kê đơn và không kê đơn (OTC). Tình trạng ngứa đã được ghi nhận trên bệnh nhân sử dụng các thuốc này hàng ngày và kéo dài ít nhất vài tháng đến vài năm. Các bệnh nhân này cũng không có tiền sử ngứa trước khi khởi đầu điều trị với các thuốc kháng histamin. Các trường hợp được báo cáo tuy hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, bệnh nhân thường có biểu hiện ngứa nghiêm trọng, lan rộng và cần đến can thiệp y tế. Do đó, FDA đang bổ sung cảnh báo trên tờ thông tin sản phẩm về nguy cơ ngứa khi ngừng thuốc sau khi sử dụng các thuốc kháng histamin kê đơn (bao gồm: cetirizin và levocetirizin) kéo dài. FDA sẽ yêu cầu các nhà sản xuất bổ sung cảnh báo về nguy cơ này trên nhãn thuốc của các kháng histamin không kê đơn (OTC). Trong thời gian chờ cập nhật, FDA tiếp tục theo dõi và cảnh báo cho cộng đồng về phản ứng có hại hiếm gặp nhưng nghiêm trọng này.

NGUY CƠ NGỨA NGHIÊM TRỌNG LIÊN QUAN ĐẾN CETIRIZIN VÀ LEVOCETIRIZIN

- Cetirizin và levocetirizin là các thuốc kháng histamin, có tác dụng đối kháng với histamin do cơ thể giải phóng trong các phản ứng dị ứng. Cả hai thuốc đều được phê duyệt cho chỉ định điều trị dị ứng theo mùa ở người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên, dị ứng quanh năm (viêm mũi dị ứng quanh năm và mày đay mạn tính quanh năm) ở bệnh nhân từ 6 tháng tuổi trở lên.
- Trong khoảng thời gian từ ngày 25/04/2017 đến ngày 06/07/2023, FDA đã ghi nhận được 209 trường hợp trên thế giới (197 trường hợp ở Hoa Kỳ) xuất hiện ngứa sau khi ngừng sử dụng cetirizin (180 trường hợp), levocetirizin (27 trường hợp), hoặc cả hai thuốc (2 trường hợp) trong cơ sở dữ liệu của hệ thống báo cáo biến cố bất lợi FDA (FDA Adverse Event Reporting System - FAERS). Trong tất cả 209 trường hợp, biến cố ngứa đều có mối liên hệ phù hợp về thời gian với việc ngừng thuốc, cụ thể thời gian khởi phát ngứa trung vị là 2 ngày, dao động từ 1 - 5 ngày.

- 182 trường hợp (chiếm 87%) được báo cáo trực tiếp từ người dùng thuốc, trong đó 6 trường hợp do nhân viên y tế tự báo cáo triệu chứng của chính họ. Trong đó, 106 trường hợp có thông tin về thời gian sử dụng thuốc, khoảng 92% (97 trường hợp) có thời gian dùng thuốc trên 3 tháng, cho thấy việc sử dụng kéo dài có thể là một yếu tố nguy cơ gây biến cố này. Trung vị của thời gian sử dụng thuốc trước khi xuất hiện ngứa sau khi ngừng thuốc là 33 tháng, tuy nhiên dao động rất lớn từ 1 tuần đến 23 năm. Ngoài ra, số ca ngứa tăng khi thời gian sử dụng thuốc tăng, cho thấy rằng thời gian sử dụng thuốc càng kéo dài thì càng tăng nguy cơ gặp biến cố bất lợi này.
- Nhiều báo cáo mô tả tình trạng ngứa lan rộng toàn thân sau khi ngừng thuốc, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh. Các biến chứng nghiêm trọng bao gồm: tàn tật (48 trường hợp), nhập viện (3 trường hợp), xuất hiện ý định hoặc hành vi tự sát (2 trường hợp). Có 92/93 trường hợp ghi nhận được biến cố ngứa lại xuất hiện sau khi tái sử dụng sau đó ngừng thuốc. Tuy nhiên, việc tái sử dụng thuốc giúp giảm ngứa ở 71/79 trường hợp (chiếm 90%), sau đó, giảm liều thuốc từ từ giúp cải thiện triệu chứng ở 9 trong số 24 trường hợp thử sử dụng phương pháp này (chiếm 38%).
- Hầu hết các thuốc cetirizin và levocetirizin được cấp phát dưới dạng thuốc (OTC). Cụ thể, năm 2022, ước tính có khoảng 26,8 triệu đơn thuốc cetirizin và levocetirizin được cấp phát từ các nhà thuốc ngoại trú tại Hoa Kỳ, trong đó, 65% (17,5 triệu đơn thuốc) là các chế phẩm OTC, 35% (9,3 triệu đơn) là thuốc kê đơn. Ngoài ra, ước tính 62,7 triệu gói thuốc cetirizin và levocetirizin OTC được bán cho người bệnh từ các cơ sở bán lẻ.
- Mặc dù, cơ chế chưa rõ ràng, tuy nhiên, đánh giá của FDA cho thấy có mối liên quan giữa phản ứng ngứa với việc ngừng các thuốc cetirizin và levocetirizin. Nhiều báo cáo mô tả tình trạng ngứa lan rộng, cần can thiệp y tế, đồng thời ảnh hưởng đáng kể và kéo dài đến chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của bệnh nhân. Hầu hết bệnh nhân xuất hiện ngứa sau khi ngừng thuốc đều có thời gian sử dụng thuốc kéo dài hơn 3 tháng, chỉ một số ít trường hợp xuất hiện khi dùng thuốc dưới 1 tháng. Việc tái sử dụng thuốc giúp làm giảm ngứa ở đa số trường hợp, ngoài ra, ở một số bệnh nhân, việc giảm liều từ từ sau khi tái sử dụng cũng giúp cải thiện triệu chứng. Hiện nay, FDA chưa xác định được yếu tố nguy cơ nào khác dẫn đến tình trạng ngứa sau khi ngừng thuốc.
- FDA lưu ý rằng tất cả các loại thuốc đều có thể gây ra tác dụng không mong muốn ngay cả khi được sử dụng với chỉ định phù hợp. Mỗi cá thể bệnh nhân có thể phản ứng với thuốc theo cách khác nhau, tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe, yếu tố di truyền, các loại thuốc dùng đồng thời, Do đó, FDA chưa thể xác định chính xác khả năng một bệnh nhân gặp phải phản ứng ngứa sau khi ngừng sử dụng cetirizin hoặc levocetirizin.

