

DƯỢC và mỹ phẩm

SỐ THÁNG 11 2017
84

TẠP CHÍ CỦA CỤC QUẢN LÝ DƯỢC - BỘ Y TẾ

ĐỀ ÁN NGƯỜI VIỆT NAM ƯU TIÊN DÙNG THUỐC VIỆT NAM HƯỚNG RA CHO THUỐC SẢN XUẤT TRONG NƯỚC



**KÉO DÀI KHOẢNG QT
VÀ XOẢN ĐÌNH DO THUỐC** +

+ **TÌM HIỆU BỆNH
VIÊM XOANG DO NẤM**

+ **Những bước chăm sóc da
MÙA ĐÔNG**

MỤC LỤC

SỐ 84 (THÁNG 11/2017)

TIỂU ĐIỂM

6-13. ĐỀ ÁN NGƯỜI VIỆT NAM ƯU TIÊN DÙNG THUỐC VIỆT NAM
- HƯỚNG RA CHO THUỐC SẢN XUẤT TRONG NƯỚC

NGHIÊN CỨU PHÁT TRIỂN THUỐC

14-19. Kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh do thuốc

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN, HIỆU QUẢ

20-23. Vai trò của Dược sĩ trong cuộc chiến tăng huyết áp ở Anh

LỜI KHUYÊN THẦY THUỐC

24-26. Tìm hiểu bệnh viêm xoang do nấm

27-29. Những điều cần lưu ý trong sinh hoạt tình dục khi mang thai

30-32. Những bệnh trẻ em thường mắc vào mùa đông

33. 10 triệu chứng thường gặp ở trẻ sơ sinh

34-35. Tìm hiểu về bệnh zona thần kinh

NAM DƯỢC TRỊ NAM NHÂN

36-38. Thuốc Nam chữa viêm da bã nhờn

40-41. Công ty cổ phần Traphaco khánh thành Nhà máy sản xuất thuốc tân dược hiện đại hàng đầu Việt Nam

42-43. SOS - PHÒNG CẤP CỨU DU KỶ

DINH DƯỠNG

44-46. Dị ứng hải sản vì sao, điều trị thế nào?

KIẾN THỨC VỀ MỸ PHẨM - LÀM ĐẸP

47. 6 thói quen đang làm tắc nghẽn lỗ chân lông của bạn

48-51. Mặt nạ giúp ngăn ngừa mụn và vết thâm tại gia

52-53. Những bước chăm sóc da mùa đông

54-55. Thận trọng khi sử dụng sản phẩm nhuộm tóc

CỬA SỔ NHIN RA THẾ GIỚI

56-59. Một số nghiên cứu về ảnh hưởng của việc phơi nhiễm Fluorid.

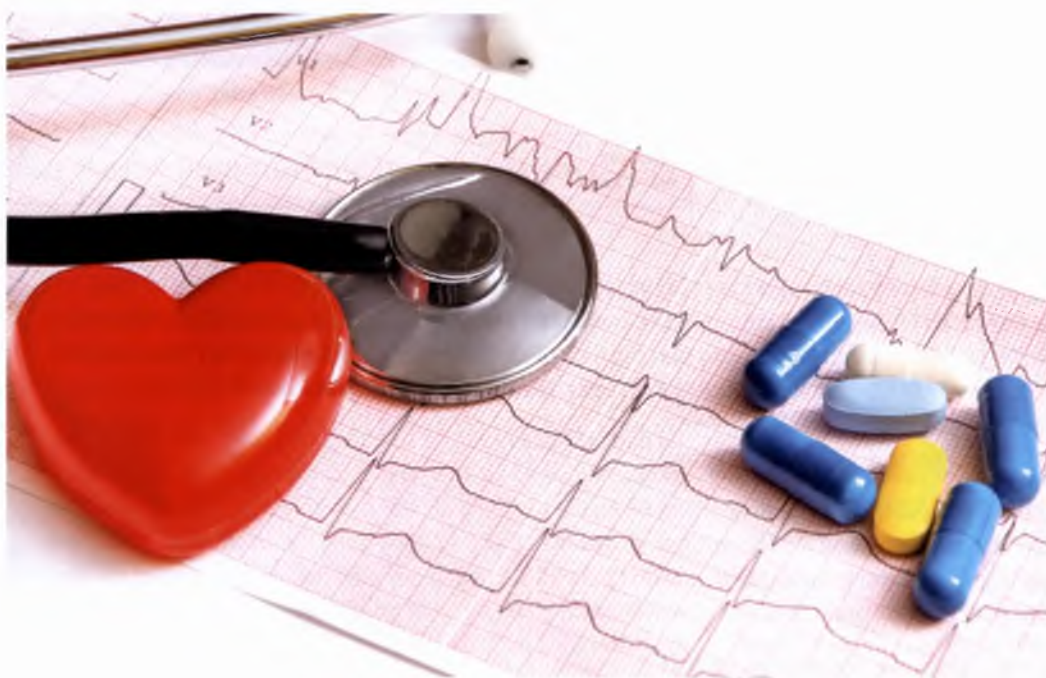
60-63. Y học di truyền và vai trò của Dược sĩ trong xu hướng mới

