



BẢN TIN

Thông tin thuốc

Số 01/2026

Tài liệu
lưu hành
nội bộ



Địa chỉ: Đường Quang Trung,
phường Quyết Thắng, tỉnh
Thái Nguyên

Hotline: 0208.384.6112

NỘI DUNG

THÔNG TIN NỘI BỘ

BẢN TIN THÔNG TIN THUỐC

Số 01/2026

Chủ biên:

Bs. CKII. Hà Hải Bằng

Cố vấn nội dung:

Bs. CKII. Nguyễn Thanh Tùng

Biên soạn:

Ds. CKII. Hoàng Lan Hương

Ds. CKI. Nguyễn Thị Hồng

Ds. Lương Thị Thu

Ds. Nguyễn Thị Thu Mến

Ds. Lưu Hồng Quyên

Ds. Nguyễn Thị Hương Quỳnh

Ds. Dương Thị Tâm

Ds. Nguyễn Ngọc Thủy

Ds. Nguyễn Thị Nga

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN, HỢP LÝ

1. Hướng dẫn điều trị hạ áp cho bệnh nhân đồng mắc bệnh mạch vành và tăng huyết áp

1

2. Hướng dẫn dự phòng phản ứng dị ứng khi sử dụng thuốc cản quang của Hiệp hội Điện quang Hoa Kỳ 2026

4

3. Cập nhật quản lý thuốc tim mạch trong phẫu thuật ngoài tim ở người trưởng thành

6

4. Tóm tắt về kê đơn và theo dõi hiệu quả điều trị với thuốc chống đông trong thực hành lâm sàng

7

CẢNH GIÁC DƯỢC

1. Cảnh báo nguy cơ co giật liên quan thiếu hụt vitamin B6 khi sử dụng các chế phẩm chứa carbidopa/levodopa

9

2. Điều trị buồn nôn và nôn trong thai kỳ

10

3. Hướng dẫn về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh

14

THÔNG TIN - ĐIỂM BÁO

1. Thông báo thu hồi do vi phạm mức độ 3 của thuốc Diacerin 50 (Số giấy đăng ký lưu hành: 893110447024)

19

2. Thông báo thu hồi do vi phạm mức độ 2 của thuốc Aceclofenac STELLA 100mg (Số giấy đăng ký lưu hành: VD-20124-13)

20

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN, HỢP LÝ

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ HẠ ÁP CHO BỆNH NHÂN ĐỒNG MẮC BỆNH MẠCH VÀNH VÀ TĂNG HUYẾT ÁP

HƯỚNG DẪN ESC 2024: ĐIỀU TRỊ THA ĐỒNG MẮC BỆNH MẠCH VÀNH

Mục tiêu cốt lõi:

Không chỉ hạ áp đạt mục tiêu, mà phải bảo vệ tim mạch, giảm thiếu máu cơ tim & cải thiện tiên lượng.

4 Trụ Cột Thuốc Hạ Áp

ACEi/ARB
Nền tảng bảo vệ

- Chỉ định ưu tiên:** Sau NMCT, LVEF \leq 40%, Đái tháo đường, Bệnh thận mạn. Cần bảo vệ cơ quan đích toàn diện.
- Lưu ý:** Ưu tiên ACEi hơn ARB (nhiều bằng chứng lợi ích hơn).

Cảnh báo: Tuyệt đối không phối hợp ACEi + ARB (tăng nguy cơ thận & kali máu).

Beta-blocker
Kiểm soát nhịp & Thiếu máu

- Chỉ định ưu tiên:** Sau NMCT, Suy tim EF giảm, THA kèm đau thắt ngực.
- Mục tiêu:** Giữ nhịp tim 55-60 nhịp/phút.
- Thuốc ưu tiên:** Bisoprolol, Metoprolol succinate, Carvedilol, Nebivolol.

CCB nhóm DHP
Giãn mạch, Giảm đau ngực

- Chỉ định ưu tiên:** Đau thắt ngực ổn định, hội chứng mạch vành co thắt, hoặc không dung nạp Beta-blocker.
- Thuốc ưu tiên:** Amlodipine, Felodipine.

Tránh: Nifedipine IR (giải phóng nhanh) do nguy cơ nhịp nhanh phản xạ & biến cố tim mạch.

Thiazide / Lợi tiểu
Bước phối hợp tăng cường

- Vai trò:** Thuốc thứ 3 (Phác đồ: ACEi/ARB + CCB + Lợi tiểu) khi chưa đạt mục tiêu HA.
- Thuốc ưu tiên:** Indapamide, Chlorthalidone có lợi ích tim mạch > HCTZ.

Chống chỉ định: eGFR < 30 mL/phút.

Sơ Đồ Phối Hợp Theo ESC 2024



Tăng huyết áp (THA) và bệnh mạch vành (BMV) là hai bệnh lý có mối liên hệ chặt chẽ với nhau, đây cũng là nhóm bệnh nhân rất thường gặp trong thực hành lâm sàng, làm gia tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, suy tim và tử vong tim mạch. Vì vậy, lựa chọn thuốc hạ áp ở nhóm bệnh nhân này không chỉ nhằm đạt huyết áp mục tiêu mà còn cần hướng đến giảm nguy cơ biến cố tim mạch, cải thiện tình trạng thiếu máu cơ tim và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Lựa chọn thuốc để phối hợp kiểm soát huyết áp và bảo vệ tim mạch theo khuyến cáo ESC 2024 như sau:

1. ACEi/ARB – Nền tảng điều trị bảo vệ tim mạch

Nhóm ức chế hệ RAAS gồm ACEi (ức chế men chuyển) hoặc ARB (ức chế thụ thể) được xem là lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân THA kèm BMV, đặc biệt trong các trường hợp:

- Sau nhồi máu cơ tim (NMCT)

- Phân suất tống máu thất trái giảm (LVEF \leq 40%)
- Có đái tháo đường hoặc bệnh thận mạn
- Cần bảo vệ cơ quan đích toàn diện

ACEi thường được ưu tiên hơn ARB nếu người bệnh dung nạp được do có nhiều bằng chứng về lợi ích tim mạch vượt trội. Tuy nhiên, không phối hợp ACEi và ARB cùng lúc do làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn trên thận và kali máu.

2. Beta-blocker – Quan trọng sau NMCT và suy tim

Nhóm Beta-blocker giúp giảm nhịp tim, giảm nhu cầu oxy cơ tim và hạn chế cơn đau thắt ngực. Đây là nhóm thuốc đặc biệt quan trọng ở bệnh nhân:

- THA kèm đau thắt ngực
- Sau NMCT (nhồi máu cơ tim)
- Suy tim có EF giảm
- Cần kiểm soát nhịp tim (mục tiêu thường khoảng 55–60 nhịp/phút)

Lưu ý: Khuyến cáo ưu tiên các beta-blocker có bằng chứng lợi ích tim mạch rõ ràng như: Bisoprolol, Metoprolol succinate, Carvedilol, Nebivolol.

Ở bệnh nhân sau NMCT hoặc suy tim, beta-blocker thường được phối hợp cùng ACEi/ARB để tối ưu hiệu quả bảo vệ tim mạch.