KHUYẾN CÁO DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

- Nhân viên y tế cần lưu ý nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng các thuốc kháng histamin (cetirizin, levocetirizin) sau đợt sử dụng kéo dài. Báo cáo về phản ứng có hại này đã được ghi nhận ở bệnh nhân dùng thuốc kháng histamin hàng ngày và kéo dài ít nhất vài tháng, thậm chí là vài năm.
- Thời gian khởi phát ngứa thường trong vòng vài ngày sau khi ngừng thuốc, đối với cả thuốc kê đơn và OTC chứa cetirizin, levocetirizin.
- Khuyến cáo bệnh nhân thông báo với nhân viên y tế khi xuất hiện ngứa nghiêm trọng sau khi ngừng cetirizin hoặc levocetirizin.
- Hiệu quả của các biện pháp xử trí phản ứng có hại này chưa được đánh giá đầy đủ. Tuy nhiên, triệu chứng ngứa giảm ở hầu hết bệnh nhân khi tái sử dụng thuốc, và ở một số bệnh nhân giảm liều từ từ sau khi tái sử dụng thuốc.
- Trước khi kê đơn những thuốc kháng histamin đường uống, đặc biệt khi cần sử dụng các thuốc này kéo dài, thảo luận với bệnh nhân về nguy cơ ngứa nghiêm trọng khi ngừng cetirizin hoặc levocetirizin. Nguy cơ này cần được thảo luận đối với cả những bệnh nhân sử dụng thuốc OTC chứa cetirizin or levocetirizin.
- Báo cáo các biến cố bất lợi nghi ngờ do cetirizin hoặc levocetirizin.



<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5642/Medsafe-Cac-yeu-to-nguy-co-ngo-doc-colchicin.htm>

WHO:

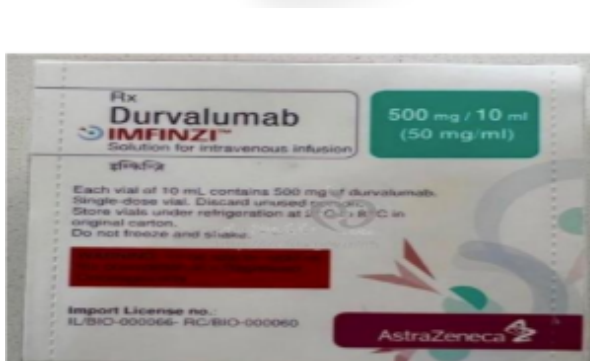
CẢNH BÁO VỀ THUỐC TIÊM GIẢ IMFINZI 500MG/10ML

- IMFINZI (durvalumab) dạng dung dịch để pha tiêm truyền tĩnh mạch, được chỉ định trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ ở người lớn. Năm 2024, WHO đã từng cảnh báo về 1 lô thuốc IMFINZI giả tại 3 quốc gia: Armenia, Lebanon và Thổ Nhĩ Kỳ. Mới đây, tháng 3/2025, WHO tiếp tục phát hiện ba lô thuốc IMFINZI (durvalumab) 500mg/10ml giả tại Iran và Thổ Nhĩ Kỳ. Do đó, WHO đưa ra cảnh báo về sản phẩm thuốc tiêm IMFINZI (durvalumab) 500mg/10ml giả này.