64-66. TOÀN CẢNH Y DƯỢC TRONG NƯỚC

TRUNG TÂM DI & ADR QUỐC GIA
13-15 Lê Thánh Tông - Hoàn Kiếm - Hà Nội



KÉO DÀI KHOẢNG QT VÀ XOẢN ĐỈNH DO THUỐC



DƯỢC SĨ ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG GIẢM THIỂU VÀ NGĂN NGỪA CÁC TÁC DỤNG BẤT LỢI DO THUỐC. KIẾN THỨC VỀ THUỐC VÀ TƯƠNG TÁC THUỐC CÓ KHẢ NĂNG GÂY KÉO DÀI QT HOẶC XOẢN ĐỈNH, VÀ SỰ CẦN THIẾT PHẢI HIỆU CHÍNH LIỀU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN CỦA THUỐC LÀM KÉO DÀI KHOẢNG QT ĐÀO THẢI QUA THẬN ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG ĐIỀU TRỊ. CÓ THỂ ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ ĐỂ XÁC ĐỊNH CÁC BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ XOẢN ĐỈNH, GIÚP CẢI THIỆN CHĂM SÓC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN.

NGƯỜI DỊCH: **LÊ THỊ PHƯƠNG, LƯƠNG ANH TÙNG** - ĐH Dược Hà Nội



Bài viết này trình bày về loại biến cố bất lợi liên quan đến thuốc thường không được chẩn đoán hoặc chẩn đoán không đầy đủ. Kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh (Torsades de Pointes) do thuốc có khả năng xuất hiện thường xuyên hơn bác sĩ có thể nghĩ. Nhiều thuốc dùng đơn độc hoặc đồng thời với các thuốc khác có thể gây ra các tình trạng này trên bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ. Cán bộ y tế nên lưu ý theo dõi điện tâm đồ (ECG) của bệnh nhân trước và trong quá trình dùng các thuốc này.

Xoắn đỉnh là tình trạng nhịp nhanh thất đa hình ít gặp, đặc trưng bởi sự thay đổi từ từ trong biên độ và sự xoắn của phức bộ QRS xung quanh đường đẳng điện trên điện tâm đồ. Xoắn đỉnh có liên quan đến kéo dài QTc, là sự kéo dài khoảng QT được điều chỉnh theo nhịp tim. Kéo dài khoảng QT là một trong những phản ứng có hại nghiêm trọng của thuốc, có thể gây đột tử. Kéo dài sự tái cực tim do thuốc được thể hiện qua kéo dài khoảng QT và có thể dẫn đến loạn nhịp tim đe dọa tính mạng. Không có ngưỡng kéo dài QTc mà xoắn đỉnh chắc chắn xảy ra. QTc lớn hơn 500 mili giây (ms) có liên quan đến tăng nguy cơ xoắn đỉnh từ 2 đến 3 lần và mỗi 10 ms tăng thêm của QTc góp phần làm tăng nguy cơ xoắn đỉnh khoảng 5% đến 7% theo hàm mũ. Khoảng QT kéo dài có thể làm tăng thời gian nằm viện và tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân. Bên cạnh đó, nhiều thuốc có khả năng gây kéo dài khoảng QT và/hoặc xoắn đỉnh khi được dùng đơn độc hoặc do tương tác thuốc.