3. Chẹn kênh canxi (CCB) nhóm DHP – Lựa chọn tốt khi có đau thắt ngực ổn định

Nhóm chẹn kênh canxi DHP (dihydropyridine) giúp giãn mạch và hạ huyết áp hiệu quả. Thuốc phù hợp trong các trường hợp:

- THA kèm đau thắt ngực ổn định
- Không dung nạp beta-blocker
- Cần phối hợp với ACEi/ARB để tăng hiệu quả kiểm soát huyết áp
- Lưu ý: Amlodipine và Felodipine là các thuốc thường được ưu tiên sử dụng. Không nên dùng các CCB phân nhóm DHP tác dụng ngắn như Nifedipine IR giải phóng nhanh do nguy cơ gây nhịp nhanh phản xạ và biến cố tim mạch.

Ngoài ra, CCB còn có vai trò trong hội chứng mạch vành co thắt.

4. Thiazide/Lợi tiểu – Thường là bước phối hợp tiếp theo

Lợi tiểu thiazide hoặc thiazide-like thường được thêm vào khi phối hợp 2 thuốc chưa đạt mục tiêu huyết áp.

Một số lưu ý:

- Indapamide và Chlorthalidone được đánh giá có lợi ích tim mạch tốt hơn hydrochlorothiazide (HCTZ)
- Chống chỉ định khi eGFR < 30 mL/phút
- Thường là thuốc thứ ba trong phác đồ phối hợp: ACEi/ARB + CCB + Lợi tiểu

Định hướng phối hợp điều trị theo ESC 2024

Tùy đặc điểm lâm sàng của người bệnh, có thể ưu tiên:

- ACEi/ARB + Beta-blocker: ở bệnh nhân sau NMCT hoặc suy tim
- ACEi/ARB + CCB: ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định, không suy tim
- Thêm lợi tiểu khi cần tăng cường kiểm soát huyết áp ở bước phối hợp tiếp theo

Kết luận

Điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân kèm bệnh mạch vành cần được cá thể hóa dựa trên đặc điểm lâm sàng, chức năng tim và bệnh lý đi kèm. Việc lựa chọn và phối hợp thuốc hạ áp phù hợp không chỉ giúp kiểm soát huyết áp hiệu quả mà còn góp phần giảm nguy cơ biến cố tim mạch, cải thiện triệu chứng thiếu máu cơ tim và cải thiện tiên lượng lâu dài cho người bệnh.


Tài liệu tham khảo: 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. European Society of Cardiology (ESC), 2024.

Điểm tin: Ds. Dương Thị Tâm

HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG DỊ ỨNG KHI SỬ DỤNG THUỐC CẢN QUANG CỦA HIỆP HỘI ĐIỆN QUANG HOA KỲ 2026

Thuốc cản quang chứa iod thường xuyên được sử dụng trong chẩn đoán hình ảnh, nhưng nguy cơ xảy ra các biến cố dị ứng và phản vệ vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng. Nhằm mục tiêu tối ưu hóa an toàn và hiệu quả cho người bệnh, Hiệp hội Điện quang Hoa Kỳ (ACR) đã ban hành phiên bản cập nhật năm 2026 của tài liệu hướng dẫn sử dụng thuốc cản quang (ACR Manual on Contrast Media).

Theo hướng dẫn này, một số yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng xuất hiện phản ứng dị ứng với thuốc cản quang bao gồm: tiền sử dị ứng thuốc cản quang chứa iod (nguy cơ tái phát tăng gấp 5 lần, cũng là yếu tố dự báo quan trọng nhất); tiền sử dị ứng khác (nguy cơ tăng gấp 2 - 3 lần); tiền sử hen suyễn, lo âu, hoặc bệnh lý tim mạch nặng. Bên cạnh đó, hướng dẫn cũng đưa ra các phác đồ dự phòng phản ứng dị ứng trước tiêm thuốc cản quang cho từng nhóm đối tượng cụ thể.

HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG DỊ ỨNG KHI SỬ DỤNG THUỐC CẢN QUANG		
Nguồn: Hiệp hội Điện quang Hoa Kỳ (ACR) 2026 		
Người lớn	Lựa chọn đầu tay	Lưu ý
Phác đồ theo kế hoạch	<ol style="list-style-type: none"> Prednisolon* 50mg PO 13h, 7h, 1h trước tiêm ± diphenhydramin** 50mg IV, IM hoặc PO 1h trước tiêm. Methylprednisolon 32mg PO 12h, 2h trước tiêm ± diphenhydramin** 50mg IV, IM hoặc PO 1h trước tiêm. 	<p>* Nếu BN không uống được, thay bằng hydrocortison 200mg IV</p> <p>** Nếu BN dị ứng diphenhydramin, có thể thay kháng histamin khác không có dị ứng chéo hoặc bỏ qua</p> <p>IV: Tiêm tĩnh mạch, IM: Tiêm bắp, PO: Uống</p>
Phác đồ khẩn cấp	<ol style="list-style-type: none"> Methylprednisolon natri succinat 40mg IV HOẶC hydrocortison natri succinat 200mg IV ngay lập tức, sau đó lặp lại mỗi 4h trước tiêm + diphenhydramin 50mg IV 1h trước tiêm*. Dexamethason natri sulfat 7,5mg IV ngay lập tức, sau đó lặp lại mỗi 4h trước tiêm + diphenhydramin 50mg IV 1h trước tiêm**. Methylprednisolon natri succinat 40mg IV HOẶC hydrocortison natri succinat 200mg IV 1h trước tiêm + diphenhydramin 50mg IV 1h trước tiêm***. 	<p>*, ** Phác đồ này thường kéo dài 4-5h</p> <p>** Phác đồ dùng trong trường hợp BN dị ứng methylprednisolon</p> <p>*** Phác đồ này chưa được chứng minh hiệu quả tuy nhiên có thể cân nhắc trong trường hợp khẩn cấp</p>

HƯỚNG DẪN DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG DỊ ỨNG KHI SỬ DỤNG THUỐC CẢN QUANG

Nguồn: Hiệp hội Điện quang Hoa Kỳ (ACR) 2026



Phác đồ dự phòng bằng corticoid và kháng histamin cho trẻ em

Phác đồ	Thời gian
Prednison 0,5-0,7mg/kg PO (tối đa 50mg)	13h; 7h; 1h trước tiêm
Diphenhydramin 1,25mg/kg PO (tối đa 50mg)	1h trước tiêm

Lưu ý: Có thể thay thế bằng liều tiêm tĩnh mạch thích hợp đối với những BN không thể uống thuốc.