- Các sản phẩm giả này có sự sai khác về danh tính, thành phần và nguồn gốc. Hãng sản xuất chính hãng AstraZeneca xác nhận những sản phẩm trong cảnh báo này là hàng giả và phát hiện nhiều điểm bất thường trên bao bì. Cụ thể:
- - Lô BAZR: Đây là số lô chính hãng chỉ phân phối tại Ấn Độ. Sản phẩm giả có sự khác biệt trong hình ảnh minh họa trên bao bì, vị trí chữ và thiếu một số chữ.
- - Lô BBEG: Đây là số lô chính hãng chỉ phân phối tại Ai Cập. Sản phẩm giả có sự khác biệt trong hình ảnh minh họa trên bao bì, vị trí chữ, đồng thời, thiếu một số chữ và giá sản phẩm (tính bằng đơn vị tiền tệ Ai Cập).
- - Lô AVZT: Số lô này không được nhà sản xuất công nhận. Do đó, bất kỳ sản phẩm IMFINZI nào có số lô này đều được coi là giả.

CÁCH NHẬN BIẾT SẢN PHẨM GIẢ MẠO:



NGUY CƠ KHI SỬ DỤNG SẢN PHẨM THUỐC IMFINZI GIẢ

- Những sản phẩm IMFINZI (durvalumab) giả mạo này là không an toàn cho người bệnh, trong một số trường hợp có thể đe dọa đến tính mạng. Việc sử dụng các thuốc tiêm IMFINZI giả có thể dẫn đến thất bại điều trị hoặc chậm trễ điều trị. Do đó, việc nhận diện và loại bỏ hoàn toàn các thuốc tiêm IMFINZI giả mạo khỏi thị trường là điều cần thiết để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

KHUYẾN CÁO CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

- WHO khuyến cáo các nhân viên y tế phải báo cáo bất kỳ trường hợp nào về tác dụng không mong muốn, thiếu hiệu quả điều trị của thuốc hoặc nghi ngờ thuốc giả cho Cơ quan Quản lý Dược Quốc gia hoặc Trung tâm Cảnh giác Dược Quốc gia.
- WHO khuyến cáo các cơ quan quản lý/ cơ quan y tế/ cơ quan thực thi pháp luật tăng cường giám sát và cảnh giác trong chuỗi cung ứng, đặc biệt ở các quốc gia/khu vực có khả năng bị ảnh hưởng bởi các sản phẩm bị làm giả và tại các thị trường không chính thức. Đồng thời, thông báo ngay cho WHO nếu phát hiện các sản phẩm giả mạo.
- WHO khuyến cáo người bệnh không sử dụng các sản phẩm này. Nếu đã sử dụng hoặc gặp phải tác dụng không mong muốn, cần báo cho nhân viên y tế để được hỗ trợ kịp thời.
- Tất cả các sản phẩm y tế phải đảm bảo phân phối từ các nhà cung cấp được ủy quyền hoặc được cấp phép.



<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5641/Medsafe-Mot-so-diem-dang-luu-y-khi-su-dung-methotrexat.htm>

SAI SÓT LIÊN QUAN TỐC ĐỘ TRUYỀN TĨNH MẠCH LEVOFLOXACIN: THÔNG TIN TỪ BẢN TIN WHO SỐ 01/2025

Trung tâm Cảnh giác Dược Ai Cập (EPVC), Cơ quan Dược phẩm Ai Cập (EDA) đã cảnh báo về sai sót liên quan tốc độ truyền tĩnh mạch levofloxacin.



KHUYẾN CÁO CHO NHÂN VIÊN Y TẾ

Gần đây, EPVC đã ghi nhận và đánh giá các chuỗi báo cáo ca mô tả các trường hợp truyền tĩnh mạch kháng sinh levofloxacin với tốc độ truyền không phù hợp. Sai sót này dẫn đến các biến chứng như: hạ huyết áp, khó thở, phản ứng quá mẫn, phản ứng phản vệ, phát ban và đau đầu.

Do đó, EPVC lưu ý nhân viên y tế cần tuân thủ các khuyến cáo sau khi thực hiện truyền tĩnh mạch levofloxacin cho bệnh nhân, bao gồm:

- Truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 60 phút với liều 250 đến 500 mg và trong vòng 90 phút đối với liều 750 mg;
- Chỉ dùng thuốc qua đường truyền tiêm tĩnh mạch, không được tiêm tĩnh mạch;
- Không truyền đồng thời với các dung dịch chứa ion kim loại hóa trị 2 trở lên (như là: magnesi, calci).



<http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/5678/sai-sot-toc-do-truyen-tinh-mach-levofloxacin.htm>