KÉO DÀI KHOẢNG QT, XOẮN ĐỈNH VÀ FDA HOA KỲ

Các tương tác thuốc liên quan đến ức chế quá trình chuyển hóa thuốc là nguyên nhân rút sổ đăng ký của một số thuốc khỏi thị trường Hoa Kỳ. Hai thuốc kháng histamin không gây buồn ngủ đầu tiên là terfenadin và astemizol đã được Cơ quan Quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ (FDA Hoa Kỳ) phê duyệt lần lượt vào năm 1985 và 1998, được coi là bước tiến quan trọng trong điều trị các bệnh dị ứng. Một thời gian ngắn sau khi phê duyệt terfenadin, FDA Hoa Kỳ đã nhận được báo cáo về các trường hợp xoắn đỉnh xảy ra ở bệnh nhân dùng thuốc này đồng thời với một số kháng sinh và ở bệnh nhân có rối loạn chức năng gan nặng.



Nguyên nhân là do sự chuyển hóa terfenadin qua con đường cytochrome P450 (CYP) 3A4 bị ức chế, dẫn đến nồng độ terfenadin trong máu tăng rất cao, làm chậm tái cực tim (kéo dài khoảng QT) và tăng nguy cơ nhịp thất nhanh, xoắn đỉnh. FDA Hoa Kỳ đã cảnh báo về tương tác thuốc bất lợi này thông qua các thông báo cho cán bộ y tế (năm 1990, 1992 và 1996), kèm theo cập nhật cảnh báo trên tờ hướng dẫn sử dụng thuốc trước khi rút terfenadin khỏi thị trường. Terfenadin đã bị rút sổ đăng ký lưu hành vào đầu năm 1998 sau sự ra đời của fexofenadin, thuốc kháng histamin không gây buồn ngủ an toàn hơn, không làm kéo dài khoảng QT. Tương tự, nhà sản xuất đã tự nguyện rút astemizol khỏi thị trường năm 1999 do các vấn đề an toàn, đáng chú ý nhất là kéo dài khoảng QT liên quan đến chuyển hóa của astemizol qua gan bị ức chế bởi một số thuốc khác.

Cisaprid, một thuốc tăng cường nhu động tiêu hóa, được sử dụng để điều trị hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản, được FDA phê duyệt năm 1993 và bị rút khỏi thị trường thế giới vào tháng 01/2000 do làm kéo dài khoảng QT, loạn nhịp thất và đột tử liên quan đến chuyển hóa cisaprid qua CYP3A4 bị ức chế bởi các thuốc khác.

Droperidol đã được phê duyệt bởi FDA Hoa Kỳ năm 1988, là thuốc chống nôn đường tiêm sử dụng cho bệnh nhân được thực hiện các phẫu thuật và thủ thuật thăm dò chẩn đoán. Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc droperidol đã được cập nhật cảnh báo vào cuối năm 2001 do làm kéo dài khoảng QT và xoắn



**XOẮN ĐỈNH
LÀ TÌNH
TRẠNG NHỊP
NHANH THẤT
ĐA HÌNH ÍT
GẶP, ĐẶC
TRUNG BỞI
SỰ THAY ĐỔI
TỪ TỪ TRONG
BIẾN ĐỘ VÀ
SỰ XOẮN CỦA
PHỨC BỘ QRS
XUNG QUANH
ĐƯỜNG ĐẲNG
DIỆN TRÊN
DIỆN TÂM ĐỒ.**

đỉnh, có thể gây tử vong, khiến việc sử dụng droperidol bị giảm mạnh. Sau đó, các thuốc chống nôn an toàn hơn đã được FDA Hoa Kỳ phê duyệt và đưa vào sử dụng.

SINH LÝ BỆNH

Cơ chế tế bào của kéo dài khoảng QT do thuốc liên quan đến thành phần nhanh của dòng kali chính lưu (IKr) bị trễ. Ức chế IKr dẫn đến kéo dài khoảng thời gian điện thế hoạt động của thất, tăng lượng natri đi vào hoặc giảm lượng kali ra ngoài tế bào. Dư thừa các ion tích điện dương dẫn đến kéo dài pha tái cực, làm kéo dài khoảng QT và gây loạn nhịp, xoắn đỉnh. Hiện tượng khởi phát xoắn đỉnh này được coi là một dạng ngoại tâm thu thất hình thành trong pha tái cực kéo dài, còn gọi là hiện tượng "R trên T". Trái với rung thất, xoắn đỉnh là kiểu loạn nhịp thất đặc biệt do có thể tự chấm dứt. Tuy nhiên, xoắn đỉnh có khả năng tiến triển thành rung thất và gây đột tử do tim.