Phác đồ dự phòng bằng corticoid và kháng histamin cho trẻ em trong trường hợp khẩn cấp, tại khoa cấp cứu, bệnh nhân nội trú, hoặc bệnh nhân nhịn ăn uống (NPO)

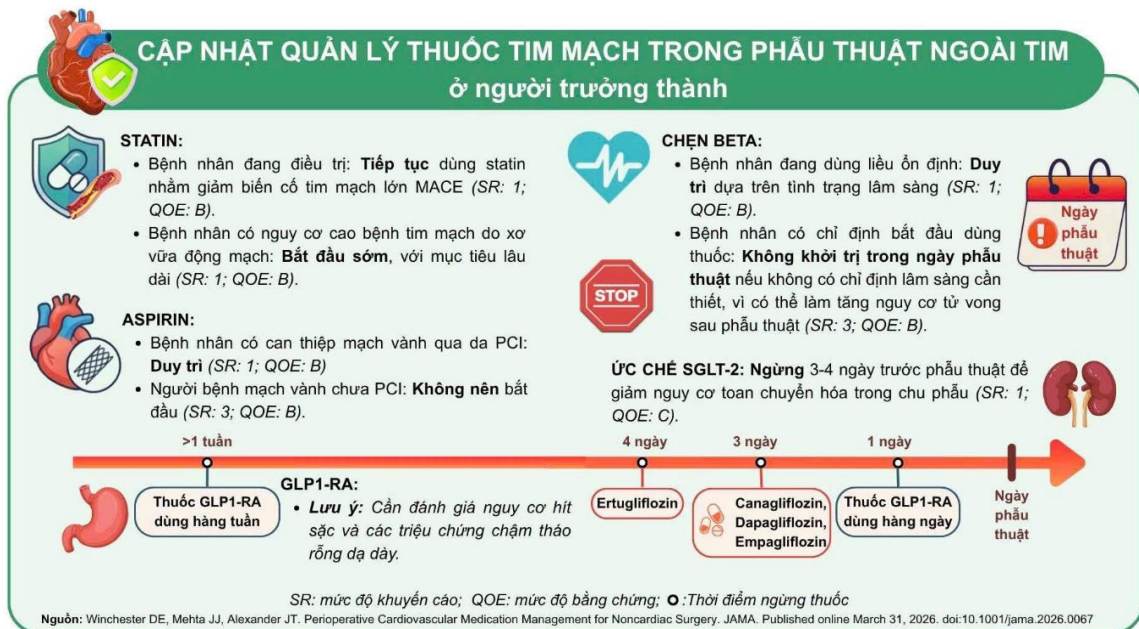
Phác đồ	Thời gian
Hydrocortison 2mg/kg IV (tối đa 200mg)	5h; 1h trước tiêm
Diphenhydramin 1mg/kg IV, IM hoặc PO (tối đa 50mg)	1h trước tiêm

Tài liệu tham khảo: ACR Committee on Drugs and Contrast Media, 2026.

Điểm tin: Ds. Lưu Hồng Quyên

CẬP NHẬT QUẢN LÝ THUỐC TIM MẠCH TRONG PHẪU THUẬT NGOÀI TIM Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Phẫu thuật ngoài tim ở người trưởng thành là tình huống lâm sàng thường gặp nhưng tiềm ẩn nhiều nguy cơ đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch. Việc tối ưu hóa điều trị nội khoa trong giai đoạn chu phẫu đóng vai trò quan trọng nhằm giảm nguy cơ và cải thiện kết cục cho người bệnh. Hướng dẫn của ACC/AHA năm 2024 đã đưa ra khuyến cáo toàn diện về quản lý tim mạch trong phẫu thuật ngoài tim nhưng gần đây vào tháng 3/2026 đã có những cập nhật mới liên quan đến các nhóm thuốc tim mạch. Nội dung này tập trung vào tối ưu hoá sử dụng các nhóm thuốc thường gặp được đăng tải trên tạp chí JAMA, bao gồm statin, aspirin, chẹn beta và ức chế SGLT-2, đồng vận thụ thể GLP1. Từ đó, việc chăm sóc người bệnh phẫu thuật ngoài tim được định hướng cá thể hóa điều trị, cân bằng giữa lợi ích tim mạch và nguy cơ chu phẫu, đồng thời hỗ trợ bác sĩ đưa ra quyết định an toàn và hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.



Tài liệu tham khảo: Perioperative Cardiovascular Medication Management for Noncardiac Surgery, 2026.

Điểm tin: Ds. CKI. Nguyễn Thị Hồng

TÓM TẮT VỀ KÊ ĐƠN VÀ THEO DÕI HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VỚI THUỐC CHỐNG ĐÔNG TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Thuốc chống đông là nhóm thuốc quan trọng trong dự phòng và điều trị các bệnh lý liên quan huyết khối. Tuy nhiên, các thuốc chống đông có cửa sổ điều trị hẹp và tiềm ẩn nguy cơ cao gây biến chứng chảy máu trên bệnh nhân, do đó yêu cầu sự giám sát điều trị chặt chẽ trong suốt quá trình sử dụng thuốc. Trên thực tế, kê đơn các thuốc chống đông cần cá thể hóa dựa trên nhiều yếu tố như chức năng thận, tuổi, cân nặng và các thuốc dùng kèm. Bên cạnh đó, tương tác thuốc và tình trạng không tuân thủ điều trị là những nguyên nhân chính dẫn đến thất bại điều trị.

Theo đó, dưới đây là một tài liệu tóm tắt thuộc hệ thống đào tạo y khoa Pháp (CNET) được biên soạn bởi các bác sĩ lâm sàng nhằm hệ thống hóa cách tiếp cận kê đơn và theo dõi thuốc chống đông trong thực hành.



Nguyên tắc kê đơn

Thuốc chống đông máu (trên bệnh nhân cao tuổi)

BƯỚC 1 : Xác định chỉ định		
Dự phòng thuyên tắc ở bệnh nhân rung nhĩ	Huyết khối tĩnh mạch	Bệnh tim bẩm sinh và bệnh van tim
BƯỚC 2 : Đánh giá cân bằng lợi ích - nguy cơ chảy máu trước khi khởi trị		
Đánh giá chức năng gan : AST, ALT	Thuốc chống đông kháng vitamin K (VKA)	
Đánh giá chức năng thận : Creatinin và mức lọc cầu thận (eGFR)	Heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) HOẶC chống đông đường uống (DOAC)	
Rà soát tương tác thuốc với các thuốc dùng đồng thời	VKA hoặc DOAC	
BƯỚC 3 : Lựa chọn ưu tiên và điều chỉnh liều thuốc chống đông		
<p>Khởi trị bằng thuốc chống đông đường uống (DOAC hoặc VKA)</p> <p>⚠️ Đối với các bệnh ung thư có nguy cơ chảy máu cao (ung thư đường tiêu hóa và đường tiết niệu sinh dục mà khối u nguyên phát chưa được cắt bỏ): ưu tiên LMWH</p> <p>⚠️ Đối với hội chứng kháng phospholipid: ưu tiên VKA</p> <p>⚠️ Đối với rung nhĩ do bệnh van tim: ưu tiên VKA</p>	<p>Cần nhắc giảm liều sau 3-6 tháng điều trị với điều kiện không có nguy cơ tái phát cao</p> <p>Cần nhắc giảm liều DOAC trong một số chỉ định nếu có 2 trong 3 tiêu chí:</p> <ol style="list-style-type: none"> Suy thận: Độ thanh thải creatinin < 50 mL/phút Tuổi cao: đặc biệt ≥ 80 tuổi Cân nặng thấp: ≤ 60 kg 	<p>Thuốc chống đông kháng vitamin K (mục tiêu INR)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dự phòng rung nhĩ và đột quỵ thứ phát: 2,0 - 3,0 Huyết khối tĩnh mạch : 2,0 - 3,0 Hội chứng kháng phospholipid: 2,0 - 3,0 (một số trường hợp có thể là 3,0 - 4,0) Thay van tim hai lá cơ học : 2,5 - 3,5 Thay van động mạch chủ nhân tạo cơ học : 2,0 - 3,0 (trừ trường hợp có yếu tố nguy cơ đi kèm như rung nhĩ, rối loạn chức năng tâm thất trái hoặc tiền sử huyết khối, ...) Van sinh học: 2,0 - 3,0 trong ít nhất 3 tháng sau khi cấy van

Biên soạn bởi BS. Poenou và GS. TS. BS. Bertoletti (Saint-Étienne, Pháp)



Thuốc chống đông đường uống

Cơ chế tác dụng	
	Gián tiếp = VKA
Trực tiếp = DOAC	
Ức chế thrombin (IIa)	Dabigatran
Ức chế yếu tố Xa	Rivaroxaban Apixaban
	Warfarin (+ Ức chế yếu tố VII, IX) Acenocoumarol

Chỉ định
Chung
• Dự phòng thuyên tắc do huyết khối
Thuốc chống đông đường uống
• Dự phòng huyết khối tĩnh mạch trong phẫu thuật chỉnh hình theo chương trình
• Điều trị huyết khối tĩnh mạch
Thuốc kháng vitamin K
• Điều trị huyết khối tĩnh mạch VTE
• Các biến chứng huyết khối do bệnh tim bẩm sinh, bệnh van tim...

Tác dụng không mong muốn
Chung : Biến cố xuất huyết
DOAC: Nguy cơ gây viêm gan, giảm tiểu cầu và phản ứng quá mẫn trên da.
Khác:
Rối loạn tiêu hóa: nhóm coumarin (warfarin), dabigatran
Mất bạch cầu hạt : Rivaroxaban
Rụng tóc : Apixaban, các VKA

⚠ Tương tác thuốc ⚠

Được lực học: các thuốc chống đông khác, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs) và corticosteroid, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRIs)

Được động học:
Apixaban, Rivaroxaban, thuốc kháng vitamin K: các chất cảm ứng/ức chế CYP450
Dabigatran: các chất cảm ứng/ức chế P-gp
Thuốc kháng vitamin K: các thuốc liên kết mạnh với albumin máu

Quá liều:

- **Ức chế CYP2C9**
Ví dụ: warfarin + amiodaron
- **Ức chế CYP3A4**
Ví dụ: rivaroxaban, apixaban + fluconazol
- **Ức chế P-gp**
Ví dụ: dabigatran + verapamil

Thiếu liều

Sử dụng đồng thời VKA/DOAC cùng các thuốc cảm ứng CYP450: rifampicin, St. John's wort

Nguyên nhân chính gây thất bại trong điều trị

- Không tuân thủ điều trị
- Tương tác thuốc
- Rối loạn đông máu nghiêm trọng (Hội chứng kháng phospholipid, huyết khối liên quan đến ung thư)
- Liều pháp thuốc chống đông chưa đầy đủ

Theo dõi điều trị

Chung:
Tuần thủ + dung nạp + hiệu quả

Cận lâm sàng:

- Đánh giá chức năng thận và chức năng gan
- Công thức máu (đặc biệt Hb)

Đối với các thuốc đối kháng vitamin K, theo dõi hiệu quả bằng INR

Biên soạn bởi BS. Poenou và GS. Bertoletti (Saint-Étienne, Pháp)



Thuốc chống đông đường tiêm

Cơ chế tác dụng	
	Ức chế yếu tố Xa
Ức chế thrombin (IIa)	
Tiêm tĩnh mạch	Heparin không phân đoạn
Tiêm dưới da	Heparin trọng lượng phân tử thấp: Fondaparinux

Chỉ định ưu tiên
Heparin natri không phân đoạn:
• Nguy cơ chảy máu cao
• Suy thận nặng : Độ thanh thải creatinin < 30 ml/phút
Heparin trọng lượng phân tử thấp
• Dự phòng và điều trị huyết khối ở bệnh nhân ung thư có nguy cơ xuất huyết cao (ung thư đường tiêu hóa và đường tiết niệu sinh dục mà khối u nguyên phát chưa được cắt bỏ)
Fondaparinux
• Huyết khối tĩnh mạch nông

Tác dụng không mong muốn
Chung : Xuất huyết
Tất cả các heparin: Loãng xương, giảm tiểu cầu, viêm gan, tăng kali máu, Tăng bạch cầu ái toan
Đối với Fondaparinux: Viêm gan, rối loạn tiêu hóa, phù ngoại vi

Thang điểm 4T: Đánh giá nguy cơ HIT			
Số điểm	0	1	2
Giảm tiểu cầu	PLT giảm <30% hoặc PLT <10 G/L	PLT giảm 30-50% hoặc PLT 10 - 19 G/L, hoặc giảm >50% sau phẫu thuật gần đây (≤3 ngày)	PLT giảm >50% hoặc PLT ≥20 G/L không có phẫu thuật (≤3 ngày)
Thời điểm xuất hiện (Timing)	<4 ngày điều trị và không sử dụng heparin trong 100 ngày trước đó.	>10 ngày điều trị hoặc trong vòng 24 giờ nếu có dùng heparin 31-100 ngày trước đó	5-10 ngày sau khi khởi trị hoặc trong vòng 24 giờ sau khi có dùng heparin 5-30 ngày trước đó
Huyết khối hoặc biến chứng	Không có	Tái phát/lan rộng huyết khối hiện có, nghi ngờ huyết khối mới hoặc ban đỏ da sau khi tiêm heparin.	Huyết khối mới (đã xác nhận), hoại tử da, phản ứng toàn thân sau khi tiêm liều bolus, xuất huyết tuyến thượng thận
Nguyên nhân khác	- Phẫu thuật (≤72 giờ), - Nhiễm trùng - Hóa trị/xạ trị (20 ngày), - Đông máu nội mạc lan tỏa, - Ban xuất huyết sau truyền máu - Tiểu cầu <20 G/L	- Nghi ngờ nhiễm trùng huyết - Thở máy - Các nguyên nhân khác.	Không có

Phân tầng nguy cơ HIT :

Thấp ≤ 3, Trung bình = 4 - 5, Cao nếu ≥ 6

Tương tác thuốc

Được lực học: các thuốc chống đông máu khác, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) và corticosteroid, thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc (SSRI)

Theo dõi điều trị

Chung: Tuần thủ + dung nạp + hiệu quả

Cận lâm sàng:

- Đánh giá chức năng thận và PLT
- Công thức máu (Hb)

Biên soạn bởi BS. Poenou và GS. Bertoletti (Saint-Étienne, Pháp)