Nguyên nhân kéo dài QTc có thể do mắc phải (thứ phát) hoặc bẩm sinh (nguyên phát). Nhiều đột biến và đa hình di truyền dẫn đến hội chứng QT dài bẩm sinh, xảy ra trên khoảng 0,0005% số trẻ được sinh ra. QTc kéo dài mắc phải hầu như có nguyên nhân do thuốc.

TỔNG QUAN

Một số loại thuốc đã bị rút khỏi thị trường Hoa Kỳ do làm kéo dài khoảng QT hoặc gây xoắn đỉnh. Các thuốc trực tiếp ảnh hưởng đến điện sinh lý tim có thể làm kéo dài khoảng QT. Một số nhóm thuốc, đặc biệt là thuốc chống loạn nhịp và kháng sinh nhóm fluoroquinolon, tác động gián tiếp đến tim do tính không đồng nhất trong tái cực thất xuyên thành ở 3 loại tế bào chính của tim: Tế bào nội tâm mạc, cơ tim và thượng tâm mạc. Sự khuếch đại phân bố không gian của tái cực trong cơ tim thất được cho là đóng vai trò chính gây loạn nhịp trong cả hội chứng QT dài mắc phải và bẩm sinh. Do đó, các thuốc gây kéo dài khoảng QT thông qua ức chế IKr tại cơ tim thất, như amiodaron và verapamil, có tỷ lệ gây xoắn đỉnh thấp.

Có nhiều yếu tố tăng nguy cơ xoắn đỉnh, bao gồm hội chứng QT dài bẩm sinh; QTc lớn hơn 500 ms; QTc tăng trên 60 ms so với giá trị trước điều trị; đa hình di truyền ở các gen mã hóa các kênh ion; tiền sử xoắn đỉnh do thuốc; nhịp tim chậm; suy tim sung huyết kèm theo giảm phân suất tống máu; nhồi máu cơ tim; giới tính nữ; trên 65 tuổi; bệnh tim cấu trúc; suy thận/gan mạn tính; bất thường điện giải như hạ kali máu, hạ magnesi máu hoặc hạ calci máu;

dùng đồng thời với thuốc lợi tiểu; dùng đồng thời nhiều hơn một thuốc gây kéo dài khoảng QT; sử dụng thuốc gây kéo dài khoảng QT đường tĩnh mạch; và tiêm truyền nhanh thuốc gây kéo dài khoảng QT. Chẩn đoán xoắn đỉnh thông qua kết quả điện tâm đồ. Danh sách các yếu tố nguy cơ gây xoắn đỉnh được trình bày trong *bảng 1*.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ gây xoắn đỉnh

- Trên 65 tuổi.
- Nhịp tim chậm.
- Hội chứng QT dài bẩm sinh hoặc đa hình di truyền.
- Thuốc lợi tiểu*.
- Bất thường điện giải (ví dụ hạ kali máu, hạ magnesi máu, hạ calci máu)*.
- Giới tính nữ.
- Di truyền.
- Bệnh tim: Nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết, suy thất trái, suy tim với phân suất tống máu giảm.
- Suy giảm chuyển hóa thuốc ở gan.
- Tăng QTc >60 ms so với giá trị trước điều trị.
- QTc >500 ms.
- Sử dụng thuốc kéo dài QT, tiêm truyền tĩnh mạch nhanh các thuốc gây kéo dài QT, liều dùng không phù hợp của thuốc gây kéo dài QT trong trường hợp tổn thương thận cấp hoặc bệnh thận mạn, tương tác thuốc*.
- Thực hiện khử rung tim gần đây.

Ghi chú: *Yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được.

CÁC THUỐC LIÊN QUAN

Nhiều thuốc có thể gây kéo dài khoảng QT và xoắn đỉnh, trong đó một số thuốc thường gặp được liệt kê trong *bảng 2*, bao gồm nhiều thuốc được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng: Thuốc chống loạn nhịp, kháng sinh, thuốc chống loạn thần, thuốc kháng histamin và thuốc chống nôn. Mặc dù danh sách này có nhiều loại thuốc, nhưng các nhóm thuốc sau có dữ liệu về tỷ lệ mắc lên đến 10%: Các thuốc chống loạn nhịp nhóm Ia (disopyramid, quinidin, procainamid) và nhóm III (sotalol, dofetilid, ibutilid). Ngoài các thuốc chống loạn nhịp, nhiều báo cáo ca và chuỗi ca xác nhận khả năng gây loạn nhịp của thioridazin, methadon, thuốc chống trầm cảm 3 vòng và haloperidol. Các thuốc gây xoắn đỉnh và cần hiệu chỉnh liều trên bệnh nhân tổn thương thận cấp hoặc bệnh thận mạn bao gồm ciprofloxacin, disopyramid, dofetilid, flecainid, fluconazol, levofloxacin, procainamid và sotalol. Danh sách cập nhật liên tục các thuốc gây kéo dài khoảng QT có thể được tham khảo trực tuyến tại trang web crediblemeds.org hoặc ứng dụng CredibleMeds trên điện thoại di động.