**Tài liệu tham khảo: Canhgiacduoc.org
Điểm tin: Ds. Nguyễn Thị Thu Mến**

CẢNH GIÁC DƯỢC

CẢNH BÁO NGUY CƠ CO GIẬT LIÊN QUAN THIẾU HỤT VITAMIN B6 KHI SỬ DỤNG CÁC CHẾ PHẨM CHỨA CARBIDOPA/LEVODOPA

Sau khi đánh giá các dữ liệu báo cáo và y văn hiện có, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã ghi nhận được 14 trường hợp co giật sau khi sử dụng các chế phẩm chứa carbidopa/levodopa. Trong đó, tất cả các báo cáo đều được ghi nhận trên các bệnh nhân sử dụng levodopa với mức



liều trên 1.000 mg/ngày. Các cơn co giật trên bệnh nhân thường bắt đầu với tình trạng co giật cục bộ, sau đó lan rộng toàn thân, thậm chí một số có thể tiến triển thành tình trạng động kinh khi không được phát hiện và xử trí kịp thời. Co giật do carbidopa/levodopa thường không đáp ứng với thuốc chống co giật thông thường, tuy nhiên có thể hồi phục sau khi bổ sung vitamin B6. Dựa trên các bằng chứng hiện có, FDA kết luận có mối liên quan giữa carbidopa/levodopa và biến cố co giật do thiếu hụt vitamin B6.

Theo đó, FDA đã yêu cầu bổ sung cảnh báo về nguy cơ gây thiếu hụt vitamin B6 và co giật liên quan đến tình trạng thiếu hụt này trong thông tin sản phẩm của tất cả chế phẩm chứa carbidopa/levodopa đang lưu hành. Đồng thời, FDA khuyến cáo nhân viên y tế cần đánh giá nồng độ vitamin B6 trước và trong quá trình điều trị với carbidopa/levodopa, đặc biệt ở bệnh nhân sử dụng levodopa liều cao, cân nhắc bổ sung vitamin B6 khi cần thiết.

*Tài liệu tham khảo: canhgiacduoc.org
Điểm tin: Ds. Lương Thị Thu*

ĐIỀU TRỊ BUỒN NÔN VÀ NÔN TRONG THAI KỲ

Buồn nôn và nôn là những triệu chứng thường gặp (khoảng 50-80% phụ nữ mang thai), đặc biệt ở 3 tháng đầu thai kỳ. Các triệu chứng buồn nôn, nôn thường khởi phát từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 8 sau kỳ kinh cuối và tự biến mất trong tam cá nguyệt thứ hai. Việc quản lý các triệu chứng buồn nôn và nôn trong thai kỳ cần đặc biệt thận trọng do giai đoạn xuất hiện cũng là thời điểm quan trọng trong quá trình hình thành cơ quan của thai nhi.

Biện pháp không dùng thuốc

Biện pháp dinh dưỡng

Biện pháp dinh dưỡng như điều chỉnh thói quen ăn uống là lựa chọn ưu tiên trong điều trị buồn nôn, nôn trong thai kỳ. Các biện pháp được khuyến cáo, bao gồm:

- Ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi lần ăn ít
- Tránh các bữa ăn chứa nhiều chất béo, cay hoặc có mùi mạnh
- Ưu tiên thực phẩm giàu protein hoặc carbohydrat

- Ưu tiên thức ăn hoặc đồ uống mát (uống từng lượng nhỏ, dùng ngoài bữa ăn)
- Tránh nằm ngay sau khi ăn, đặc biệt là nằm nghiêng trái

Gừng - Có thể sử dụng

Tuy bằng chứng khoa học vẫn còn hạn chế, gừng được ghi nhận là an toàn trong suốt thai kỳ và có tác dụng hỗ trợ làm giảm nhẹ cảm giác buồn nôn và nôn trong thai kỳ. Gừng có thể dùng dưới dạng tươi, trà hoặc viên nang.

Về độ an toàn, hiện nay có ít nghiên cứu trực tiếp về việc sử dụng gừng trong thai kỳ nhưng gừng có lịch sử sử dụng lâu dài. Cho đến nay, chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào đối với thai nhi hay thai kỳ, do đó, gừng có thể được khuyến cáo sử dụng trong thai kỳ nhằm hỗ trợ điều trị buồn nôn và nôn.

Điều trị bằng thuốc

Thuốc kháng histamin H1

Doxylamin - Có thể sử dụng

Tại Bỉ, các chế phẩm doxylamin dạng phối hợp với pyridoxin (vitamin B6)

đã được cấp phép chỉ định trong điều trị triệu chứng buồn nôn và nôn thai kỳ không đáp ứng với biện pháp không dùng thuốc. Tuy nhiên, chưa có bằng chứng cho thấy phối hợp doxylamin với pyridoxin này hiệu quả hơn doxylamin đơn thành phần và dữ liệu về hiệu quả vẫn còn hạn chế.

Kết quả của các nghiên cứu trên phụ nữ có thai cho thấy doxylamin không gây tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh hay các biến cố bất lợi trên trẻ sơ sinh. Đồng thời, việc sử dụng vitamin B6 với mức liều 40-50 mg/ngày trong thời gian ngắn để điều trị buồn nôn thai kỳ cũng không gia tăng nguy cơ các bệnh lý thần kinh ngoại biên. Do đó, khi các biện pháp không dùng thuốc thất bại, cân nhắc sử dụng doxylamin. Theo một số tài liệu tham khảo, doxylamin cũng được coi là lựa chọn hàng đầu cho đến thời điểm hiện tại.

Hiện nay, dữ liệu về việc phơi nhiễm doxylamin trong giai đoạn tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3 của thai kỳ còn hạn chế.

Meclozin – Có thể sử dụng

Meclozin có thể được sử dụng off-label trong điều trị buồn nôn và nôn trong thai kỳ. Các dữ liệu được công bố về việc sử dụng meclozin trên phụ nữ mang thai chưa ghi nhận được biến cố bất lợi nào ở trẻ sơ sinh. Do đó, thuốc có thể được sử dụng ở mọi giai đoạn trong thai kỳ, tuy nhiên cần lưu ý đến tác dụng an thần và kháng cholinergic thường gặp.

Thuốc tăng nhu động dạ dày - ruột

Metoclopramid - Có thể sử dụng (ngắn hạn)

Metoclopramid có thể được sử dụng off-label để điều trị buồn nôn và nôn trong thai kỳ. Nhiều dữ liệu cho thấy sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất không làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh.

Khi sử dụng vào cuối thai kỳ, metoclopramid có thể gây nguy cơ rối loạn ngoại tháp, rối loạn điều hòa thân nhiệt và rối loạn tim mạch ở trẻ sơ sinh. Để phòng ngừa, cần tránh sử dụng kéo dài vào cuối thai kỳ hoặc theo dõi chặt chẽ các biến cố bất lợi này ở trẻ sơ sinh. Ngoài ra, việc sử dụng kéo dài cũng có

thể tăng nguy cơ gặp các rối loạn thần kinh ở mẹ. Do đó, thuốc nên được dùng trong thời gian ngắn nhất có thể.

Domperidon - Có thể sử dụng (ngắn hạn)

Domperidon có thể được sử dụng off-label ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ. Các dữ liệu hiện có không cho thấy thuốc gây tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh ở trẻ, tuy nhiên, thuốc có thể gây kéo dài khoảng QT ở mẹ, đặc biệt khi dùng liều cao và nguy cơ tăng lên mẹ có rối loạn điện giải. Dữ liệu về nguy cơ kéo dài QT ở thai nhi hoặc ảnh hưởng dài hạn chưa có dữ liệu. Do đó, việc sử dụng chỉ nên giới hạn trong thời gian ngắn, tối đa 1 tuần.

Thuốc đối kháng thụ thể 5-HT3

Ondansetron - Có thể cân nhắc trong trường hợp nôn nghén nặng

Các dữ liệu về sử dụng ondansetron trong thai kỳ không ghi nhận gia tăng nguy cơ dị tật nói chung. Tuy nhiên, một số nghiên cứu gợi ý tăng nguy cơ dị tật sứt môi/hở hàm ếch và dị tật tim khi sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất, nhưng chất lượng bằng chứng

còn nhiều mâu thuẫn. Do đó, chưa thể thiết lập mối quan hệ nhân quả giữa ondansetron và các dị tật bẩm sinh cụ thể này.

Một nghiên cứu dựa trên dữ liệu từ cơ sở dữ liệu tại Hoa Kỳ ước tính rằng dị tật hở môi/hở hàm ếch có thể tăng thêm khoảng 3 trường hợp trên mỗi 10.000 trẻ sơ sinh có phơi nhiễm, tương ứng với tỷ lệ 0,11% so với tỷ lệ mắc trong dân số chung là khoảng 0,08%.

Trong các trường hợp nôn nghén nặng, ondansetron đôi khi được sử dụng off-label. Tuy nhiên, nên tránh sử dụng trong tam cá nguyệt thứ nhất.

Kết luận của CBIP

Lựa chọn thuốc trong xử trí buồn nôn và nôn trong thai kỳ luôn là một vấn đề thách thức trong thực hành. Do các dữ liệu độ an toàn của các thuốc trên phụ nữ có thai còn nhiều hạn chế về cả số lượng và chất lượng bằng chứng thấp.

Vì vậy, CBIP có tiến hành tra cứu thêm nhiều nguồn dữ liệu về vấn đề này.

CBIP khuyến cáo:

- Các biện pháp điều chỉnh chế độ ăn uống và gừng được xem là lựa chọn ưu

tiên trong điều trị buồn nôn và nôn khi mang thai

- Nếu các biện pháp không dùng thuốc không hiệu quả, doxylamin và meclozin có thể được cân nhắc sử dụng.

- Metoclopramid hoặc domperidon cũng có thể được sử dụng, tuy nhiên chỉ nên sử dụng trong thời gian ngắn

do có thể tăng nguy cơ xuất hiện một số tác dụng không mong muốn trên mẹ và trẻ sơ sinh.

- Trong trường hợp buồn nôn hoặc nôn nghiêm trọng không đáp ứng bất kỳ liệu pháp điều trị khác, ondansetron có thể được cân nhắc, tuy nhiên cần tránh sử dụng trong 3 tháng đầu do nguy cơ dị tật hở môi/hở hàm ếch.

Bảng tổng hợp các lựa chọn điều trị buồn nôn và nôn trong thai kỳ

Thuốc kháng histamin H1

Doxylamin Có thể sử dụng (chỉ định phê duyệt tại Bỉ)

Meclozin Có thể sử dụng (ngoài chỉ định)

Thuốc tăng nhu động dạ dày - ruột

Metoclopramid Có thể sử dụng (ngắn hạn, ngoài chỉ định)

Domperidon Có thể sử dụng (ngắn hạn, ngoài chỉ định)

Thuốc kháng 5-HT3

Ondansetron Chỉ cân nhắc trong trường hợp nôn nghén nặng không đáp ứng với các liệu pháp khác

Tài liệu tham khảo: canhgiacduoc.org

Điểm tin: Ds. Nguyễn Ngọc Thủy - Ds. Nguyễn Thị Nga

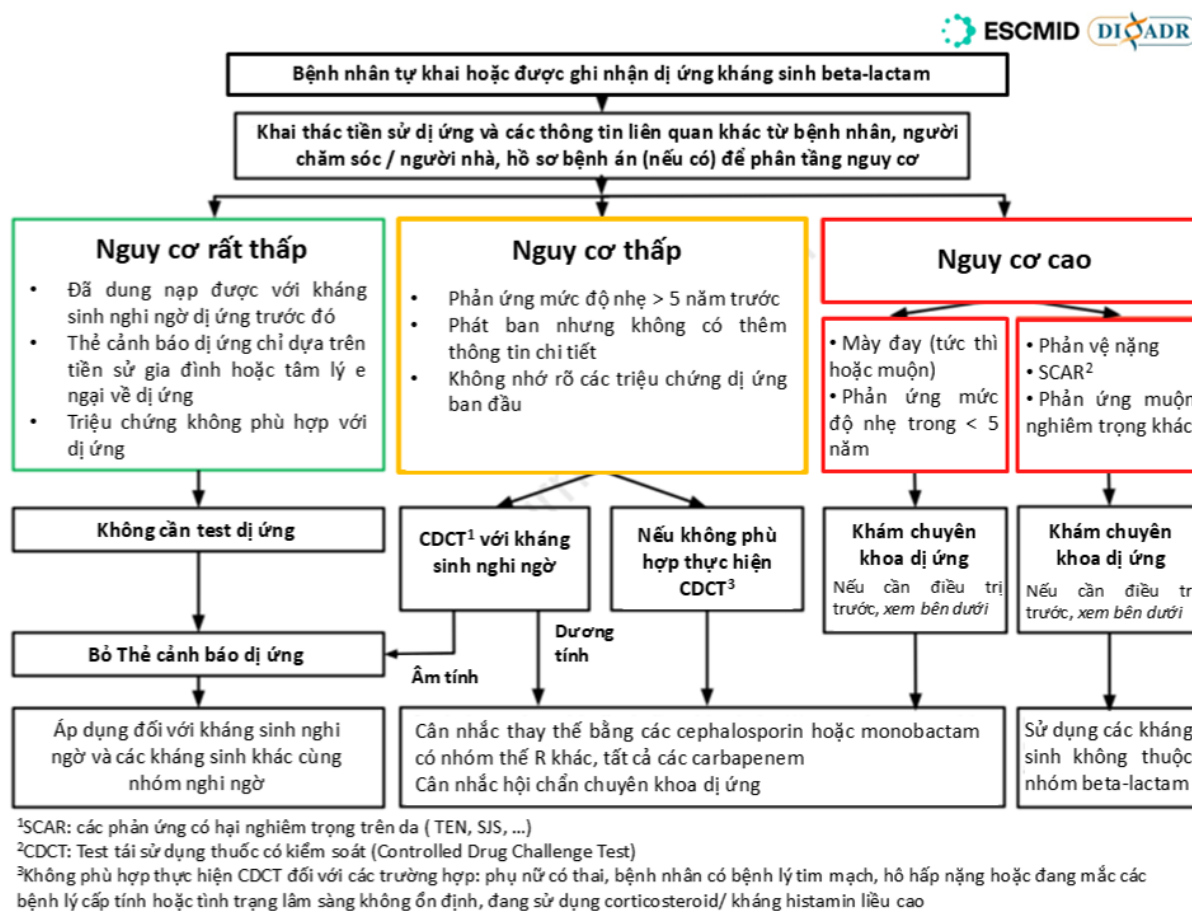
HƯỚNG DẪN VỀ ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ BỆNH NHÂN DỊ ỨNG KHÁNG SINH