Bảng 2: Các thuốc thường gặp gây xoắn đỉnh

Nhóm thuốc	Ví dụ
Thuốc chống loạn nhịp	Disopyramid, procainamid, quinidin, sotalol
Kháng sinh macrolid	Azithromycin, clarithromycin, erythromycin
Kháng sinh fluoroquinolon	Ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin
Thuốc chống nấm	Fluconazol, ketoconazol, pentamidin, voriconazol
Thuốc chống loạn thần	Haloperidol, thioridazin, ziprasidon
Thuốc chống trầm cảm	Citalopram, escitalopram
Thuốc chống nôn	Dolasetron, droperidol, granisetron, ondansetron
Opioid	Methadon
Khác	Cocain, cilostazol, donepezil

TRIỆU CHUNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Các triệu chứng của xoắn đỉnh tương tự các rối loạn nhịp nhanh khác liên quan đến nhịp tim, huyết áp và cung lượng tim. Đôi khi xoắn đỉnh có thể tự giới hạn và tự chấm dứt, nhưng cũng có thể thoái hóa thành rung thất và tử vong. Một số dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến xoắn đỉnh do thuốc bao gồm: Xoắn đỉnh trên điện tâm đồ (nhịp nhanh thất đa hình trong kéo dài QTc); trình tự "dài-ngắn" trên điện tâm đồ (ngoại tâm thu thất [nhịp đầu tiên: ngắn], sau đó là một khoảng ngưng bù trong khi nhịp tiếp theo [nhịp thứ hai: dài] có khoảng QT dài hơn); tức ngực; chóng mặt; hạ huyết áp, váng đầu; gầy như ngất; đánh trống ngực; cơn động kinh; thở ngắn; hội chứng đột tử do tim; và nhịp tim nhanh.

Nếu xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào nói trên, cần đánh giá nguy cơ gặp xoắn đỉnh. Chẩn đoán được xác định dựa trên kết quả điện tâm đồ với hình ảnh "xoắn ở các đỉnh": Sự xoắn của các phức bộ QRS rộng quanh đường đẳng điện. Xoắn đỉnh do thuốc có thể xảy ra vào những thời điểm khác nhau khi bệnh nhân dùng thuốc. Nếu xoắn đỉnh xảy ra sau khi dùng thuốc đường tĩnh mạch, thì thường xuất hiện tương ứng với thời gian dự kiến đạt nồng độ đỉnh trong máu của thuốc. Bên cạnh đó, bệnh nhân nhập viện cấp cứu do quá liều thuốc gây kéo dài khoảng QT nên được đánh giá về xoắn đỉnh. Các trường hợp khác cần xem xét chẩn đoán phân biệt với xoắn đỉnh do thuốc bao gồm: Rung nhĩ, cuồng nhĩ, nhịp nhanh nhĩ, nhịp nhanh vào lại nút nhĩ-thất, nhịp nhanh thất đơn hình, nhịp nhanh thất đa hình không xoắn đỉnh, nhịp nhanh xoang. Các tình trạng nhịp nhanh này cần được loại trừ thông qua đánh giá điện tâm đồ trước khi chẩn đoán xoắn đỉnh do thuốc.

ĐIỀU TRỊ

Kéo dài khoảng QT do thuốc được định nghĩa là QTc từ 500 ms trở lên hoặc khoảng QT tăng từ 60 ms trở lên so với giá trị ban đầu trước khi dùng thuốc. Nên cố gắng loại bỏ các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được. Ba biện pháp quản lý đầu tiên khi gặp kéo dài khoảng QT/xoắn đỉnh do thuốc bao gồm:

1. Ngừng thuốc nghi ngờ và cân nhắc sử dụng thuốc thay thế.
2. Phân tích tiền sử dùng thuốc của bệnh nhân để phát hiện các tương tác thuốc có thể dẫn đến kéo dài khoảng QT và/hoặc xoắn đỉnh do thuốc.
3. Đánh giá bất thường điện giải trên bệnh nhân.

Các tương tác thuốc thường gặp được trình bày trong *bảng 3*. Nếu các biện pháp trên không ngăn ngừa được xoắn đỉnh, cần luôn luôn chuẩn bị sẵn sàng máy khử rung ngoài tim (*external defibrillator*) để thực hiện khử rung tim bằng dòng điện một chiều (*direct current cardioversion*) khi cần. Các khuyến cáo điều trị bằng thuốc khác nên dựa trên biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân. Có thể sử dụng thang điểm Tisdale để đánh giá các bệnh nhân có nguy cơ xoắn đỉnh cao hơn (*bảng 4*).

Bảng 3: Tương tác dược động học phổ biến liên quan đến xoắn đỉnh

Ức chế CYP 3A4		Ức chế CYP 2D6	
Chất ức chế	Cơ chất	Chất ức chế	Cơ chất
Thuốc chống nấm • Itraconazol • Ketoconazol • Posaconazol • Voriconazol Các macrolid • Erythromycin • Clarithromycin • Azithromycin Thuốc ức chế protease • Atazanavir • Darunavir/ritonavir • Fosamprenavir • Indinavir • Nelfinavir • Saquinavir • Tipranavir	Amiodaron Disopyramid Dofetilid Pimozid	Thuốc điều trị thần kinh – tâm thần • Bupropion • Duloxetine • Fluoxetine • Paroxetine	Flecainid Quinidin Thioridazin
		Thuốc chống nấm • Terbinafin	

Bảng 4: Thang điểm nguy cơ Tisdale

Yếu tố nguy cơ	Điểm	Phân loại nguy cơ	
		Mức độ nguy cơ	Điểm
≥68 tuổi	1	Thấp	<7
Giới tính nữ	1		
Thuốc lợi tiểu quai	1		
Kali huyết thanh ≤3,5 mEq/L	2	Trung bình	7-10
QTc ban đầu ≥450 ms	2		
Nhồi máu cơ tim cấp tính	2		
Sử dụng ≥2 thuốc kéo dài QTc	3		
Nhiễm khuẩn	3	Cao	>11
Suy tim	3		
Sử dụng một thuốc kéo dài QTc	3		
Tổng điểm nguy cơ tối đa	21		



CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁC NÊN DỰA TRÊN BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN. CÓ THỂ SỬ DỤNG THANG ĐIỂM TISDALE ĐỂ ĐÁNH GIÁ CÁC BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ XOẢN ĐỈNH CAO HƠN

Nên ngừng sử dụng các thuốc nghi ngờ gây phản ứng và xử lý các bất thường về điện giải. Bổ sung kali trong trường hợp kali máu của bệnh nhân thấp. Nên bổ sung magnesi sulfat 1-2 g pha loãng trong 50-100 mL dung dịch dextrose 5% trong nước, truyền trong 5 đến 60 phút. Chưa rõ cơ chế đem lại lợi ích của magnesi sulfat trong điều trị xoắn đỉnh. Tình trạng hạ kali máu cần được điều chỉnh từ đầu trước khi bổ sung magnesi. Sau khi dùng magnesi sulfat, nhịp xoang có thể trở lại bình thường mà không có sự thay đổi đáng kể QTc. Magnesi không rút ngắn rõ rệt QTc và không có vai trò đáng kể trong kiểm soát hội chứng QT kéo dài. Tốc độ tiêm truyền cần thay đổi tùy thuộc tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.

Khi xoắn đỉnh tiến triển và dai dẳng ở bệnh nhân có huyết động không ổn định hoặc ngừng tim (như rung thất), nên được thực

hiện ngay khử rung tim bằng dòng điện một chiều hoặc khử rung tim, sau đó tiêm tĩnh mạch magnesi sulfat 2g trong vòng 1-2 phút. Nếu ý thức của bệnh nhân còn tốt và huyết động ổn định, nên ngừng khử rung tim bằng dòng điện một chiều và tiêm tĩnh mạch chậm magnesi sulfat 2g trong 15 phút để tránh tác dụng bất lợi của việc tiêm nhanh magnesi.

Việc dùng magnesi không phụ thuộc vào nồng độ magnesi huyết thanh và có thể lặp lại mỗi 5 đến 15 phút nếu vẫn còn xoắn đỉnh. Cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân về các dấu hiệu và triệu chứng của tăng magnesi máu, như nhịp chậm, hạ huyết áp và yếu cơ.

Có mối tương quan giữa các bất thường điện giải và loạn nhịp tim. Mặc dù hiện nay không có dữ liệu chứng minh việc sử dụng kali trong điều trị xoắn đỉnh, kali vẫn được coi là yếu tố quan trọng hỗ trợ cho magnesi sulfat trong phòng ngừa xoắn đỉnh. Bổ sung kali máu nên được duy trì ở mức 4,5-5,0 mmol/L và nồng độ magnesi mục tiêu nên lớn hơn 1,7 mg/dL.

Máy tạo nhịp tim tạm thời qua đường tĩnh mạch (*temporary transvenous ventricular pacing*) ở tốc độ trên 100 nhịp/phút (bpm) có thể được cân nhắc cho đến khi bệnh nhân được sử dụng máy tạo nhịp tim vĩnh viễn (*permanent pacemaker*) hoặc cấy máy khử rung tim tự động (*automatic implantable cardioverter defibrillator*). Tạo nhịp vượt tần số (*overdrive pacing*) cũng có thể được áp dụng tạm thời với isoproterenol, một chất chủ vận cả trên receptor beta 1 và beta 2, truyền tĩnh mạch liên tục với liều 2-10 mcg/phút và hiệu chỉnh liều để đạt nhịp tim đến 100 nhịp/phút. Mặc dù hiệu quả nhưng isoproterenol có chi phí điều trị cao, đồng thời có thể làm tăng nhu cầu oxy của cơ tim và giảm đề kháng mạch máu toàn thân, dẫn đến thiếu máu cục bộ và rối loạn huyết động. Cơ sở của việc tạo nhịp là để can thiệp vào quá trình tái cực kéo dài do các thuốc gây phản ứng nhằm ngăn ngừa tiến triển của ngoại tâm thu thất có thể gây xoắn đỉnh.



Trường hợp đặc biệt có thể cần các liệu pháp bổ sung. Xoắn đỉnh do quinidin cần được sử dụng natri bicarbonat để kiềm hóa huyết thanh và tăng liên kết thuốc với protein. Trong trường hợp xoắn đỉnh do sotalolol không đáp ứng với các liệu pháp điều trị chuẩn như mag-nesi sulfat và tạo nhịp vượt tần số, có thể lọc máu để tăng thải trừ thuốc và giúp nhịp xoang trở về bình thường.

KẾT LUẬN

Xoắn đỉnh là tình trạng hiếm gặp, liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó nguyên nhân do thuốc hoặc tương tác thuốc thường gặp nhất. Các biện pháp dự phòng bao gồm theo dõi chặt chẽ QTc, bù điện giải và đánh giá nguy cơ gặp tác dụng bất lợi do thuốc hoặc tương tác

thuốc. Điều trị xoắn đỉnh có thể bao gồm khử rung tim bằng dòng điện một chiều, bổ sung mag-nesi sulfat đường tĩnh mạch, sử dụng máy tạo nhịp qua đường tĩnh mạch hoặc tạo nhịp bằng thuốc và bồi phụ điện giải.

Dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong giảm thiểu và ngăn ngừa các tác dụng bất lợi do thuốc. Kiến thức về thuốc và tương tác thuốc có khả năng gây kéo dài QT hoặc xoắn đỉnh, và sự cần thiết phải hiệu chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận của thuốc làm kéo dài khoảng QT đào thải qua thận đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Có thể áp dụng thang điểm đánh giá để xác định các bệnh nhân có nguy cơ xoắn đỉnh, giúp cải thiện chăm sóc và kết quả điều trị cho bệnh nhân. ♦



DƯỢC SĨ ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG GIẢM THIỂU VÀ NGĂN NGỪA CÁC TÁC DỤNG BẤT LỢI DO THUỐC. KIẾN THỨC VỀ THUỐC VÀ TƯƠNG TÁC THUỐC CÓ KHẢ NĂNG GÂY KÉO DÀI QT HOẶC XOẮN ĐỈNH, VÀ SỰ CẦN THIẾT PHẢI HIỆU CHỈNH LIỀU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN CỦA THUỐC LÀM KÉO DÀI KHOẢNG QT ĐÀO THẢI QUA THẬN ĐÓNG VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG ĐIỀU TRỊ.