Kháng sinh beta-lactam, đặc biệt là các penicillin, là nhóm kháng sinh được kê đơn phổ biến nhất do những ưu điểm về hiệu quả, độ an toàn và phổ tác dụng. Tuy nhiên, các beta-lactam cũng là nguyên nhân gây dị ứng được báo cáo nhiều nhất. Tuy nhiên, dữ liệu từ một số nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp hiện nay chỉ ra tỷ lệ dị ứng kháng sinh beta-lactam thực tế thấp hơn đáng kể so với những gì được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Cụ thể, chỉ khoảng 1 - 2 trong mỗi 20 cảnh báo “dị ứng” là chính xác.

Việc ghi nhận tiền sử dị ứng không chính xác dẫn đến việc bác sĩ tránh kê đơn các kháng sinh đầu tay mặc dù việc này là không cần thiết, từ đó, gây ra hậu quả như lựa chọn phác đồ thay thế kém tối ưu, thời gian nằm viện kéo dài, chi phí y tế cao hơn, gia tăng việc sử dụng các kháng sinh phổ rộng. Những yếu tố này đều góp phần làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh trên toàn cầu. Thực tế này nhấn mạnh tính cần thiết của việc đánh giá lại tiền sử dị ứng kháng sinh đã được báo cáo, từ đó thúc đẩy việc quản lý và sử dụng kháng sinh hợp lý. Trước tình hình đó, Hội Vi sinh lâm sàng và các bệnh Truyền nhiễm châu Âu (ESCMID) đã ban hành Hướng dẫn đánh giá lại và quản lý dị ứng kháng sinh nhằm hỗ trợ tiếp cận các trường hợp dị ứng kháng sinh một cách thống nhất và hiệu quả hơn tại Châu Âu.

Nội dung tóm tắt các khuyến cáo chính trong hướng dẫn của ESCMID 2026 về đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh được trình bày cụ thể trong các phần dưới đây.

1. Đối với trường hợp dị ứng kháng sinh beta-lactam



Hình 1: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh beta-lactam

Quy trình thực hiện Thử dị ứng có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT):

1. Thông báo cho bệnh nhân, đồng thời đánh giá xem bệnh nhân có phù hợp để làm thực hiện CDCT hay không.

2. CDCT cần được thực hiện tại các cơ sở y tế có khả năng theo dõi và xử trí các phản ứng dị ứng có thể xảy ra và trên các đối tượng bệnh nhân phù hợp.

3. Có thể sử dụng phương pháp CDCT liều đơn hoặc CDCT liều tăng dần

- CDCT liều đơn:

+ Sử dụng 100% liều đầy đủ của kháng sinh nghi ngờ.

+ Tốt nhất dùng đường uống, hoặc đường dùng khác (nếu cần).

+ Nếu nghi ngờ dị ứng với penicillin, thường sử dụng amoxicillin 500 mg ở người lớn.

- CDCT liều tăng dần:

+ Sử dụng 10% liều kháng sinh nghi ngờ (ví dụ 50 mg amoxicillin ở người lớn) và theo dõi trong 30 phút

+ Tiếp tục cho 50% liều (ví dụ 250 mg amoxicillin) và theo dõi trong 30 phút

+ Đưa phần liều còn lại để đủ 100% liều đầy đủ (ví dụ 200 mg amoxicillin) và theo dõi trong 60 phút

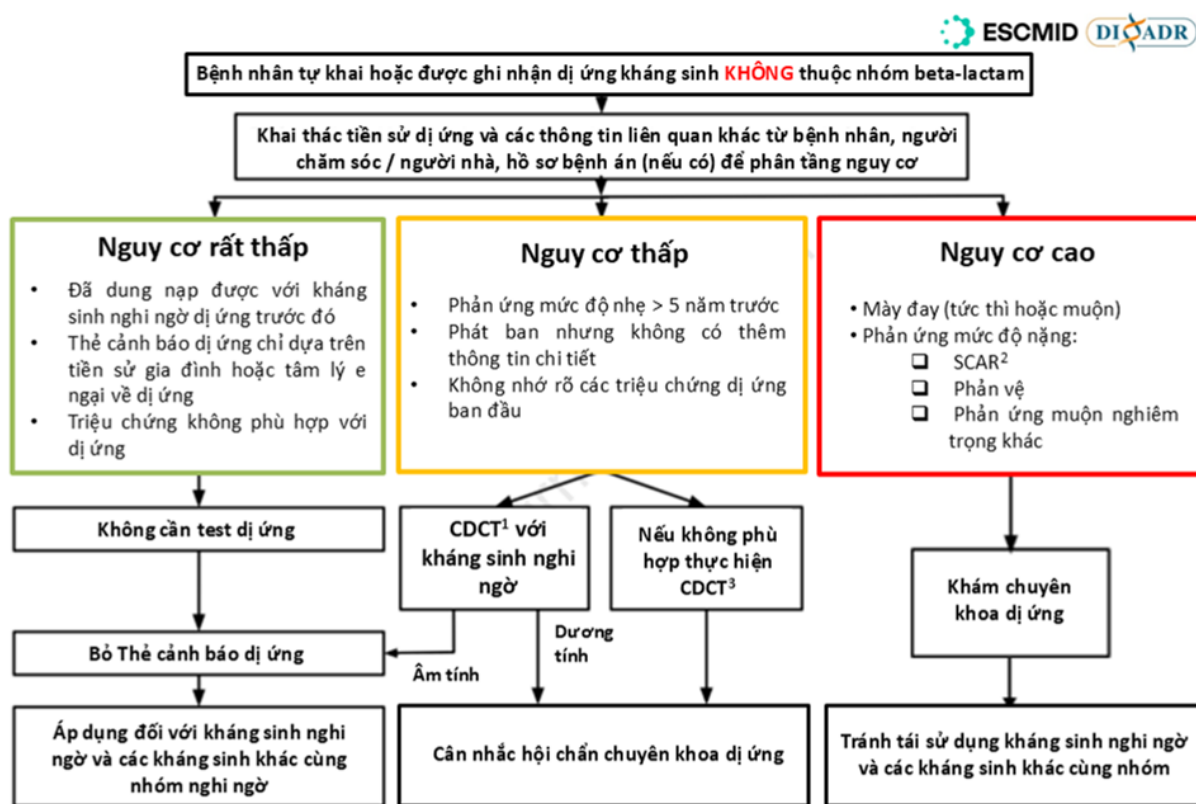
4. Nếu triệu chứng nghi phản vệ xuất hiện trong quá trình test, cần xử trí bệnh nhân theo hướng dẫn về xử trí phản vệ.

5. Bệnh nhân phải được theo dõi ít nhất 1 giờ sau khi dùng liều cuối cùng.

6. Cung cấp hướng dẫn rõ ràng cho bệnh nhân để theo dõi các triệu chứng xuất hiện sau khi ra viện.

7. Tư vấn bệnh nhân về kết quả test và ý nghĩa của kết quả test.

2. Đối với trường hợp dị ứng các kháng sinh KHÔNG thuộc nhóm beta-lactam



¹Khi thực hiện Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test - CDCT) đối với các kháng sinh như vancomycin, teicoplanin, quinolon, amphotericin B cần nhắc truyền chậm, theo dõi và có thể sử dụng phác đồ dự phòng (premedication)

²CDCT: Test tái sử dụng thuốc có kiểm soát (Controlled Drug Challenge Test)

³Không phù hợp thực hiện CDCT đối với các trường hợp: phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng hoặc đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc tình trạng lâm sàng không ổn định, đang sử dụng corticosteroid/ kháng histamin liều cao

Hình 2: Đánh giá và quản lý bệnh nhân dị ứng kháng sinh không thuộc nhóm beta-lactam

3. Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh nhóm beta-lactam

Beta-lactam Antibiotic	Amoxicillin	Penicillin G	Penicillin V	Flucloxacillin	Feneticillin	Piperacillin	Cefalexin	Cefazolin	Cefalothin	Cefuroxime	Cefaclor	Cefamandole	Ceftibuten	Ceftriaxone	Cefotaxime	Ceftazidime	Cefepime	Cefiderocol	Ceftaroline	Ceftolozane	Meropenem	Imipenem	Ertapenem	Aztreonam
Amoxicillin	■						■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Penicillin G		■					■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Penicillin V			■				■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Flucloxacillin				■			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Feneticillin					■		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Piperacillin						■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefalexin	■		■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefazolin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefalothin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	✓	✓	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefuroxime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■
Cefaclor	■	■	■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cefamandole	■	■	■	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	■	■	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ceftibuten	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftriaxone	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	✓
Cefotaxime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftazidime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Cefepime	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Cefiderocol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftaroline	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Ceftolozane	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■
Meropenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Imipenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Ertapenem	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	✓
Aztreonam	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	✓	■

■ Trùng tác nhân gây dị ứng
 ■ Nguy cơ dị ứng do hình thành phức hợp Penicilloyl-poly-L-lysine (PPL)
 ■ Nguy cơ dị ứng chéo do tương đồng về các nhóm thế R1, R2 và/hoặc có bằng chứng trên lâm sàng
 ■ Nguy cơ dị ứng chéo do nhóm thế R1 hoặc R2 giống hệt nhau
 ✓ Không có nguy cơ dị ứng chéo

Hình 3: Nguy cơ dị ứng chéo giữa các kháng sinh beta-lactam

Tài liệu tham khảo: Canhgiacduoc.org
 Diễm tin: Ds. Nguyễn Thị Hương Quỳnh

THÔNG TIN & ĐIỀM BÁO



Thông báo thu hồi do vi phạm mức độ 3 của thuốc Diacerin 50 (Số giấy đăng ký lưu hành: 893110447024)

Theo Quyết định số 46/QĐ-QLD của Cục Quản lý Dược ngày 23 tháng 01 năm 2026 ban hành Quyết định về việc “thu hồi do vi phạm mức độ 3 của thuốc Diacerin 50 (Số giấy đăng ký lưu hành: 893110447024)”, cụ thể:

- Viên nang cứng Diacerin 50 (Diacerein 50mg), Số GDKLH: 893110447024, Số lô: 0125 NSX: 200425 HD: 200428 do Chi nhánh Công ty cổ phần Dược phẩm và Sinh học Y tế sản xuất, được Trung tâm kiểm nghiệm Thanh Hóa lấy tại Chi nhánh Công ty cổ phần Dược phẩm TV.Pharm tại Thanh Hóa (địa chỉ: Số nhà 302 Lý Nhân Tông, Phường Hạc Thành, Tỉnh Thanh Hóa., có kết quả không đạt tiêu chuẩn chất lượng về chỉ tiêu Hàm lượng nước (vi phạm mức độ 3);
- Cục Quản lý Dược đề nghị: Cơ sở bán buôn, bán lẻ, cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc ngừng kinh doanh, cung cấp, cấp phát lô thuốc bị thu hồi nêu trên, thông báo và tổ chức thu hồi, tiếp nhận toàn bộ lô thuốc bị thu hồi nêu trên, trả thuốc cho cơ sở đã cung cấp thuốc; Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người sử dụng thuốc ngừng việc kê đơn, bán, cấp phát và sử dụng lô thuốc bị thu hồi nêu trên, trả thuốc cho cơ sở cung cấp thuốc.



THÔNG TIN & ĐIỀM BÁO



Thông báo thu hồi do vi phạm mức độ 2 của thuốc Aceclofenac STELLA 100mg (Số giấy đăng ký lưu hành: VD-20124-13)

Theo Quyết định số 46/QĐ-QLD của Cục Quản lý Dược ngày 23 tháng 01 năm 2026 ban hành Quyết định về việc “thu hồi do vi phạm mức độ 3 của thuốc Diacerin 50 (Số giấy đăng ký lưu hành: 893110447024)”, cụ thể:

- Viên nén bao phim Aceclofenac STELLA 100mg (Aceclofenac 100mg), Số GĐKLH: VD-20124-13, Số lô: 070423, NSX: 070423, HD: 070426 do Công ty TNHH Liên doanh Stellapharm sản xuất, được Viện Kiểm nghiệm thuốc Tp. Hồ Chí Minh lấy tại Công ty TNHH Dược phẩm Gia Phúc (địa chỉ: P4+P5, 134/1 Tô Hiến Thành, Phường 15, Quận 10, Tp. Hồ Chí Minh), có kết quả không đạt tiêu chuẩn chất lượng về chỉ tiêu Tạp chất liên quan (vi phạm mức độ 2);
- Cục Quản lý Dược đề nghị: Cơ sở bán buôn, bán lẻ, cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc ngừng kinh doanh, cung cấp, cấp phát lô thuốc bị thu hồi nêu trên, thông báo và tổ chức thu hồi, tiếp nhận toàn bộ lô thuốc bị thu hồi nêu trên, trả thuốc cho cơ sở đã cung cấp thuốc; Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người sử dụng thuốc ngừng việc kê đơn, bán, cấp phát và sử dụng lô thuốc bị thu hồi nêu trên, trả thuốc cho cơ sở cung cấp thuốc.





Bệnh viện A
Vì sức khỏe cộng đồng





BỆNH VIỆN A



MỌI Ý KIẾN ĐÓNG GÓP XIN GỬI VỀ

ĐƠN VỊ DƯỢC LÂM SÀNG VÀ THÔNG TIN THUỐC - KHOA DƯỢC

Gmail: duoclamsangbva@gmail.com

BỆNH VIỆN A - VÌ SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG!